



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE AZUERO
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

**“PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS ENFERMEROS (AS) Y PACIENTES,
ACERCA DEL CUIDADO BRINDADO POR EL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL
REGIONAL Dr. RAFAEL ESTÉVEZ DE LA CIUDAD DE AGUADULCE DE
JUNIO A DICIEMBRE DE 2012.”**

Dania del Carmen Pedreschi Guevara

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN LA ATENCIÓN DEL
PACIENTE ADULTO EN ESTADO CRÍTICO

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

MAYO 2013

Nota de aprobación

Firma del presidente de jurado

Firma de jurado

Firma de jurado

57

SEP 2013

DEDICATORIA

Son dos tesoros que Dios me ha dado y es a ellas a quienes dedico, con todo mi amor, esta tesis. Mis dos hijas, Ámbar Manuela y Yilda Noelia, motivos de mi inspiración y la razón por la cual continuo hacia adelante.

A mi esposo Manuel, quien me ha acompañado en este largo caminar, brindándome su amor incondicional y los mejores consejos.

A mis padres Ernesto y Manuela, ejemplo de lucha y dedicación. Porque me han brindado su apoyo constante y han estado, cuando más los he necesitado.

Mis hermanas Itza Emérita y Angélica María, y a mis sobrinos Luis Fernando, Lisandro Amir y Ernesto David, quienes complementan nuestra hermosa familia. Signo de unión y amor infinito.

Dania del Carmen...

Dania del Carmen

22424

AGRADECIMIENTO

Al finalizar la tesis de maestría, deseo expresar, de todo corazón mi mayor agradecimiento a:

Los Pacientes y Profesionales de Enfermería, de la Unidad de Cuidados Intensivos, del Hospital Dr. Rafael Estévez, quienes fueron el punto central de este proceso. Con su valiosa colaboración, fue posible el desarrollo de esta investigación.

Dra. Itza Leiliana Camargo, quien con sus amplios conocimientos y experiencia sobre el tema, logró brindar grandes aportes, apoyo y asesoría oportuna, durante todo el proceso investigativo.

Profesor Ricaurte Tuñón. Su asesoría estadística permitió la culminación de esta investigación y brindar aportes relevantes, que podrán ser aplicados en futuras investigaciones.

Dra. Yariela González, por brindarme su apoyo incondicional y consejos personales, que me motivaron a seguir adelante.

A las autoridades de la Caja de Seguro Social, en especial a la Licda. Marcia Nelson, por ofrecer autorización expedita, para la realización de esta investigación.

No sé por qué dudar, si tú nunca me has abandonado. Gracias mi Dios; por levantarme cuando me he caído, por fortalecerme cuando me he sentido débil, por ser mi compañero fiel....

CONTENIDO	Pág.
Resumen	1
INTRODUCCIÓN	2
1. MARCO DE REFERENCIA	5
1.1 Justificación	6
1.2 Planteamiento del Problema	9
1.3 Objetivos	12
1.3.1 General	12
1.3.2 Especifico	12
1.4 Variables de la investigación	13
1.5 Definición de conceptos	13
1.6 Descripción del área de estudio	15
1.6.1 La Unidad de Cuidados Intensivos	15
1.6.2 Personal que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos	17
2. MARCO CONCEPTUAL	18
2.1 Significado del concepto percepción	19
2.1.1 El proceso de Percepción	21
2.1.2 Conceptualizaciones de las teorías de percepción	24
2.2. Percepción del cuidado	29

2.2.1 Percepción de los comportamientos de cuidado	31
2.2.2 Estudios sobre percepción del cuidado	33
2.3. Características de la enfermera que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos.	37
2.4. Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson	42
2.4.1 Elementos esenciales de la teoría	43
2.4.2 Factores curativos de la ciencia del cuidado	48
2.4.3 Análisis teórico de la teoría de cuidado humano	51
2.5 Valoración de la percepción del cuidado	52
2.5.1 Percepción del paciente sobre el cuidado que recibe	55
2.5.2 Percepción de la enfermera que brinda el cuidado.	59
2.6 El paciente enfermo en la unidad de cuidados intensivos	61
2.6.1 El cuidado de enfermería al paciente en la unidad de cuidados intensivos	64
3. MARCO DEL DISEÑO	67
3.1 Tipo De Estudio	68
3.2 Universo Población y muestra	68
3.3 Criterios de Inclusión de la muestra	69
3.4 Técnicas para la recolección de la información	70
3.4.1 Procedimientos para la recolección de la información	73

3.5 Aspectos éticos	74
4. MARCO DE ANALISIS	75
4.1 Estadísticos utilizados	76
4.1.1 Procedimientos para la establecer puntos de corte	76
4.1.2 Análisis y discusión de resultados de la información obtenida	79
Discusiones	111
Conclusiones	115
Recomendaciones	117
Limitaciones	119
BIBLIOGRAFÍA	120
ANEXOS	125

INDICE DE CUADROS

Pág.

Cuadro 1. Pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez según estado civil. Octubre a Diciembre de 2012.	80
Cuadro 2. Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez según Nivel Académico. Octubre a Diciembre de 2012.	81
Cuadro 3. Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez según Estado Civil. Octubre a Diciembre de 2012.	82
Cuadro 4. Pacientes Atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez según Grado Académico. Octubre a Diciembre de 2012.	83
Cuadro 5. Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez según El Cargo que Ocupan. Octubre a Diciembre de 2012.	85
Cuadro 6. Percepción que Tienen los Enfermeros y Pacientes, de la Atención brindada en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez. Octubre a Diciembre de 2012.	86
Cuadro 7. Percepción individual de los ítems de la categoría accesibilidad según las respuestas dadas por pacientes y enfermeras. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez	88
Cuadro 8. Percepción que Tienen los Enfermeros y Pacientes, de la Atención Brindada en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez Según Categoría de Accesibilidad. Octubre a Diciembre de 2012.	90
Cuadro 9. Percepción individual de los ítems de la categoría Explica y Facilita según las respuestas dadas por pacientes y enfermeras. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez	91
Cuadro 10. Percepción que Tienen los Enfermeros y Pacientes, de la Atención Brindada en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez Según Categorías de Explica y Facilita. Octubre a Diciembre de 2012.	93

Cuadro 11. Percepción individual de los ítems de la categoría confort según las respuestas dadas por pacientes y enfermeras. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez	95
Cuadro 12. Percepción que Tienen los Enfermeros y Pacientes, de la Atención Brindada en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez según Categorías de Conforta. Octubre a Diciembre de 2012.	97
Cuadro 13. Percepción individual de los ítems de la categoría Se anticipa según las respuestas dadas por pacientes y enfermeras. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez	99
Cuadro 14. Percepción que Tienen los Enfermeros y Pacientes, de la Atención Brindada en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez Según Categorías de Anticipa. Octubre a Diciembre de 2012.	101
Cuadro 15. Percepción individual de los ítems de la categoría Relación de confianza Según las respuestas dadas por pacientes y enfermeras. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez	103
Cuadro 16. Percepción que Tienen los Enfermeros y Pacientes, de la Atención Brindada en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez Según Categorías de Relación de Confianza. Octubre a Diciembre de 2012.	105
Cuadro 17. Percepción individual de los ítems de la categoría monitorea según las respuestas dadas por pacientes y enfermeras. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez	107
Cuadro 18. Percepción que Tienen los Enfermeros y Pacientes, de la Atención Brindada en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez Según Categorías de Monitorea. Octubre a Diciembre de 2012.	109

ÍNDICE DE GRÁFICOS	Pág.
Gráfico 1. Pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez según estado civil. Octubre a Diciembre de 2012.	80
Gráfico 2. Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez según Nivel Académico. Octubre a Diciembre de 2012.	82
Gráfico 3. Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez según Estado Civil. Octubre a Diciembre de 2012.	83
Gráfico 4. Pacientes Atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez según Grado Académico. Octubre a Diciembre de 2012.	84
Gráfico 5. Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez según El Cargo que Ocupan. Octubre a Diciembre de 2012.	85
Gráfico 6. Percepción que Tienen los Enfermeros y Pacientes, de la Atención Brindada en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez. Octubre a Diciembre de 2012.	86
Gráfico 7. Percepción que Tienen los Enfermeros y Pacientes, de la Atención Brindada en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez Según Categoría de Accesibilidad. Octubre a Diciembre de 2012.	90
Gráfico 8. Percepción que Tienen los Enfermeros y Pacientes, de la Atención Brindada en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez Según Categorías de Explica y Facilita. Octubre a Diciembre de 2012.	93
Gráfico 9. Percepción que Tienen los Enfermeros y Pacientes, de la Atención Brindada en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez Según Categorías de Conforta. Octubre a Diciembre de 2012.	97
Gráfico 10, Percepción que Tienen los Enfermeros y Pacientes, de la Atención Brindada en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez Según Categorías de Anticipa. Octubre a Diciembre de 2012.	101

Gráfico 11. Percepción que Tienen los Enfermeros y Pacientes, de la Atención Brindada en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez Según Categorías de Relación de Confianza. Octubre a Diciembre de 2012. **105**

Gráfico 12. Percepción que Tienen los Enfermeros y Pacientes, de la Atención Brindada en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez Según Categorías de Monitoreo. Octubre a Diciembre de 2012. **109**

INDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo No.1 Cronograma para la elaboración del proyecto de investigación.	126
Anexo No. 2 Carta solicitud del estudiante para la realización de la investigación en el Hospital Dr. Rafael Estévez de Aguadulce.	127
Anexo No. 3 Carta de aprobación del Hospital Rafael Estévez de Aguadulce para la realización de la investigación.	128
Anexo No. 4 Carta de inscripción de la Tesis en la VIP	129
Anexo No.5 Consentimiento informado a pacientes.	130
Anexo No. 6 Consentimiento informado a enfermeras	131
Anexo No. 7 Copia e-mail solicitando aprobación del instrumento CARE Q modificado por estudiantes de la Universidad del Bosque.	132
Anexo No. 8. Carta de aprobación de la Estudiante que modifíco el instrumento CARE Q de Larson, en la Universidad del Bosque.	133
Anexo 9.Datos Generales del instrumento aplicado a las enfermeras.	134
Anexo 10 Instrumento de recolección de datos aplicado a pacientes.	135

RESUMEN

La presente investigación es de tipo descriptivo transversal con abordaje cuantitativo. Su desarrollo busca determinar la percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería que tienen los usuarios y el personal de enfermería, del servicio de Cuidados Intensivos. Promoviendo nuevas investigaciones, orientadas a evaluar la calidad del cuidado de enfermería, y de esta manera, contribuir a establecer mecanismos que permitan generar estrategias orientadas, hacia el mejoramiento continuo de los servicios de enfermería.

La muestra estuvo constituida por 10 pacientes con Glasgow 15/15, ingresados en Cuidados Intensivos y 10 enfermeras que laboran en la UCI del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez.

Para la recolección de la información, se empleó el instrumento CARE Q o escala de satisfacción del cuidado, elaborado por Patricia Larson en 1998, y validada por estudiantes de la Universidad del Bosque para la población Colombiana en abril del 2008; la cual fue sometida a validación facial en el contexto panameño.

Los resultados de la investigación demostraron, que tanto los pacientes, como enfermeras, tienen una alta percepción del cuidado ofertado; sus percepciones están influenciadas por sus creencias y lo que la sociedad espera de ellas como profesionales; comprobando, que al brindar un cuidado holístico serán más competitivos y podrán satisfacer las necesidades y expectativas del paciente hospitalizado en el servicio.

ABSTRACT

This research is transverse descriptive quantitative approach. Its development seeks to determine the perception of behaviors of the nursing care users and the service of intensive care nurses, promoting new research aimed to evaluate the quality of care in nursing, and in this way contribute to establish mechanisms that allow to generate strategies oriented towards the continuous improvement of nursing services.

The sample consisted of 10 patient with Glasgow 15/15, admitted to intensive care and 10 nurses who work in the ICU of Hospital Regional Dr. Rafael Estévez. For the collection of the information was employed the instrument CARE Q or scale of satisfaction of care, developed by Patricia Larson in 1998, and validated by students of the University of the forest for the Colombian population in April 2008; which was subjected to facial validation in the Panamanian context.

The results of the investigation showed that both patients and nurses, have a high perception of care offered, their perceptions are influenced by their beliefs and what society expects of them as professionals, checking that the by providing a holistic care they will be more competitive and can meet the needs and expectations of the patient hospitalized in service.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento del cuidado con bases científicas, a pesar del avance de las investigaciones de enfermería en los últimos años, es aun limitado. Por ello, las enfermeras no pueden estar seguras de que su comportamiento pueda crear en forma permanente en los pacientes una percepción de sentirse realmente atendidos. Desde una perspectiva práctica en la actualidad factores como: la falta de recurso humano, la multiplicidad de funciones, la falta de insumos, equipo e inclusive de tecnología adecuada a la que se enfrenta la enfermera, requiere, que las mismas, se comporten de manera, que signifiquen lo máximo para los pacientes que están bajo su responsabilidad.

El cuidado ha sido tradicionalmente visto por las enfermeras, pacientes y la sociedad, como la base de la profesión de enfermería; pero, cuando se pregunta lo que significa el cuidado y cuál es la percepción del cuidado, ni enfermeras, ni pacientes logran ponerse de acuerdo. La enfermería de calidad y el cuidado de la salud de los pacientes, demandan el reconociendo de la percepción del cuidado, no solo por las dinámicas de las transacciones humanas, sino por los requerimientos de conocimiento, compromiso y valores morales, sociales y personales de la profesión.

Todo lo referente al cuidado, se relaciona a la respuesta humana intersubjetiva, a las condiciones, al conocimiento de la salud y enfermedad, las interacciones enfermera ambiente, el conocimiento de los procesos de enfermería, así como las relaciones enfermera paciente. En otras palabras, para

cuidar a alguien, debe saberse quienes somos, a quien cuidamos, cuáles son nuestras fortalezas, limitaciones; igualmente, como las fortalezas, limitaciones y necesidades reales de cuidado de nuestros pacientes, se ven afectadas y en base a ello establecer nuestros planes, con las estrategias de cuidado apropiadas.

La esencia del valor del cuidado, puede ser inútil si solo se brinda desde el punto de vista del bienestar de la persona que se cuida. Sin percepción muchas veces resulta difícil precisar en que consiste el cuidado; sin embargo, la escucha activa, preocuparse de alguien creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza o acompañarlo en su camino, estando presente y que todas estas acciones sean percibidas por el paciente, también es cuidado; aunque muchas veces sea invisible.

Lo anteriormente expuesto significa que para determinar el efecto del cuidado, las enfermeras necesitan enfocarse en quien lo recibe, en otras palabras, en el paciente. En el mundo práctico de la enfermera, esto se logra, valorando las percepciones que tienen los pacientes, del cuidado que ellos experimentan, principalmente, por parte de la enfermera durante la hospitalización.

Patricia Larson (1986) señaló que enfocándose en las percepciones del paciente sobre el cuidado de enfermería, se pueden examinar los principales temas del cuidado predominantes en la relación enfermera-paciente. Este enfoque brinda a la enfermera la oportunidad de examinar cuidadosamente el efecto que tiene su práctica en el paciente.

Con el propósito de dar seguimiento a la problemática descrita, se pretende desarrollar el presente trabajo con el fin de determinar la percepción del profesional de enfermería y del paciente, sobre el cuidado de enfermería brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez de Aguadulce.

La investigación se dividió en cuatro grandes capítulos: el primero hace referencia al marco de referencia, abarcando la justificación, el planteamiento del problema, los objetivos, variables de investigación, la definición operacional de términos y la descripción del área de estudio. El segundo capítulo incluye el marco conceptual que compila información referente a la revisión bibliográfica que sustenta el estudio y proporciona una crítica y sub-estructuración del tema. El tercer capítulo describe el marco de diseño haciendo referencia al aspecto metodológico que guía el estudio. Por último, el capítulo cuarto detalla el proceso utilizado en el análisis estadístico de la información y resume la discusión de los hallazgos. Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones producto del trabajo realizado.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1 Justificación

La complejidad del mundo actual, los estilos de vida de las personas, los accidentes y las complicaciones de enfermedades, se convierten en un problema de salud pública por su alta prevalencia y porque constituyen la primera y segunda causas de hospitalizaciones en las salas de cuidados intensivos para la población adulta en la mayoría de los países en vía de desarrollo.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son consideradas como un ambiente hostil, donde el paciente se convierte en el centro de atención, pero también, en una de las partes más susceptibles del escenario. En esta área el paciente se encuentra alejado de las personas significativas, de su medio ambiente, en el cual está acostumbrado a desenvolverse. Aunado a todos los aparatos que ahí se encuentran, y a los ruidos que éstos generan, lo cual le suele ocasionar incomodidad. Sin embargo, para los enfermeros, este ambiente puede convertirse en una oportunidad para desarrollar habilidades y destrezas en la realización de procedimientos y así, obtener los conocimientos básicos, para proporcionar buen cuidado físico y confort a los clientes que requieren de sus cuidados.

La calidad asistencial, es objetivo primordial de cualquier centro hospitalario del mundo; la misma, puede ser evaluada desde una perspectiva técnica o una perspectiva funcional. La primera, se refiere al resultado del servicio prestado y definido por factores como: días de estancia, tasas de infecciones, morbilidad etc. Mientras que la calidad funcional hace referencia

al proceso del servicio prestado y definido, por factores como actitudes de los profesionales hacia los pacientes, las instalaciones o equipamiento del hospital.

Con el uso adecuado de sus conocimientos y habilidades técnicas, el profesional en enfermería legitima la profesión y la ubica socialmente como una disciplina capaz de transformar la realidad y transformarse a sí misma. Estas transformaciones pasan, necesariamente, por la exaltación conceptual del poder liberador o reductor de las acciones del cuidado, tanto para las personas cuidadas como para los cuidadores

Garantizar la calidad de la atención de enfermería, exige de los profesionales, una reflexión permanente sobre los valores, conocimientos, actitudes y normas que orientan el ejercicio de la profesión y además estimula las acciones y orienta el ejercicio profesional hacia la búsqueda del mejoramiento continuo y que condicionen el diseño y ejecución de estrategias que privilegien el cuidar con calidad las dimensiones éticas, técnica, interpersonal y de percepción. (Wensley, 1994)

Es necesario que el personal de enfermería conozca la percepción del usuario, sobre la calidad del cuidado que recibe, teniendo en cuenta que su objetivo de trabajo es el cuidado. La valoración de la percepción de cuidado, es un valioso instrumento de investigación, que permite no solo identificar desaciertos desde el punto de vista del paciente, sino también, evaluar los resultados de los cuidados que brinda el personal de enfermería; sin olvidar el hecho de que las percepciones de pacientes y enfermeras se han convertido en

uno de los indicadores más utilizados como herramienta gerencial para medir calidad de los servicios tanto para quien lo recibe, como para quien lo brinda.

Lo anterior proporciona herramientas al profesional de Enfermería que le facilitan convertir el objeto del saber (percepción) en un constructo de naturaleza conceptual y metodológica, para brindar un cuidado que mejore el proceso de salud–enfermedad y promueva estilos de vida saludable para la reincorporación a la sociedad, con calidad de vida y bienestar.

A pesar de que a nivel internacional se han realizado muchos estudios para valorar la percepción del cuidado, en Panamá y específicamente en nuestra región es poco lo que se conoce acerca de la situación real de mejoramiento continuo de la calidad y del ambiente de cuidados centrado en el paciente, en las Unidades de Cuidado Intensivo

En virtud de ello, la incompreensión de la percepción del paciente y enfermera, influyen en sus expectativas, para lograr el mejoramiento del servicio.

No obstante, conocer cuál es el cuidado brindado en las Unidades de Cuidados Intensivos, desde la perspectiva del paciente y la enfermera, constituye una información trascendental; a través de la cual, se beneficiarán las instituciones que prestan servicios de salud, los usuarios y los mismos profesionales de salud.

El aporte se fundamenta en el perfeccionamiento del cuidado de enfermería, brindado al paciente críticamente enfermo. Permitirá al personal de enfermería, conocer los aspectos relacionados con las necesidades prioritarias

de dichos pacientes. De modo que los mismos, reciban una atención con calidez, humanismo y un elevado profesionalismo.

Este estudio busca determinar la percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería que tienen los usuarios y el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos: promoviendo nuevas investigaciones, orientadas a evaluar la calidad del cuidado de enfermería y de esta manera, contribuir a establecer mecanismos que permitan generar estrategias orientadas hacia el mejoramiento continuo de los servicios de enfermería.

Finalmente, el estudio se convierte en una estrategia que permite cualificar y optimizar la calidad de la atención del personal de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos, reduciendo el riesgo de eventos adversos y mejorando la percepción de los pacientes frente al rol de enfermería.

1.2 Planteamiento del Problema

La profesión de enfermería tiene bajo su responsabilidad, brindar cuidados profesionales las 24 horas del día, los 365 días del año; esta situación hace que este valioso recurso comparta las emociones y vivencias de las personas, a fin de ayudarlas a satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales.

En los últimos años, la demanda de pacientes en los centros hospitalarios se ha incrementando, los estilos de vida y el aumento de enfermedades agudas a elevado el número de pacientes que ingresan a las Unidades de Cuidados Intensivos. Esta demanda de pacientes, hace que la exigencia en cuanto a los

servicios que se prestan, genere en el personal de enfermería un mayor reto que lo obliga a redescubrir su identidad profesional y a recordar que la esencia de su profesión, lo constituye el cuidado.

Las personas que acuden al hospital, en calidad de pacientes y que son admitidos en las Unidades de Cuidados Intensivos, se sienten temerosos por el proceso de enfermedad y buscan tener una atención óptima. Sin embargo, las competencias administrativas que se le han otorgado a la enfermera y la escasez de recurso, hacen que de una u otra forma este personal se aleje de su centro de atención y olvide la esencia de su quehacer.

La labor de las enfermeras en las Unidades de Cuidados Intensivos se hace cada vez más indispensable para el buen funcionamiento. Es por esto que los miembros del equipo de salud, incluyendo a la enfermera, deben brindar calidad técnica y calidez en la atención; sin embargo, es muy común observar que en muchos casos estos profesionales olvidan la parte humanística de su profesión, dando como resultado el desbalance en la relación profesional de enfermería – paciente, lo cual, conlleva a generar un temor y desconfianza en el paciente al ser atendido.

Con la globalización y la tecnología que se vive en el mundo actual y los constantes cambios que se han originado, los profesionales de salud, tienen como misión proporcionar cuidados de salud a la población; exigiéndole al profesional de enfermería una atención de calidad fundada en una sólida base de conocimientos y habilidades, mediante la aplicación de juicios y razonamientos acertados en un sistema de valores claros y convenientes;

demostrando responsabilidad en el quehacer de sus funciones, ya que el paciente tiene derecho a recibir la mejor calidad de atención.

Watson (2007) complementa lo señalado recalcando, que sólo mediante las relaciones interpersonales, el cuidado humano se puede demostrar y practicar de manera eficaz. A lo que podemos decir, que la relación enfermera-paciente, está basada en la confianza y el respeto. El acercarse a los pacientes, para fortalecer los lazos y tratar de minimizar las condiciones de salud física y mental, es imprescindible para la administración de los cuidados de enfermería, los cuales están integrado en una red compleja, que se mueve en un ritmo dialéctico, lleno de dificultades personales, las necesidades de los profesionales e instituciones. Por tanto, si cada uno de nosotros entiende y acepta lo que somos y lo que estamos haciendo, seremos capaces de luchar y actuar para que este cambio suceda, es decir, para que se dé un verdadero cuidado de enfermería. Considerando al individuo en su totalidad, visto como un ser biopsicosociocultural.

En base a los señalamientos anteriores y a que en el Hospital Regional Dr. Rafael Estevez, no se han realizado estudios que revelen la percepción que tienen los enfermeros y pacientes, acerca del cuidado brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos, surgió la necesidad de realizar una investigación que diera respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuál es la percepción que tienen los enfermeros (as) y pacientes, acerca del cuidado brindado por el profesional de enfermería, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estevez de Aguadulce?

1.3. Objetivos

1.3.1 General

- Determinar la percepción que tienen los enfermeros(as) y pacientes, acerca del cuidado brindado por el profesional de enfermería, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estevez de Aguadulce.

1.3.2. Específico

- Caracterizar al paciente recluido en la Unidad de Cuidados Intensivos de Hospital Regional Dr. Rafael Estévez de Aguadulce.
- Identificar la percepción del profesional de enfermería en relación al cuidado que ofrecen al paciente recluido en la unidad de cuidados intensivos.
- Identificar la percepción del paciente, en relación a los cuidados de enfermería en la unidad de cuidados intensivos.
- Comparar la percepción del cuidado de enfermería, que tiene el paciente, con la del personal de enfermería, que lo atiende.
- Valorar el cuidado de enfermería brindado al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos.

1.4. Variables de la investigación

Las variables principales, que guiarán el siguiente estudio de investigación, las constituyen en primer lugar, la variable dependiente identificada como la percepción del personal de enfermería y del paciente, seguido de la variable independiente, que hace referencia a los cuidados brindados por el profesional de enfermería.

1.5. Definición de Conceptos

Una mejor comprensión de las variables de interés del estudio, llevó a operacionalizar los conceptos que forman parte de las mismas. De esta manera, a continuación, se presentan las principales definiciones conceptuales y operacionales del estudio.

Definición Conceptual	Definición Operacional
<p>Percepción: Proceso mediante el cual se obtiene información del entorno, a través de los sentidos.</p> <p>(T. Ibáñez. 2004)</p>	<p>Percepción: Se refiere a lo que la persona piensa, siente y expresa a través de sus gestos y palabras.</p>
<p>Paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos:</p> <p>Individuo que por padecer una enfermedad aguda o una reagudización de una enfermedad crónica, manifiesta signos y síntomas que expresan la máxima respuesta ante la agresión</p>	<p>Paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos: Paciente recluido en la Unidad de Cuidados Intensivos y cuyo estado de salud esté en riesgo.</p>

<p>sufrida. (Dr. Eliseo Turcheto)</p>	
<p>Cuidado de enfermería: Relación de ayuda identificada a través de compromiso, responsabilidad y el establecimiento de la relación mutua con el paciente.</p> <p>(Morea, 1979)</p>	<p>Cuidado de enfermería: Serie de acciones realizadas por la enfermera para satisfacer las necesidades del paciente recluido en la Unidad de Cuidados Intensivos.</p>
<p>Unidad de Cuidados Intensivos: Zona donde de ingresan pacientes para el tratamiento de una insuficiencia orgánica real o inminente, sobre todo los que necesitan ventilación asistida.</p> <p>(S. Whiteley y otros, 2011)</p>	<p>Unidad de Cuidados Intensivos: Sala de hospitalización donde se atiende pacientes cuyo estado de salud ponga en riesgo su vida.</p>
<p>Percepción del Cuidado de Enfermero y Paciente: Proceso mental mediante el cual, el paciente y el profesional de enfermería identifican los comportamientos de cuidado de acuerdo con sus criterios, valores, vivencias, experiencias, conocimientos y expectativas.</p> <p>(Grupo de cuidado. Universidad Nacional de Colombia. 2000)</p>	<p>Percepción del Cuidado de Enfermería:</p> <p>Opinión personal que tiene cada enfermero (a), sobre la atención que brinda al paciente.</p> <p>Percepción del Cuidado de Paciente:</p> <p>Proceso a través del cual el individuo enfermo interpreta las</p>

	atenciones, que le brinda el personal de enfermería.
<p>Profesional de Enfermería: es la persona que asume el papel principal en la impartición de cuidados de salud, bajo una perspectiva integral, basada en elementos científicos y técnicos, para dar respuesta a los requerimientos de los pacientes.</p> <p>(A.Zurro Martín - Pérez Cano J.F. 2010)</p>	<p>Profesional de Enfermería: es la enfermera o enfermero que brinda cuidado al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos, basados en conocimientos científicos.</p>

1.6 Descripción del Área de Estudio

1.6.1 La Unidad de Cuidados Intensivo

La Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Rafael Estevez, está ubicada en la planta baja, de dicho nosocomio, paralela a los salones de operaciones y a un costado del área de central de esterilizaciones; muy cercana a los ascensores, que comunican con las salas de hospitalización. De manera que, se cuenta con acceso rápido a las otras unidades del hospital (Labor y Partos, Servicios de Urgencias, Hemodiálisis, salas de hospitalización, entre otras).

Es una unidad polivalente, donde se atiende pacientes provenientes de toda la provincia de Coclé y de otras regiones de salud, tales como: Veraguas, Herrera y Los Santos.

Tiene un diseño circular, con seis cuartos, alrededor de una estación de enfermería, donde se visualizan y permite el control de todos los pacientes, ingresados en dicha unidad. Son dos, las puertas de acceso a la Unidad de Cuidados Intensivos, una para los pacientes y la otra para el personal y familiares.

Cada cuarto o unidad de paciente, es independiente uno del otro, separados por paredes. Tres de dichos cuartos, posee puertas de material fácil de desinfectar, con vidrios transparentes, a la altura de los hombros. Los otros, tienen cortinas de material lavable, las cuales se cambian con cada paciente y cuando sea necesario. Todas las unidades de pacientes, cuentan con: una cama, una mesita para paciente y otra mesita, equipada con insumo médico-quirúrgico (para uso exclusivo, de cada paciente); un monitor de signos vitales, salidas de gases (oxígeno, aire médico) en la pared; múltiple conexiones eléctricas en las paredes. Dos de los cuartos (No1 y N°2) están equipados con la máquina de ósmosis y otras conexiones necesarias para la realización de hemodiálisis, a los pacientes que lo requieran.

En la central de enfermería, está instalado el monitor central, que controla todos los monitores de las unidades de paciente. Cuenta además, con dos lavamanos, un botiquín para los medicamentos y soluciones parenterales. En éste lugar, se encuentra toda la papelería necesaria, manuales y los expedientes de pacientes.

La unidad de cuidados intensivos, no cuenta con baño para paciente, los mismos son aseados en sus camas.

En la parte trasera de dicha sala, están ubicados los baños para el personal de enfermería, los vestidores y una sala de reuniones, la cual es utilizada por el personal para ingerir sus alimentos.

Para tener acceso a la unidad, debe estar autorizado y antes de entrar, se colocará una bata, mascarilla y/o cualquier otro accesorio de seguridad que le sea indicado. El lavado de manos antes y después de entrar en dicha sala, es de carácter estricto y obligatorio.

Existe dentro de sala, un dormitorio, con baño, para el médico de turno.

1.6.2. Personal que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos

La unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Rafael Estevez, cuenta con dos médicos intensivistas, cinco médicos generales, once enfermeras (una supervisora clínica, una jefa de sala y nueve enfermeras rotadoras), diez técnicos en enfermería. De las enfermeras, cinco cuentan con la especialidad, las otras, son rotadoras, las cuales recibieron una capacitación previa en el área.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Significado del concepto percepción

La percepción de cualquier objeto, implica el reconocimiento de su relevancia para el sujeto perceptor, que de manera activa, le atribuirá significado.

Etimológicamente, el término percepción, proviene del latín percipere, per captare que significa, captar o aprender algo de modo suficiente o completo.

Varias definiciones pueden servir para el concepto de percepción, de esta forma, Lahey, (2004) definió percepción como el proceso mediante el cual el individuo selecciona, organiza e interpreta la información sensorial, para crear una imagen significativa del mundo.

Felman (1995) la definió como la elaboración, interpretación, análisis e integración de los estímulos captados por los órganos de los sentidos.

Goldstein, (2006) Proceso nervioso superior que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno.

Para Leibinz (1983), la percepción, es la primera facultad del alma, que se ocupa de las ideas y hace referencia al conocimiento y a los mecanismos que el hombre utiliza para llegar a él.

Imogenes King (1984,) una de las grandes teorizantes de enfermería, señaló que la percepción es un proceso humano a través del cual, los individuos reaccionan a los acontecimientos y a los objetivos en términos de sus expectativas y necesidades.

Las anteriores consideraciones, implican el reconocimiento de tres acepciones en el fenómeno de estimulación del receptor: la sensibilidad para captar el estímulo; el resultado de la interpretación de la sensación, que incluye la acción y efecto de percibir la sensación interior, que resulta de una impresión material, captada por los sentidos; y el conocimiento de la idea.

En síntesis, el concepto de percepción, está en cada individuo, en cómo percibe o recibe los estímulos del exterior y así, a través de la acumulación de experiencias, vivencias, poder generar una impresión hacia lo que le rodea. Cuando se solicita una atención en salud, el usuario realiza un proceso mental, de cómo recibe la atención, el cual le permite tener una satisfacción o insatisfacción.

La percepción y su interacción con el cuidado son esenciales; representan la forma como se interioriza y se clasifican las acciones intencionales, de la persona cuidada y el cuidador. Como se ha venido diciendo, estas acciones, si son percibidas como benéficas para el ser humano, promueve un sentido de seguridad y protección en el otro.

Por ende, el abordaje de la percepción desde el punto de vista de la enfermería, está cargado de especulaciones respecto a su naturaleza y los mecanismos que la integran e influenciada por la experiencia del sujeto que recibe el cuidado, la satisfacción, el conocimiento, el aprendizaje, los juicios y razonamientos.

2.1.1. El proceso de la percepción

La percepción se modifica con la edad, sobre todo en el transcurso de la primera infancia y evoluciona a medida que el sistema nervioso central madura. Durante estas etapas el hombre adquiere un amplio repertorio de respuestas, que incluyen reconocer verbalmente los estímulos, identificarlos y designarles un nombre; describirlo, decir su identidad y establecer la diferencia entre ellos. En otras palabras la percepción es un proceso cognoscitivo que varía desde eventos que son de naturaleza simple y elemental, hasta aquellos de gran complejidad, que requieren un aprendizaje más activo, requiriendo la influencia de la inteligencia y la actividad intelectual.

En virtud de ello, se entiende la percepción como un proceso en el cual se distinguen varias etapas (Goldstein, 2001):

- a. Existencia de un estímulo.
- b. Estimulación del órgano perceptivo, adecuado al estímulo. Mediante la sensibilidad, conjunto de recepciones y estímulos sensitivos, los objetos del mundo exterior, estimulan la actividad de las estructuras nerviosas. Es un fenómeno objetivo, con resultados subjetivos y fenomenológicos; en otras palabras, es la sensación.
- c. Transformación de la energía procedente del estímulo, en energía, cuyo resultado, es la percepción del objeto o estímulo.
- d. Elaboración de las sensaciones. Las sensaciones son elaboradas por los centros nerviosos. Conservadas bajo la forma de imágenes, que gracias a

la capacidad intelectual, se pueden interpretar y relacionar con el estímulo concreto.

Por lo cual, la percepción es un proceso gradual, en el cual se va integrando la información, en principio fragmentada, y que acumulada en la experiencia, se acerca poco a poco a la realidad concreta. Proceso este, que puede iniciarse de forma inconsciente o partir de la información procedente del sistema cognitivo, guiado por la consciencia (García Albea, 2004). En otras palabras, de forma continua, la persona anticipa una representación del mundo que le sirve para contrastar la información que recibe, integrándola con la ya existente, para poder utilizarla de manera sucesiva.

Según la psicología clásica de Neisser, la percepción es un proceso activo-constructivo, en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su consciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo, según se adecue o no a lo propuesto por esquema.

Neisser (1981), propone que la percepción, las acciones y los movimientos dependen, de continuidades en el tiempo y el espacio. Según él la percepción depende, tanto del razonamiento, como de la expectativa. Es evidente, que la percepción es un proceso activo, que de alguna manera, crea el individuo del mundo que lo rodea.

En el proceso perceptivo Bandler y Grinder (1983), sitúan tres circunstancias, que coartan la percepción: las limitaciones neurológicas, las limitaciones sociales y las limitaciones individuales.

Las limitaciones neurológicas, suelen afectar todos los seres humanos, son límites filogenéticos, con un mínimo o un máximo de frecuencias en cada uno de los sentidos. Ejemplo: las ondas de luz que el ojo humano puede percibir, son diferentes. Así mismo, otras especies tienen mayor capacidad visual, mayor agudeza auditiva o mayor sensibilidad olfatoria.

Las limitaciones sociales son aquellas que cada sociedad impone y que en principio son de carácter adaptativo. Gracias a la socialización, aprendemos a seleccionar lo importante, lo necesario, a lo que hay que prestar atención en detrimento de lo trivial y a lo accesorio. En lo que puede materializarse, a través de producciones sociales como prejuicios, hábitos, idiomas, y ceremonias; todas son, diferentes formas de interpretar la realidad y que pueden ser superadas a través de experiencias, que enriquecen la sensibilidad de la persona y relativizan los absolutos que pueden llevar al ser humano al error.

Finalmente, las limitantes individuales se refieren, a las diferencias perceptivas que existen entre los individuos, que aunque pertenezcan a una misma especie, tienen mayor o menor sensibilidad, agudeza visual, auditiva etc. y que reflejan diferencias en cuanto a la experiencia personal e intransferible de cada individuo.

Por ende, el proceso de la percepción, implica constructos mentales, más que registros directos de la realidad, en la que se crea una realidad del mundo y en la que la objetividad, en sentido estricto es inalcanzable y lo que llamamos objetividad, es un conjunto de subjetividades. El proceso de percepción, no es un fenómeno con un principio y un fin, es mas bien un proceso dinámico,

sometido a continuo cambio (Goldstein, 2001), que resulta de un sistema de eventos interrelacionados.

2.1.2. Conceptualizaciones de las teorías de percepción

Una teoría es un análisis de un conjunto de hechos y su relación entre si. Por tradición, las teorías han influido en la percepción y desarrollo de la enfermería. Pero sin importar cual sea el rumbo de las mismas, lo importante es el aprendizaje que estas han dado a los profesionales de enfermería, ayudando a enriquecer su conocimiento y facilitando la práctica. (Sarmiento, 2010)

Para poder brindar una atención de calidad, es necesario comprender su epistemología, a fin de poder entender el significado original y primordial de los cuidados de enfermería. A continuación, las principales teorías que aportan a la percepción y que demuestran la importancia de conocer cada una de estas, para ser profesionales suficientemente capacitados, para el ejercicio de la enfermería.

Teoría de la percepción: Para explicar el sistema de conducta y poder cubrir las necesidades humanas, se desarrolló la teoría de la percepción. Según esta teoría, cada persona tiene un sistema único de conducta para tratar situaciones. Las variables en el estudio de la percepción son el ambiente físico, los procesos fisiológicos, las interacciones y los procesos de la conducta; por ende, el contacto con el entorno se hace mediante los receptores sensitivos de la energía (Sarmiento, 2010)

La teoría de la percepción sugiere, que el desarrollo de la percepción procede de lo simple, a lo complejo y está afectada por los significados

relacionados con los estímulos. Significados estos que son aprendidos y además afectan a la percepción, cuando producen estimulación, bajo circunstancias ambiguas. Los primeros procesos perceptivos que se aprenden, son la identificación de los objetos. Una vez que se identifican los objetos, se organiza más la percepción, manipulando y memorizando los sucesos; lo que ayuda a la persona a elaborar muchas expectativas sobre el ambiente. La retroalimentación, es el mecanismo que se utiliza para comprobar la exactitud de la propia percepción.

En la enfermería, las percepciones desarrolladas por los clientes, a partir de experiencias anteriores y actuales, interaccionan con las percepciones de la enfermera; por tal motivo, la clarificación y validación de las percepciones forman un enfoque de comunicación terapéutica entre el cliente y la enfermera.

Teoría de la comunicación: Se centra en las conexiones que sustentan las interrelaciones, dentro o sobre los procesos interpersonales; dentro o entre sistemas. Esta teoría, es la base de la comunicación terapéutica entre la enfermera y el cliente. Un sistema de comunicación, incluye la fuente, el trasmisor, el canal, el receptor y el destino. La fuente de la comunicación se refiere, a la formulación del significado de un mensaje. El trasmisor, transforma el mensaje, en información. Durante el proceso de transmisión, los canales pueden tomar varios mensajes escritos y radiar en el mismo momento, los mensajes auditivos. El receptor transforma los aspectos físicos de la información, en un mensaje; finalmente, el destino, las capacidades conceptuales de una persona, interpretan el mensaje. La retroalimentación, es un factor importante de la

comunicación, es parte de un componente en dos direcciones, que opera el sistema de comunicación. La teoría de la comunicación es la base de las teorías de solución de problemas. La enfermera, utiliza la solución de problemas para decodificar la comunicación entre el cliente y la enfermera en el entorno de salud mental.

Reconocer el impacto y la influencia de las percepciones cuando nos comunicamos, permite una mejor interpretación de los hechos. Son muchas las veces, que al momento de emitir una opinión, decimos: Al comunicarnos, es el momento en que las percepciones que se tienen sobre una persona o un hecho, tiñen la realidad y hacen que las personas actúen en base a sentimientos y no en forma racional.

Todas las personas cuentan con esquemas referenciales, o sea, con un conjunto de conocimientos y experiencias. Estos esquemas referenciales organizan la información que se tiene en la memoria y representa en la mente, el modo en que se desenvuelve el mundo social.

En este marco de referencia, se forman las percepciones, que van a influir en nuestro juicio, sobre los demás y en la comunicación que se establece.

Teoría de la Gestalt: Según la teoría, el hombre no percibe partes que sumadas dan un todo, sino que le es más fácil captar, totalidades estructuradas. La mente posee una capacidad organizativa que le permite captar la información exterior agrupada.

Las Leyes gestálticas son modos constantes de agrupar los estímulos perceptivos, de crear estímulos que sean estables, sencillos y conscientes. Las leyes gestálticas más importantes son:

- Ley de proximidad: los estímulos que están próximos tienden a agruparse.
- Ley de semejanza: los estímulos parecidos en tamaño, forma o color, tienden a ser agrupados.
- Ley de la continuidad: es la tendencia a percibir unidos los estímulos que tienen una continuidad.
- Ley de contraste: la percepción de un elemento está influida por la relación que tiene con otros elementos del conjunto.
- Ley de cierre: es la tendencia a percibir los objetos como entidades totales, aunque algunas puedan faltar o estar ocultas.

Teoría de sistemas: fundamenta el proceso de la percepción en las personas, la misma se ocupa de los cambios producidos por las interacciones entre los distintos factores (variables) de una situación. Según la teoría, se producen continuamente interacciones entre los seres humanos y su medio ambiente; por ello cada situación es compleja y constantemente cambiante. La teoría de sistemas, brinda una forma de comprender las muchas influencias que pueden afectar a las personas y los posibles efectos de este cambio.

Esta teoría incorpora los aspectos subjetivos del comportamiento sensorial. Para esta teoría, la intensidad del estímulo es necesaria, para la producción de una respuesta, varía según el estado actual del sujeto, sus

criterios para determinar la presencia o ausencia de estímulos y la sensibilidad de los receptores.

Teoría de asociacionismo: considera que un fenómeno puede ser explicado, a partir de la asociación entre elementos más básicos, que el propio fenómeno; asociación que el sujeto ha vivido con anterioridad. Se supone que existen fuerzas que conectan dichos elementos y que deben ser descubiertas por la investigación psicológica, para comprender bien, los procesos psicológicos o el comportamiento. La percepción está formada, por residuos de sensaciones aisladas. Primero, se captaran sensaciones aisladas, posteriormente el cerebro las asocia, construyendo la percepción global del sujeto. El sujeto actúa como receptor pasivo, de los estímulos

En el asociacionismo, el sujeto adopta un papel pasivo, puesto que la suma de sensaciones, que configuran la percepción, se produce mediante leyes fijas y mecánicas.

Para una exploración más efectiva de las teorías de percepción en el quehacer de enfermería, es fundamental la utilización de criterios en cuanto al uso y aplicación, para adecuación al estudio sin distorsiones. Meleis, en su libro *Theoretical Nursing*, relata el progreso de la Enfermería, con la influencia de presupuestos filosóficos y líneas teóricas. Analiza críticamente y compara las diferentes epistemologías y teorías no sólo de enfermería, delineando componentes de la teoría, criterios para la crítica y su aplicación, para garantizar el cuidado. (Meleis, 1997)

2.2 Percepción del Cuidado

El cuidado, constituye la forma real de relacionar el crecimiento o perfeccionamiento profesional de enfermería, siendo el paciente uno de los precursores, para lograr el desarrollo personal y profesional. Fortaleciendo las características del cuidado, como lo son: la paciencia, el conocimiento, así como dar sentido a la acción de ayuda, que se da con cada actividad que realiza el personal de enfermería para el bienestar del paciente. (Salmerón, Flores. 2004). El cuidado, es considerado parte de la naturaleza humana. Cuidar es y será siempre indispensable, no sólo para la vida de los individuos, sino también, para la perpetuidad de la sociedad.

Según González (1988) la percepción del cuidado ha evolucionado y ha tenido cambios importantes a través del tiempo, podría decirse que en esta evolución ha atravesado cuatro momentos importantes:

- Primero: El cuidado de la mujer desde los tiempos remotos de la historia de la humanidad, hasta la edad media, cuya función era la expresión de los cuidados, contruidos desde la fecundidad y modelados por la herencia cultural de la mujer que ayuda.
- Segundo: La identificación del cuidado de la mujer consagrada desde la edad media hasta finales del siglo XIX , donde el cuerpo era fuente de impurezas y sólo podía ser objeto de cuidado, si estaba enfermo y abandonado.

- Tercero: Los cuidados de enfermería como auxiliar del médico desde el principio del siglo XX hasta los años 70. Donde el rol moral de la enfermera, pasa a ser un rol técnico, dependiendo de la profesión médica.
- Cuarto: La profesionalización de la practicas de enfermería a través de la investigación a partir de 1972, lo que permite que el cuidado deje de ser habitual para convertirse en cuidado de enfermería que fortalece la disciplina.

El cuidado de enfermería, tiene la finalidad de permitir a los pacientes, desarrollar su capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva y social. Según Watson (1988) el cuidado implica valores, deseos, compromisos y conocimiento.

El cuidado de enfermería es precisamente lo que se observa, percibe y es interpretado por el paciente. Es fundamental que enfermería, para la satisfacción del paciente, administre el cuidado con eficiencia y calidad, ya que el cuidado constituye la forma más cercana de relacionar el crecimiento y perfeccionamiento de la esencia profesional; es a partir del paciente, que se logra ser, desarrollarse profesionalmente y fortalecer los elementos que brindan sustento a la disciplina, así como dar sentido a la acción de ayuda y también visualizar los elementos que constituyen la calidad del cuidado.

La percepción y su interacción con el cuidado son esenciales, ya que es la forma como se interioriza y se clasifican las acciones intencionales de la persona cuidada y el cuidador, como son percibidas estas acciones. Pudiendo

decir, que el impacto que tienen, frente a la relación enfermero (a) paciente, contribuye a promover un sentido de seguridad por parte del paciente y puede mejorar las relaciones y la calidad de vida del mismo, a la vez que contribuye, al mejoramiento de la formación de los nuevos profesionales de la enfermería.

El cuidado es la base del quehacer de enfermería, que implica realizar acciones planificadas, compactas y sobretodo, que respondan a un contexto determinado, que promuevan el bienestar del paciente a través de la empatía, de una relación interpersonal y que se logre una interacción con la persona que lo cuida, favoreciendo su recuperación.

2.2.1 Percepción de los comportamientos de cuidado

En la actualidad, mucho se ha escuchado decir, sobre el cuidado del enfermo, sin embargo, la percepción es vista desde diferentes ámbitos.

La percepción de comportamientos de cuidados es analizada por diferentes teóricas e investigadoras, que han tenido abordajes generales del cuidado o se han dirigido a aspectos puntuales del mismo, que se destacan en los hallazgos, la importancia de conocer la percepción del comportamiento del cuidado, en la interacción enfermera paciente.

Larzon (1987), McDaniel (1990), Newman (1990), Mark (1990), Morales (1992), Meleis, (1992), refieren que la expresión y percepción o comportamiento son únicos e irrepetibles y son determinantes en la forma como se desenvuelve o evoluciona la relación entre la enfermera y el paciente. Es importante tener en

cuenta, que la percepción de la experiencia de cuidado, recibe influencia de múltiples factores sociales, personales históricos y culturales.

La percepción de los comportamientos de cuidado, es un elemento que le da importancia a la atención del paciente, porque de la manera como este perciba el cuidado, de esta manera, se deben realizar los cambios necesarios en el cuidado. Clasificando y organizando las actividades de tal manera que, permitan mantener una relación de satisfacción con ellos; el escuchar, brindar afecto, acercarse a las personas necesitadas son elementos que se encuentran en todas las investigaciones relacionadas con los comportamientos de cuidado, donde los pacientes manifiestan, que lo más importante para ellos, es el acercamiento, la atención a sus necesidades, sentir una mano amiga; más que las habilidades profesionales, con las que cuenta el cuidador.

Larson (1993) manifiesta que la percepción de cuidado le da la oportunidad al profesional de enfermería “de examinar cuidadosamente el efecto que tiene su práctica en el paciente; dice que enfermería debe incorporar dimensiones esenciales del cuidado”. Rincón (1998) dice “el cuidado debe brindarse de manera que sea percibido por el paciente, de forma que él sienta, que sí tiene oportunidad para lograr, su aspiración y mejorar su estado de salud. El cuidado, para promover la salud, requiere de la acción participativa del cuidador y de la persona cuidada, para que este proceso se dé, es necesario que se establezca una relación intersubjetiva y empática entre los dos; es decir, en esta relación de cuidado debe haber un crecimiento de la vida misma que trascienda lo personal y busque la reciprocidad.

Como lo plantea Larzon Patricia (1993), la enfermera debe enfocarse al paciente, debe tener sensibilidad de comunicarse y la toma de decisiones; así como escuchar, darle confianza, cariño y que les brinde un buen cuidado físico.

Los comportamientos de cuidado sirven como indicadores empíricos del concepto de cuidado. Por lo tanto, los comportamientos de cuidado y sus características, implican utilidad en el procesos de aplicación del cuidado de enfermería; permiten medir los comportamientos del cuidado del paciente y el personal de enfermería, identificar las dificultades posibles en la relación entre la enfermera, el paciente, su familia, y a la vez, ayudar a prevenir insatisfacciones de los pacientes, del personal de enfermería y orientar el cuidado de enfermería a los servicios.

2.2.2. Estudios sobre percepción del cuidado

La preocupación de la enfermería en su práctica, debe estar orientada a mejorar la calidad de la atención, proteger la vida de los pacientes y su salud, a través del cuidado. Su fin está orientado, a realizar medidas que aseguren la satisfacción de las necesidades; aspectos que se pueden conocer en base a investigaciones sobre la percepción de los comportamientos de cuidado, para identificarlos y obtener datos con el fin de favorecer el análisis y orientación fundamentada del quehacer de enfermería, la toma de decisiones, la organización del trabajo y el establecimiento de procesos y sistemas de control para la atención de enfermería.

En este mismo ámbito, podemos decir que, en la medida en que el profesional de enfermería perciba la importancia de brindar cuidado de calidad al paciente, como una de sus más valiosas intervenciones, mejorará la atención brindada y realizará mayores y mejores aportes en el mantenimiento y mejoramiento de la salud de los mismos en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Reconocer el valor del sufrimiento en los demás, dar un poco más, de lo que es realizar procedimientos, enmarca una serie de actitudes, que la enfermera de las Unidades de Cuidados Intensivos debe poseer, para contribuir al mejoramiento de la salud del paciente que atiende.

Los estudios empíricos sobre el cuidado relacionados con la enfermera, se han enfocado en la percepción de las enfermeras, de lo que constituye el cuidado para los pacientes, las percepciones de los pacientes de lo que es importante para que se sientan cuidados y la comparación de las percepciones del paciente y la enfermera de lo que constituye un comportamiento de cuidado importante.

Varios estudios aportan al concepto de percepción, desde el cuidado de enfermería. Entre los que podemos mencionar, está el de Larson, con sus diversas investigaciones, que permiten cuantificar la percepción, tratando de medir cuantitativamente, la percepción de los cuidados de enfermería en la satisfacción de las necesidades del paciente. No obstante, en la mayoría de los casos se encontró, una clara diferencia de la percepción. Ejemplo: Larson (1987), Mayer (1987) y Sjoden (1991) empleando el CARE Q, reportaron

diferencia significativa. Las enfermeras escogieron el “escuchar al paciente” de la sub escala confort, y los pacientes escogieron “sabe aplicar IV y manejar los equipos” de la sub-escala monitoreo y da seguimiento, como lo más importante para hacerlos sentir cuidados.

Hermann y Helmholtz, plantean que la percepción como calidad del cuidado, es la experiencia advertida y expresada por el usuario y que en la mayoría de los casos, guarda relación con las necesidades de afecto, comprensión, protección, bienestar y ocio. (Orrego, 2001).

Rivera y Triana (2007) dan a conocer el trato humanizado percibido por los pacientes hospitalizados y las características de la Enfermera, tales como: dar apoyo emocional, apoyo físico, cualidades en la técnica, la pro actividad, empatía, la priorización del cuidado y la disponibilidad para la atención, lo cual nos muestra que la percepción de los sujetos de cuidado, se ve influenciada por las capacidades humanas y científicas del profesional que brinda el cuidado.

En el mismo sentido, otros estudios apoyan dichas afirmaciones, como el realizado por el colegio oficial de enfermería en Málaga 2005, sobre la percepción de los profesionales sobre el desarrollo de la enfermería, el cual concluyó, que la población no puede apreciar en su totalidad la intervención de enfermería, ya que esta queda opacada por el actuar médico, aun cuando la enfermera tenga su propio quehacer ante la sociedad y los demás profesionales (Matamoros, 2007).

Matamoros Quesada y Col, realizaron un estudio llamado “percepción de las usuarios y usuarias sobre el que hacer de enfermería en el primer nivel de

atención” el cual, destacó como resultado, que la percepción de los usuarios sobre enfermería es confusa, debido a múltiples factores, dentro de los cuales está la ausencia de un profesional en el primer nivel que brinde atención directa.

Salmerón Flores (2004) afirma que, al describir la percepción de los comportamientos de cuidado, puede contribuir a buscar estrategias para que el cuidado de enfermería sea más eficaz y eficiente y conlleve a dar claridad para fomentar el enfoque de cuidado de enfermería en la asistencia, en la gerencia y en la gestión del cuidado; para organizar, dirigir y controlar el cuidado con más calidad y calidez.

Otra publicación cuyos resultados enriquecen estos postulados, es la realizada por Bautista Rodríguez, (2004) en su estudio descriptivo transversal, llamado “Percepción de la calidad del cuidado de enfermería, utilizando el instrumento Caring Assessment Instrument (Care-Q) de Patricia Larson evidenció que los comportamientos percibidos de mayor importancia, tienen que ver con aquellos relacionados con la habilidad, como la administración de medicamentos y el manejo adecuado de los equipos. El estudio permitió determinar las percepciones que tiene el usuario con relación al profesional de enfermería y sirven para reorientar el servicio con mayor empoderamiento del profesional, en su condición de cuidador.

La información proporcionada por los estudios de investigación, orientados hacia la percepción de los pacientes sobre los cuidados de enfermería recibidos, permiten determinar áreas de mejora, asistenciales y gerenciales, que se deben trabajar, para garantizar resultados óptimos de los

cuidados y la satisfacción total de los pacientes, sus familiares y los profesionales mismos. Permitiendo también, indagar y profundizar más en las diferentes situaciones del individuo, como los sentidos y la experiencia previa; juegan un papel crucial para poder realizar un concepto sobre qué se percibe, cómo se percibe y cómo se valora esta percepción. Al trabajar directamente sobre las percepciones se pueden realizar ajustes, propuestas o innovaciones sobre lo que se está estudiando y lo que se está haciendo.

2.3. Características de la Enfermera que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio de alta complejidad, cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, que fueron internados allí, bien sea por un trauma en el postoperatorio o en la agudización de la insuficiencia renal o de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras. (Rodríguez, 2011).

La enfermera como profesional que labora en la UCI, se relaciona con el sufrimiento de los pacientes y sus allegados; también, debe intervenir en situaciones de crisis y presión asistencial de exceso de trabajo, déficit de personal y materiales; estas situaciones pueden llevar a sobrepasar los niveles de afrontamiento del personal de enfermería. (Sierra L. y Montalvo A. 2012)

Enfermería como disciplina de índole social, debe intentar que su personal, bajo una óptica humanista, ayude a la persona solicitante del cuidado, a reforzar potencialidades y/o minimizar desequilibrios en su estado de salud.

Por ello, debe reconocer al ser humano como un ser complejo, misterioso, estructurado por diversas dimensiones, que van de lo somático a lo espiritual; de lo visible a lo invisible; con inclusión del aspecto social e histórico, que lo define como un ser de interrelaciones permanentes consigo mismo y el mundo. Poseedor de creencias, sentimientos, pasiones, valores, experiencias entre otros muchos rasgos.

Por lo tanto, es fundamental, reflexionar sobre la visión holística de la persona, visualizándolo permanentemente como una unidad, cuya concepción es imperativa moralmente en las ciencias humanistas, en un esfuerzo por minimizar la fragmentación de la persona y considerarlo como sujeto, en esta sociedad del conocimiento, de grandes avances científicos y tecnológicos.(Guevara, 2007)

El cuidado, es el símbolo de expresión de comunicación entre los seres vivos, que trasciende más allá de una simple relación entre humanos. En la relación que se establece entre las personas, el cuidado exige la presencia significativa de la persona que cuida, en este caso la enfermera, y de la persona que recibe el cuidado, es decir el paciente; esa presencia significativa implica ver, oír, tocar y sentir a través de un proceso de empatía, que debe estar presente en la relación interpersonal enfermera-paciente. (Morín, 2001)

La enfermera que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) debe poseer un perfil enmarcado en una ontología integradora, que incluya conocimientos afectivos, emocionales, científicos y tecnológicos. Es imprescindible que esta ontología integradora, armonice con la presencia física

de la enfermera, donde su presencia sea significativa, tanto para el paciente, como para sus familiares; este modo de estar presente significa “ver, tocar, hacer, escuchar” a este paciente, que debe ser concebido como un ser holístico, donde el fin último del cuidado que le proporciona la enfermera, sea la felicidad, no sólo para él y sus familiares, sino también para la colectividad; o en última instancia, ayudar a este enfermo a tener una muerte digna cuando ésta sea irremediable. (Guevara, 2007)

La enfermera(o) asignada(o) al área de Cuidados Intensivos, debe brindar cuidados de alto nivel. De manera que las(os) mismas(os) deben estar capacitadas(os) para:

- Prestar atención, individual y colectiva al paciente, dentro del equipo multidisciplinario.
- Velar por la dignidad que merece el ser humano debido a su complejidad y naturaleza.
- Ver al paciente como un ser humano integral y enseñarle calidad de vida.
- Proporcionar cuidado de manera integral, con todas las técnicas aprendidas y con apoyo de la tecnología con la que se cuenta.
- Realizar diagnósticos de enfermería, de manera oportuna, para actuar eficaz y prontamente, de acuerdo a las necesidades identificadas.
- Crear y mantener una relación eficaz entre el paciente y familia, que permita afrontar las situaciones por las que están pasando, de manera adecuada.

- Ser un terapeuta e interesarse y preocuparse; ser un cuidador moralmente responsable y competente en la toma de decisiones éticas; capaz de analizar los cuidados, proporcionar, manifestar profundo interés por ellos, como persona única.
- El enfoque del cuidado debe ser holístico y no sólo centrado en el cuerpo de ellos. Debe estar consciente que su papel es curarlos y cuidarlos y no solamente tratarlo.
- Tener conciencia de que la adolescencia es una etapa de vulnerabilidad y profundos cambios.
- Estar comprometido en establecer una ética de cuidado para ellos.
- Ser virtuoso, es decir, que pretenda alcanzar la excelencia y huya de la mediocridad, de la medianía y busque el bien interno de la práctica profesional.
- Debe tener responsabilidad moral y centrarse en la resolución de conflictos y el desarrollo moral al entendimiento de derechos y reglas.
- La actividad de cuidar debe estar centrada en el cuidar del otro de manera responsable, bajo el precepto de ocuparnos de las y los adolescentes, manteniendo relaciones interpersonales, sin dejar de lado nuestro rol de terapeuta.
- El cuidado proporcionado a las y los adolescentes debe representar el corazón y el alma de la profesión utilizando los tres enfoques éticos: virtud, principios y cuidados.
- Poner en práctica el trabajo en equipo.

- Ser parte activa en la elaboración, implementación y evaluación de las guías y protocolos de enfermería que guían la práctica, en las Unidades de Cuidados Intensivos.
- Realizar las gestiones necesarias, para la consecución de los insumos y/o equipos que se necesiten.
- Ser educadoras por excelencia, en los temas relacionados con su especialidad y asesorar en lo que a ello respecta.
- Participar en los programas de orientación y capacitación de los futuros especialistas.
- Ser parte de las investigaciones científicas, que se generen, encaminadas a mejorar la práctica de enfermería.

Unido a las competencias anteriores, la enfermera(o) asignada(o) a la Unidad de Cuidados Intensivos, debe ser capaz de reconocer la importancia de la investigación o en su defecto, la realización de estudios de casos, a través de los cuales puede desarrollar la competencia de investigar, como una de las herramientas fundamentales en la práctica profesional.

Según Vásquez (1993), el elemento fundamental de la ciencia de enfermería, es la investigación de la práctica de la enfermería. La investigación genera el conocimiento que se aplica en la práctica y de la práctica surgen los problemas de investigación.

Para Long, Phipps, y Cassmeyer (1999) es fundamental, que la enfermera intensivista responda a los avances que la tecnología le exige en la sociedad sin perder el horizonte del cuidado humano. Señala que en lo relacionado al

conocimiento tecnológico, la enfermera requiere destrezas, habilidades intelectuales y psicomotoras para su manejo en beneficio de la persona críticamente enferma.

Autores como Galicia y Zambrano (2000), consideran que, la humanización del cuidado, es una exigencia de la enfermera intensivista y exige el no olvidarse de la familia, brindándole todo el apoyo que requieran por cuanto la Unidad de Cuidados es un ambiente restringido, con normas específicas, que limitan el acceso a la familia, a su ser querido.

Finalmente, la enfermera intensivista debe ofrecer una comunicación fluida, honesta, receptiva, que le permita escuchar las inquietudes, del paciente que cuida, responder sus interrogantes, y demostrar una actitud de respeto y consideración.

2.4. Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

La revisión de literatura realizada para el desarrollo de esta investigación, puso de manifiesto, que son muchos los factores que influyen en el cuidado y pueden influir en la percepción, que sobre el mismo se tenga.

Diversos autores exponen a través de estudios, que la percepción está condicionada por conductas instintivas, a las cuales el ser humano se adapta, para hacer frente.

En virtud de ello, se consideró incluir en la investigación la teoría del Cuidado humano de J. Watson, para que la enfermera percibiera su conducta y obtuviera el apoyo que necesita para modificarla.

La teoría sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Jean Watson considera, que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal; por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

2.4.1. Elementos esenciales de la teoría

La Teoría del Cuidado Humanizado de J. Watson, brinda conceptos esenciales de la práctica de enfermería, tales como: la relación transpersonal, la fenomenología y el cuidado propiamente. Los cuales, son la piedra angular en la esencia de la enfermería, que complementa, la razón de ser del que recibe el cuidado (paciente) y el que brinda el cuidado (enfermero), tomando en cuenta una relación de ayuda y confianza entre éstos, generando conocimiento, respeto y ayuda mutua, rescatando siempre, la dignidad humana, en la asistencia de enfermería, dentro de un marco de amor.

Jean Watson, plantea una teoría conceptual frente a diferentes cuidados humanísticos, que se desarrollan en la profesión de enfermería, estos son:

a. Interacción enfermera- paciente: El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano

involucra valores, voluntad, un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de: salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado.

b. Campo fenomenológico: El cuidado inicia, cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma), de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

c. Relación de cuidado transpersonal: Según Watson, el cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trasciende “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos, el paciente y la enfermera, entrar en el campo fenomenológico del otro. En la que el cuidado transpersonal se caracteriza por:

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más pro-fundo/más alto Yo.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera, transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado; por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Para la autora, la relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación hacia el significado subjetivo y más

profundo de la persona, en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación enfermera-paciente. Como tal, la preocupación del que cuida y del que recibe el cuidado, se conectan, en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.

El término “transpersonal” quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora; pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado, corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

Esta teoría, permite la valoración que fundamenta el poder interno de los procesos de cuidado humano, para producir crecimiento y cambio.

Se perfila cuatro valores primordiales en la profesión de enfermería:

- Entrega a los demás.
- Fé en la dignidad y valor de cada persona.
- Compromiso con la educación.
- Autonomía.

d. Factores Asistenciales del Cuidado: Watson, considera que la asistencia del cuidado de enfermería está encaminada a la prevención de enfermedades, promoción y la recuperación de la salud.

La salud está basada sobre todo, en lo que percibe cada uno, acerca de lo que está experimentando, en el momento. Es decir, la armonía existente entre el cuerpo y la mente (Watson 1988).

Además, considera Watson, que el enfermero que brinda el cuidado debe tratar de entender lo que el paciente percibe. Ponerse en el lugar de la otra persona, representa comprender lo que el otro está sintiendo, para así, brindar un cuidado apropiado, de acuerdo a cada uno de los individuos, que reciben la atención.

Igualmente podemos decir, que la asistencia del cuidado de enfermería, según la autora, está basada en los supuestos de los valores del cuidado humano, que tienen como objetivo, rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería. Estos supuestos son:

- El cuidado que brinda el enfermero, está unido al amor. Ambos son esenciales, para destacar el humanismo, que debe imperar en la relación enfermero-paciente.
- En la medida en que el enfermero procure brindar el cuidado óptimo, basado siempre en el humanismo, dejará un mejor legado a las generaciones futuras. Lo cual representará, un aporte grandioso a las nuevas civilizaciones.
- Como yo quisiera que me traten a mí, representa un gran valor, para tratar a los demás.

- A lo largo de los años, la enfermería ha brindado un cuidado basado en el humanismo.
- La esencia de la enfermería lo representa el brindar cuidado.
- Los sistemas de salud actuales, han ido perdiendo la esencia del cuidado, basado en el humanismo.
- Hoy en día se toma mayor importancia a la tecnología, que a brindar cuidado humanizado a los pacientes.
- El conservar la prestación de servicios de enfermería, basados en el cuidado humano, se ha constituido en un fenómeno que afecta a la enfermera, en el presente y las futuras generaciones.
- Para la práctica eficaz del cuidado humano, es esencial, que se den relaciones interpersonales satisfactorias.
- La teoría del cuidado humanizado, está basada en la práctica y la investigación. Con lo cual, se brinda un gran aporte en el ámbito social, moral y científico.

e. Momento del Cuidado: Para Jean Watson el momento de cuidado implica una acción y la elección, tanto de la enfermera, como la del paciente. En el momento de estar juntos, se presenta la oportunidad de decidir la forma de estar en el momento y en la relación, como en lo que hacer, con y en el momento. Si el momento de cuidar es transpersonal, cada uno siente una conexión con el otro, al nivel del espíritu, por lo que trasciende el tiempo y el espacio, abriendo nuevas posibilidades para la curación y la conexión humana a un nivel más profundo que la interacción física.

2.4.2 Factores curativos de la ciencia del cuidado:

***Formación de un sistema humanístico – altruista de valores:** este factor, incorpora valores humanísticos y altruistas; facilitando la promoción de cuidado de enfermería, de manera holística y positiva, dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera, a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces con el paciente, a la hora de promover el bienestar, a fin de ayudar al paciente, para que adopte las conductas en pro de la salud.

***Inducción de la fe y la esperanza:** Este factor, se puede definir como la satisfacción a través de la cual, se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.

***Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás:** implica el reconocimiento de los sentimientos, que lleva a la auto actualización a través de la auto aceptación, tanto para la enfermera, como para el paciente. En otras palabras, a medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

***Desarrollo de una relación de cuidado y confianza:** el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Según Watson, una relación de confianza, fomenta y acepta la expresión, tanto de los sentimientos positivos, como de los negativos e implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz necesarias para un cuidado de calidad.

***Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos**

negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo, en la que participan tanto la enfermera, como el paciente. Se entiende entonces que, la enfermera debe estar preparada para experimentar sentimientos positivos, como negativos. Así como, también reconocer la comprensión intelectual y emocional en cada una de las situaciones en que se vea envuelta.

***Uso de procesos creativos para la solución de problemas:**

el uso del proceso de enfermería, aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado de enfermería, disipando la imagen tradicional de la enfermera, como ayudante de un médico. De esta forma, el proceso de enfermero(a), es similar al proceso de investigación, en lo que se refiere a su naturaleza sistemática y organizada.

***Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal:**

este factor es un concepto importante para la enfermería, porque separa el significado de lo que es cuidado y de lo que significa curación. Permitiendo que el paciente este informado, y sea capaz de aceptar la responsabilidad, por el bienestar y la salud del paciente. Por ende, la enfermera facilita el desarrollo de este proceso con el uso de las técnicas de enseñanza-aprendizaje, diseñadas para que los pacientes realicen su autocuidado y puedan reconocer sus necesidades personales que garanticen su crecimiento personal.

***Disposición para crear un entorno mental, físico, social, espiritual,**

corrector y de apoyo: las enfermeras tienen que reconocer la influencia de los entornos internos y externos, en el proceso salud-enfermedad de los individuos.

Los conceptos más relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental, espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen las variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

***Ayuda en la satisfacción de las necesidades humanas:** El alcance de este factor, implica por parte de la enfermera, el reconocimiento de las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Y en el caso de los pacientes, la necesidad de satisfacer sus necesidades, considerando primeramente las menores, hasta llegar a cubrir las de un rango superior.

***Aceptación de las fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales:** la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata, que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial, es una ciencia de la existencia humana, que utiliza los análisis fenomenológicos. En base a ello, Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, se debe incluso facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud, estableciendo para ello, estrategias y acciones preventivas de salud.

Los tres primeros factores curativos de la ciencia de cuidado mencionados, forman la base "filosófica" de la teoría. La convierte en una teoría filosófica, en la que se considera a la persona como "un ser en el mundo", que toma en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu y en la que la

persona se esfuerza en mantener la relación entre estos tres aspectos para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta durante todo el proceso de cuidado. La teoría sostiene que el cuidado humano es considerado como una relación terapéutica básica entre los seres humanos; la cual es relacional, transpersonal e intersubjetiva.

2.4.3. Análisis teórico de la teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Esta teoría habla de un cuidado más humano, que incluye un compromiso moral por proteger y dignificar al ser humano. Watson, habla de la importancia de ir más allá de lo subjetivo, y preocuparse por la experiencia que vive el paciente, mostrando interés por la persona, su pensamiento y el cómo sobrelleva la situación de salud. Ofrece una orientación fenomenológica, existencial y espiritual. De allí, lo importante de reconocer los 10 factores básicos de cuidado anteriormente explicados.

El análisis teórico de la teoría, lleva a reconocer que los 10 factores planteados por Watson, evolucionaron hasta alcanzar el nivel óptimo de cuidado y ser visto de una manera más holística, permitiendo ver el cuidado como:

- Práctica de la bondad y la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia solidaria.
- Ser auténticamente presente, permitir y mantener el sistema de creencias profundas y mundo de la vida subjetiva del yo y la de un ser - cuidado.

- El cultivo de una de las prácticas espirituales y transpersonales, va más allá del yo, la apertura a otras personas, con sensibilidad y compasión.
- Desarrollo y mantenimiento de una ayuda-confianza, relación amorosa auténtica.
- Estar presente y de apoyo a la expresión de sentimientos positivos y negativos, como una conexión más profunda, con el espíritu de uno mismo y el ser cuidado.
- El objetivo final de la teoría de Watson, es mejorar la atención de las personas, su dignidad e integridad. En esencia, las enfermeras tienen un compromiso social de ayudar y enseñar a los individuos a alcanzar un alto nivel de bienestar, sanación y descubrir nuevos significados a través de la propia experiencia y cuyo interés fundamental es comprender la salud y enfermedad, como experiencia humana.

2.5 Valoración de la percepción del cuidado

La enfermería es una profesión, que tiene dentro de su actuación, el acogimiento del sufrimiento humano; a través del cuidar, rehabilita, mitiga los dolores y promueve salud. Para proporcionar cuidados, se requiere de una relación de ayuda, siendo éste un momento único donde se comparte la existencia humana.

Para Traveled (2002), la enfermería como profesión es la encargada del cuidado. Este concepto se afirmó de forma más relevante, durante la segunda mitad del pasado siglo, transponiendo los límites científicos de la prestación de

servicios, siendo reconocida en la comunidad científica como una profesión dedicada al cuidado del otro.

Decker, Paterson & Zderad's (2008) señalan, que el cuidado ha sido visto como el marco referencial en un nuevo paradigma de la enfermería y de gran relevancia para la profesión. Reconociendo, que la trayectoria de actuación en enfermería, ejerce el significado de cuidar y el cuidado. Valorar este cuidado a través de la percepción, podrá transformar en palabras, aquello que el personal de enfermería ha ejercido en la práctica y en la enseñanza.

Los conceptos de cuidado de Morse, (2008), han sido la base para valorar el cuidado. Sus estudios contienen definiciones implícitas y explícitas sobre la percepción del cuidado; evidenciadas a través de técnicas de enseñanza, que permiten traducir el cuidado en cinco clasificaciones ontológicas: a. Cuidar como característica humana, b. Cuidar como imperativo moral o ideal, c. Cuidar como afecto, d. Cuidar como relación interpersonal y e. Cuidar como acción terapéutica de enfermería.

Bruce Goldstein (2005), señala, que entre los propósitos esenciales de la percepción está, el brindar información sobre el mundo que nos rodea, lo cual es vital para nuestra supervivencia y ayuda a actuar en relación con el ambiente permitiendo actuar en él.

Mora Martínez (2003), establece en su libro Guía Metodológica Para la Gestión Clínica por Procesos, que la percepción del cuidado, describe los conocimientos de la salud y conducta saludable por parte del usuario y familia frente a su problema de salud; así como las actuaciones más frecuentes

encaminadas a fomentarla y mantenerla. Donde no sólo se aborda la descripción que el individuo hace de su salud, sino también las medidas preventivas y curativas, aplicadas de acuerdo a la prescripción médica, así como la ejecución de autocuidado y la previsión de los problemas.

En la medida que se comprenda al ser humano y las diferentes situaciones que este pueda presentar a lo largo de la vida, así mismo la enfermera podrá establecer, cuál es la mejor forma de valorar la percepción de los cuidados.

Para valorar la percepción del cuidado, la enfermera debe ponerse en el lugar del paciente, para tratar de comprender sus ideas, sentimientos y en esa medida, ser capaz de establecer un nexo fuerte, que le permitirá establecer intervenciones oportunas, que contribuirán a brindar un mejor cuidado.

Otro aspecto a considerar al momento de valorar la percepción del cuidado es destacar el aporte que han hecho las diferentes teoristas de enfermería, en relación a la persona que recibe el cuidado y sobre el cuidado mismo.

Al respecto Dorothy Johnson, sostiene que la persona que recibe el cuidado, es un sistema conductual, que requiere de ajuste del entorno, para mantener su equilibrio.

Betty Newman, centra su definición de cuidado, en la persona a quien define de manera amplia, como cliente-sistema-cliente, el cual puede ser un individuo, una comunidad, una familia o un problema social.

Madeleine Leininger, establece la importancia de las diversas culturas, en el papel que desempeña la enfermera, para contribuir a alcanzar la salud de los individuos bajo su cargo.

Watson propone la teoría del cuidado humano, donde éste último, constituye la característica universal para la supervivencia humana.

Los aportes realizados por estas teoristas contribuyen a enriquecer la discusión académica, frente al cuidado, como esencia de la disciplina, reconociendo desde diferentes perspectivas el valor heurístico en la literatura, su utilidad como referente en la práctica profesional y su aplicación en la investigación, administración y docencia. Por ende, el profesional de la enfermería debe establecer estrategias que le permitan determinar la calidad del cuidado (Ariza, 2008).

2.5.1. Percepción del Paciente sobre el Cuidado que recibe

La percepción del paciente comprende los elementos ubicados dentro del campo de la conciencia del paciente. Son una guía general de acción; estos principios se derivan de las experiencias realizadas por los científicos sociales Kahn, Connell, Pepalu y Orlando, quienes después de entrevistar a las personas registraron sus acciones y los resultados obtenidos; de cuyos resultados, derivaron generalizaciones, en el sentido de que una acción dada logra un resultado determinado.

Combs y Snygg llevaron a cabo muchos estudios sobre la percepción del paciente; reunieron los resultados de los estudios y derivaron inferencias

desarrollando teorías. La inferencia inicial, fue la suposición de la existencia de un campo perceptual, la segunda inferencia se relaciona con los factores encargados de la organización particular, la tercera implica, que en cualquier momento, las percepciones pueden existir en uno o en todos los niveles de conciencia.

De acuerdo con estos autores, por medio de la comunicación, es posible adquirir una mayor comprensión de otra persona. La persona que hace la entrevista puede aumentar la amenaza y estrechar aun más el campo perceptual, al sondear inadvertidamente las percepciones que el individuo relega, en un nivel bajo de diferenciación, por ser compatibles con la satisfacción de su necesidad.

Los análisis de datos sobre la percepción del paciente, son el método o forma sistemática y precisa de evaluar e interpretar el alcance de las metas de enfermería, las cuales deben ser claras concretas y veraces.

El nivel de percepción de comportamientos de cuidado de los pacientes durante la interacción, constituye la base emocional que genera respuestas de estos, ya sea de demanda, de mejoras, de acuerdo con lo que perciba como cuidado de calidad y otorga calificación a la prestación que brindan los profesionales de Enfermería, lo que significa el menor o mayor nivel de prestigio profesional.

La percepción del cuidado de Enfermería por el paciente durante la interacción puede trastocarse por factores socio culturales, desconocimiento del rol de enfermería, por privilegiar consciente o inconscientemente otros aspectos

como el éxito del tratamiento médico sobre actos de cuidado de Enfermería, por el estado de enfermedad en que se encuentra el paciente.

Para el paciente, es de gran importancia la atención e información que recibe, por parte de la enfermera (o). Dicha información debe ser en términos adecuados y comprensibles, con el fin de aclarar las dudas existentes, relacionadas con su estado de salud. También es trascendental contar con alguien que lo escuche, comprenda y comparta sus alegrías y tristezas, durante su hospitalización. Todo esto contribuirá, de manera positiva, para su pronta recuperación.

Bellar y Small (1980), plantean que la percepción positiva que tenga el paciente sobre el cuidado que recibe durante su hospitalización, es de gran beneficio, a la vez que crea cambios positivos y le da fé en la eficacia del tratamiento que recibe. Estos autores consideran que la percepción de las relaciones de causa y efecto, permiten por lo general, el optimismo del paciente. Basándose en el hecho, que la comunicación efectiva que se da entre el paciente y la enfermera (o) que lo cuida, es muy importante para mejorar, la percepción del cuidado, que tiene dicho paciente.

Por su parte, Jiménez Torres (2006) considera, que si el paciente piensa que sus intereses van a ser respetados o satisfechos, durante su hospitalización, aumentarán las posibilidades de aceptación del tratamiento, así como también, contribuirá, para una recuperación oportuna y eficaz.

La teoría de Swanson (1991), citado por Potter (2003), trata sobre las conductas y procesos que caracterizan los cuidados, en donde manifiesta, que

las conductas que los clientes perciben como cuidados, ayuda a destacar lo que esperan de sus cuidadores. Siempre se ha sabido que los clientes valoran, la efectividad con que las enfermeras hacen sus tareas, pero está claro que los clientes también, valoran la dimensión afectiva de los cuidados de enfermeros (as).

Dentro de este mismo contexto, Gerteis, (1997), citado por Potter (2003) expone que cuando los pacientes tienen la sensación de que las enfermeras (os) tiene interés en ellos como persona, van a cumplir las recomendaciones e indicaciones terapéuticas. Es por eso que, la enfermera debe comprender y conocer al paciente, ya que de esta manera puede obtener información, analizar los datos y ejecutar las acciones para satisfacer las necesidades.

La satisfacción percibida por parte del paciente, en cuanto al tratamiento, como al resto de los cuidados que recibe, está directamente relacionada con el componente afectivo de la actitud del paciente hacia el servicio sanitario que se le brinda.

La diferencia en la percepción del paciente, se atribuye a factores individuales de cada uno; en la misma intervienen la actitud hacia el sistema sanitario y la hospitalización misma.

Al evaluar al paciente y el efecto que ejerce la percepción subjetiva que el mismo posee, sobre su estado de salud, que en este caso, puede ser una intervención de la enfermera (o), relacionada con su tratamiento, tiene mucha influencia en cuanto a la satisfacción que va a tener el mismo, del cuidado que recibe.

2.5.2 Percepción de la enfermera que brinda el cuidado

La definición del cuidado, sigue siendo de interés para muchos, en la actualidad se continúa la búsqueda de la definición; así como también se pretende saber cuáles son las percepciones de cuidados para las enfermeras. Andrew (1996) manifestó que el cuidado demanda contacto, meterse dentro de sus actitudes y de los sentimientos de sus pacientes, acompañándolos en todo momento. En este aspecto, la enfermera debe poseer una actitud de respeto hacia el individuo, en donde se requiere de una relación de humano a humano. Por todo lo expuesto es importante señalar, que además de los cuidados que se le proporciona al paciente, las relaciones interpersonales y la actitud de la enfermera al brindar cuidados, guarda una relación con la satisfacción total y la necesidad de atención de los pacientes cuidados.

El Consejo internacional de enfermería (CIE, 2010) define enfermería como la profesión que abarca los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, enfermos o sanos, en todos los contextos incluyendo la promoción, prevención y cuidados de los enfermos. Para lo cual es necesario, que el profesional de enfermería desarrolle una interacción de comunicación con los sujetos de cuidado que promueva el cumplimiento de los objetivos de la profesión. (Travelve, 2007).

Según el Grupo de Cuidado de la Universidad Nacional de Colombia (2000), es importante determinar que, lo que influencia la interpretación que el profesional de enfermería hace, con relación a lo que expresa un paciente en una condición de salud, está ampliamente relacionada con la percepción que

tenga en el contexto, en que se desarrolla el profesional de enfermería que provee los cuidados. En otras palabras se refiere a la calidad y cantidad de los cuidados ofertados a las personas enfermas y que dependen en gran manera de la percepción que la enfermera tenga del paciente.

Para la profesión de enfermería, la percepción del quehacer profesional radica no sólo en el concepto que este tenga de la profesión y sus objetivos, sino también en el concepto que los demás perciban de su labor y experiencias acumuladas. La percepción de las personas, es un pilar fundamental para el desarrollo de la profesión de enfermería que brinda el cuidado, lo que le permite mejorar la atención y la relación enfermera-paciente, vital para el logro de los objetivos del cuidado.

Swanson (1991) citado por Potter (2003), refiere que “Conocer a un cliente significa que la enfermera evita suposiciones, se centra en el cliente y pone en marcha una relación de cuidados con el cliente que revela información e indicios que facilitan el pensamiento crítico y los juicios clínicos”. Se puede inferir, que cuando el ser humano siente el desequilibrio interno que le produce la alteración de una de sus necesidades cambia en negativo su comportamiento.

Al respecto Pepper (1998) señala, que la satisfacción de las necesidades domina, la actividad humana, hasta tal punto que el comportamiento de una persona se organiza, sólo en relación con las necesidades insatisfechas. La enfermera al reconoce estos estados, le permite estar dispuestas a ayudar a la satisfacción de la necesidades humanas, teniendo conciencia de los factores

limitantes como biológicos, intelectuales, emocionales, sociales, económicos, ambientales, físicos y patológicos.

La personalidad de la enfermera marca una diferencia sustancial en el nivel de lo que un paciente puede aprender durante la experiencia de su enfermedad y que uno de los aspectos verdaderamente profesionales de la enfermería es la relación enfermera – paciente. Es por eso, que la actitud, el tono de voz, la expresión facial, y las palabras que transmita la enfermera, es de gran importancia para el paciente, ya que marca la diferencia en el bienestar y satisfacción del usuario.

La enfermera considera que la calidad del cuidado que ofrece es el logro de los resultados deseados en la salud de los individuos y de la población en general. Es decir, es el logro de los objetivos propuestos para satisfacer las necesidades del cuidado.

2.6. El paciente enfermo en la unidad de cuidados intensivos

La permanencia en el hospital, en donde hay limitaciones en el número de personas que ingresan a visitar a los pacientes y en el horario para la visita familiar, plantea una situación paradójica, porque los pacientes hacen referencia a estar solos, pero rodeados de gente; a sentirse solo, cuando están en medio de muchas personas, como los miembros del equipo de salud y otros pacientes; a sentirse solos cuando en realidad no lo están.

Para los pacientes estar en la Unidad de Cuidados Intensivos, significa ser dejado sólo y abandonado; un sitio donde cambian las rutinas familiares, la

vida cotidiana; cambia el rol social de las personas; hasta que su recuperación le permita volver a asumir aquel que desempeñaban en su vida diaria.

El sufrimiento que acompaña a la enfermedad, tiene, de acuerdo a las descripciones de los pacientes, varios componentes tales como: el tiempo de duración de los mismos, la sensación de abandono y soledad, ansiedad, angustia, tristeza, llanto, temor, la alteración de la imagen corporal y la angustia ante la muerte.

Para el paciente enfermo en la Unidad de Cuidados Intensivos, la duración del sufrimiento se refiere a la duración de la enfermedad y las limitaciones físicas. Estar hospitalizado e inmovilizado significa para el paciente, estar incómodo, con limitación de libertad. También significa tener dolor y sufrir lesiones, que se pueden presentar en el sitio de la ubicación de restringidores, debido a la lucha con la inmovilización.

La enfermedad que obliga al paciente a ingresar a una Unidad de Cuidados Intensivos, afecta su autoimagen corporal, no necesariamente de manera permanente, pero sí, durante el tiempo que esté presente la enfermedad.

Un estudio con pacientes que han sido hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos, relataron su experiencia como negativa, debido a las alteraciones cognitivas, la incomodidad por presencia de elementos invasivos, la limitación de movimientos, la incapacidad para hablar, la sed, el ruido el dolor. También reportaron dificultad para dormir, alteración de la imagen corporal y preocupación por la insatisfacción de sus necesidades básicas; además

expresaron, que aunque presentaban deterioro, no podían recordar en forma total o parcial las experiencias que habían vivido.

Otro estudio demostró, que los pacientes sometidos a ventilación mecánica, presentaron sentimientos de frustración, por alteraciones en la comunicación; asegurando que la experiencia les había generado negación, aprensión, temor, además de alivio o gratitud y también, reportaron una mayor cercanía a la muerte.

Peralta y colaboradores en un estudio con pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos, demostraron 46 extubaciones, de las cuales, el 20% a maniobras inadecuadas del personal.

El conocimiento por parte de los enfermeros, de la experiencia que viven los pacientes, durante una grave enfermedad, permite la comprensión de las características que componen la experiencia y los significados otorgados por los pacientes, dándole base para la toma de decisiones, en relación con formas más humanizadas de cuidado, que se brinda a los pacientes cuando están hospitalizados.

En términos generales, la experiencia de un paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos es dura; debido al sufrimiento que ocasiona, tanto por los efectos de la enfermedad, como por los elementos utilizados en el tratamiento, procedimientos realizados, para resolver la enfermedad. El sufrimiento físico, psicológico y espiritual, que afecta el cuerpo, la mente y el espíritu, es decir la persona en su integridad, además del sufrimiento, también contribuye a la

dureza de la situación del hecho de tener que alejarse de su familia, hogar durante la vivencia de la enfermedad.

2.6.1 El cuidado de enfermería al paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos

El objetivo principal del cuidado de enfermería en los pacientes sometidos a reposo prolongado va encaminado, al logro de su mayor independencia funcional. En aras de que estos, puedan ejercer en un futuro su autocuidado. Enfermería debe intervenir con acciones que propicien su pronta recuperación.

Los enfermeros(as) en las Unidades de Cuidados Intensivos, parecen percibir esa necesidad de trabajar, procurando la resignificación del censo común que incluye los cuidados intensivos. En la medida que las enfermeras tengan una concepción humanizada de la atención, podrán ser capaces de comprender, que el cuidado en estas áreas del hospital, contempla una dimensión compleja, en que la familia también forma parte del tratamiento, como una extensión de los pacientes.

Ofrecer cuidados a los pacientes recluidos en Cuidados Intensivos, es dar sentido a las experiencias del otro, reconocer el valor del sufrimiento y acoger a la familia en sus inquietudes. El ambiente de atención intensiva, por más estresante y agresivo que pueda parecer, ofrece una gran posibilidad para la prestación de un cuidado globalizado, tomando en cuenta la atención, así como también a la subjetividad del paciente. (Lemos y Rossi, 2002) La mirada, los gestos, la preocupación con el enfermo y el compromiso emocional, son

alternativas eficaces para establecer un vínculo de unión con quien sufre, además de poder romper con un paradigma biomédico, que considera al ser humano como el cuerpo enfermo, que necesita ser restaurado del desequilibrio, siendo objeto de control por los profesionales. (Nascimento, 2003).

Percibimos que la receptividad calurosa, el compromiso con su momento de sufrimiento y el entendimiento de las reacciones físico-emocionales de pacientes, familiares y cuidadores, pueden rescatar una práctica de cuidado centrada en la valorización del modo de vivir de esas personas, humanizando, de esa forma, la atención. La humanización de la atención que debe transmitirse al brindar cuidados en las Unidades de Cuidados Intensivos, debe posibilitar pensar en las prácticas de cuidado, con la adopción de posturas de empatía inter-subjetivas, compromiso interpersonal, en cada una de las acciones. Las actitudes de la enfermera al brindar cuidado, en un área tan sensitiva como lo es las Unidades de Cuidados Intensivos, pueden permitir el reconocimiento del cliente, como ser participante del proceso terapéutico, autónomo, libre; que tiene necesidades específicas, además de derechos y solicitudes.

Los pacientes que se encuentran en una Unidad de Cuidados Intensivos, representan para el profesional de enfermería un reto, por la complejidad del cuidado que ellos ameritan, ya que en el día a día, la enfermera (o) asiste las necesidades del paciente, influidas por la pérdida de independencia y autonomía. Dichas actividades deben dirigirse a que el paciente recupere su capacidad funcional y logre satisfacer sus propias necesidades.

Finalmente, podemos decir que el cuidado de enfermería implica un compromiso de la enfermera (o), como grupo profesional; con una postura crítica, propositiva y transformadora, dando como resultado, los cambios positivos, que la salud y las personas sujeto de cuidado le exigen. Así, entendemos que el cuidado en las Unidades de Cuidados Intensivos, parece venir contemplando una espiral, en que se mezclan demandas, expectativas y posibilidades; lo que promueve la transformación constante del contexto asistencial, de las personas que en él trabajan y de las personas cuidadas en la unidad.

3. MARCO DEL DISEÑO

3.1 Tipo de estudio

La presente investigación se encuentra dentro del paradigma cuantitativo-descriptivo; ya que nos permitirá obtener información en el lugar de los hechos. Al respecto Tamayo y Tamayo (2002) expresa que “se observan y describen los hechos basados en la realidad, los cuales son registrados, analizados e interpretados en su naturaleza y composición del fenómeno a estudiar” (la percepción que tienen los enfermeros y pacientes, acerca del cuidado brindado por el profesional de enfermería, en la unidad de cuidados intensivos). También, nos permite identificar y describir las características de la situación y lugar donde ocurren los hechos.

Con el mismo, se busca una asociación entre dos variables (percepción y cuidado), donde se relacionan las mismas, teniendo en cuenta los grupos que participarán en la investigación. El enfoque cuantitativo y de corte transversal, permitirá especificar las propiedades y características del grupo de personas que vamos a analizar, en un periodo de tiempo determinado.

3.2. Universo, Población y Muestra

Balestrine (2001) señala que estadísticamente hablando, por población se entiende un conjunto finito o infinito de personas, casos o elementos que presentan características comunes. En la presente investigación el universo lo constituyeron el grupo de enfermeros que laboran en la unidad de cuidados intensivos y los pacientes hospitalizados en la misma unidad en el Hospital Regional Rafael Estévez de octubre a diciembre 2012.

Balestrini (2001) refiere que la muestra estadística es una parte de la población, o sea, un número de individuos u objetos seleccionados científicamente, cada uno de los cuales es un elemento del universo". La muestra objeto del estudio estuvo constituida, por diez pacientes, con Glasgow 15/15, ingresados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez de octubre a diciembre 2012. Así como también, los diez enfermeros que trabajan en dicha unidad.

3.3. Criterios de inclusión de la muestra

Para la determinación de la muestra del estudio se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

a. Para la muestra de Pacientes:

- Pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital Dr. Rafael Estévez, durante el periodo de octubre a diciembre 2012.
- Pacientes mayores de 18 años,
- Pacientes con Glasgow 15/15 (conscientes alertas, orientados en tiempo, espacio y persona)

b. Para la muestra de Enfermeras

- Enfermeros y enfermeras que laboran en la unidad de cuidados intensivos del hospital Dr. Rafael Estévez, en el periodo de tiempo ya mencionado.

3.4. Técnicas para la recolección de los datos

Para la recolección de la información se empleó la entrevista a los enfermeros y pacientes, hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez de Aguadulce.

El instrumento utilizado fue el CARE Q o escala de satisfacción del cuidado, elaborado por Patricia Larson en 1998, el cual en sus inicios estuvo conformado por 50 preguntas divididas en cinco sub-escalas del comportamiento de la enfermera para determinar el grado de satisfacción del paciente. La cual fue validada por estudiantes de la Universidad del Bosque para la población Colombiana en abril del 2008; alcanzando indicadores de validez y confiabilidad de 0.88%.

La escala actual del CARE Q y utilizada en esta investigación, consta de 46 preguntas divididas en las siguientes sub-escalas de comportamiento (Morales, 2009).

- **Accesibilidad:** cinco preguntas (1 a 5), refiriéndose a la oportunidad que tienen los pacientes de recibir los cuidados dados por la enfermera, de manera oportuna.
- **Explica y facilita:** cinco preguntas (6 a 10), haciendo referencia a las actividades que realiza el personal de enfermería para dar a conocer al aspectos que para el paciente son desconocidos relacionados a su enfermedad, tratamiento o recuperación, brindándole información requerida en forma clara.

- **Conforta:** nueve preguntas (11 a 19,) relacionadas a los cuidados que ofrece el personal de enfermería, con el fin de brindar comodidad y confort al paciente.
- **Se anticipa:** diez preguntas (20 a 29), las que se refieren a la planeación que hacen las enfermeras con antelación, en base a las necesidades de los pacientes, a fin de prevenir complicaciones.
- **Mantiene relación de confianza:** nueve preguntas (30 a 38), que hacen referencia a las acciones que hace el personal para tener una buena relación con el paciente a través de la cercanía, la seguridad y el respeto.
- **Monitorea y hace seguimiento:** ocho preguntas (39 a 46), relacionadas a la supervisión que hace el personal de enfermería a sus pacientes para garantizar la calidad del cuidado considerando el conocimiento, el dominio científico y técnico en cada uno de los procedimientos que realiza para su recuperación.

Cada categoría del instrumento tiene un determinado número de preguntas y cada una de ellas tiene cuatro posibles respuestas. (1) Nunca (2) a veces (3) casi siempre (4) siempre. El valor mínimo de cada pregunta es uno y el valor máximo es cuatro. Una vez establecidos los valores obtenidos, se dividen entre el valor mínimo y el valor máximo para determinar su ubicación entre bajo, medio y alto, tal cual aparece en la tabla (Morales, 2009).

Para determinar el valor de cada categoría, se suman el total de las respuestas de cada uno de los ítems que evalúa la categoría y se multiplican, por el valor asignado a cada una. Finalmente, de acuerdo al nivel de satisfacción

que cada paciente haya obtenido en cada uno de los ítems, se tabulan, según el estadístico SPSS para determinar en cual nivel de satisfacción se encuentran.

Ejemplo:

- Categoría: Explica y facilita
- No. de ítems: cinco (5)
- Valor mínimo; si a cada uno de los ítems contestara 1=5
- Valor máximo: si a cada uno de los ítems contestan 5=20
- El rango mínimo es 5 y el rango máximo es 20
- Se divide en tres, entre el valor mínimo y el valor máximo y se determina cual es el nivel a que pertenece (bajo, medio y alto)

Para la aplicación de este instrumento, tomando en considerando que el contexto colombiano es similar al panameño y su utilización ha demostrado resultados excelentes en cuanto a validez y confiabilidad, solo requirió el desarrollo de una prueba piloto.

Esta prueba, se realizó con el objetivo de conocer cuál era el comportamiento de las respuestas dadas por las enfermeras y los pacientes. La prueba permitió además estandarizar el procedimiento para la entrevista; así como también, analizar el comportamiento del instrumento y calcular el tiempo de aplicación del mismo. Para su aplicación, se utilizó el mismo procedimiento que se contemplo para la recolección final de la información.

Finalizada la prueba piloto al instrumento y la verificación de su validez facial se procedió a la recolección formal de la información. La aplicación del

instrumento se llevo a cabo durante los meses de octubre a diciembre del 2012 por la misma investigadora.

3.4.1 Procedimiento para la recolección de la información

Para el adecuado análisis de los datos recolectados se estableció y siguió el siguiente procedimiento:

- Se solicitó autorización para la realización del estudio a la Dirección médica y al departamento de enfermería del Hospital Dr. Rafael Estévez.
- A cada paciente se le explicó el propósito del estudio, los objetivos, el porqué se realiza y quienes lo realizan; a fin de que estuvieran en la capacidad de elegir si participaban o no en el estudio.
- Se elaboró una base de datos, para vaciar las respuestas de los pacientes y enfermeras ante la aplicación de CARE Q.
- Se procesaron las respuestas a través del programa SPSS.
- Se analizaron las respuestas dadas por los pacientes y enfermeras para cada una de las categorías del instrumento, ubicándola en la categoría y ponderación alcanzada de acuerdo a los valores establecidos en la tabla de puntuación.
- Se procedió a analizar la información obtenida con la aplicación del instrumento de manera global, de manera tal que se pudieran ubicar los puntajes obtenidos en cada grupo según el nivel de satisfacción (nivel de percepción).

- Se construyeron las tablas y gráficos correspondientes y analizaron los resultados de cada ítem.

3.5. Aspectos Éticos

El estudio contó con la aprobación de los comités de ética del Hospital Rafael Estévez de Aguadulce y de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Panamá. Se privilegió la autonomía, el respeto por la persona, el anonimato, y se vigiló la confidencialidad de los datos a través de claves de acceso para reguardar la base de datos.

Además, se utilizó el consentimiento informado, para solicitar la aprobación de los participantes. Esto se realizó tomando en cuenta, las normas de la C.S.S., con previa autorización de las autoridades que dirigen la institución de salud donde se realizará el estudio. Se consideró la confidencialidad de los datos obtenidos y del manejo de la documentación que se utilice en la investigación en mención.

4. MARCO DE ANÁLISIS

El análisis estadístico es definido como un conjunto de métodos, técnicas y procedimientos para el manejo de datos, su ordenación, presentación, descripción, análisis e interpretación, que contribuyen al estudio científico de los problemas planteados y a la adquisición de conocimiento sobre las realidades, y la toma de decisiones (Gil Flores, 1996)

En virtud de ello, en la valoración de los resultados de la presente investigación, todos los datos se analizaron por medio del paquete estadístico SPSS.

4.1. Estadísticos utilizados

El análisis e interpretación de los datos se realizó a través de la explicación, descripción, tabulación y análisis porcentual; esto, para determinar en qué proporción los indicadores de las variables estudiadas están presentes. Se utilizó la estadística descriptiva, para la caracterización de la muestra. En tal sentido, se utilizará la codificación para agrupar numéricamente los datos cuantitativos” la tabulación para hacer tablas y la base que pongan en evidencia los datos agrupados y contabilizados y la traficación para expresar visualmente a través de gráficos los valores numéricos que aparecen en los cuadros.

4.1.1 Procedimiento para establecer puntos de corte.

De acuerdo con las autoras colombianas que modificaron el CARE Q original de Larson para el establecimiento del nivel de satisfacción se deberían tomar en consideración los siguientes valores:

DIMENSIONES Y PREGUNTAS DEL CARE Q VERSIÓN ORIGINAL

Categoría	No de preguntas	Valor máximo	Valor inicial	Nivel de Satisfacción		
				Bajo	Medio	Alto
Accesibilidad	5	20	5.00	10.00	15.00	20.00
Explica y facilita	5	20	5.00	10.00	15.00	20.00
Conforta	9	36	9.00	18.00	27.00	36.00
Se anticipa	10	40	10.00	20.00	30.00	40.00
Mantiene relación de confianza	9	36	9.00	18.00	27.00	36.00
Monitorea y hace seguimiento	8	32	8.00	16.00	24.00	32.00
	46	184	46.00	92.00	138.00	184.00

Sin embargo la escala valorativa propuesta en el instrumento actual, no indica la ubicación para los puntos de corte, ni tampoco proporciona información suficiente para ubicar los diferentes niveles de satisfacción de manera precisa; por ende, con la asesoría estadística del profesor Ricaurte Tuñón se establecieron los nuevos puntos de corte para la utilización del CARE Q en esta investigación.

**DIMENSIONES Y PREGUNTAS DEL CARE Q TABLA AJUSTADA PARA
ESTE ESTUDIO.**

Categoría	No. Preguntas	Valor Máximo	Valor Inicial	Niveles de Satisfacción		
				Bajo	Medio	Alto
Accesibilidad	5	20	5	5-10	11-15	16-20
Explica y Facilita	5	20	5	5-10	11-15	16-20
Conforta	9	36	9	9-18	19-27	27-36
Se anticipa	10	40	10	10-20	21-30	31-40
mantiene relación de confianza	9	36	9	9-18	19-27	27-36
Monitorea y hace seguimiento	8	32	8	8-16	17-24	25-32
	46	184	46	46-92	93-138	139-184

Como puede apreciarse en la tabla ajustada, los valores establecidos para valorar los diferentes niveles de satisfacción, permiten hacer una óptima aproximación entre la valoración de las percepciones de cuidado, según el paciente y la enfermera.

Posteriormente, se tabulan cuantos sujetos hay en cada nivel y finalmente, se hacen las gráficas con los resultados; adicionalmente, se elaborará una matriz SPSS para tabular los datos de cada pregunta y de cada paciente. En sentido horizontal, se encuentra cada una de las preguntas con las cuatro posibles opciones de respuesta; de igual forma, la tabulación de los datos socio demográficos de cada sujeto, que formó parte de la muestra, así como la tabulación para cada categoría.

4.1.2 Análisis y discusión de la Información Obtenida

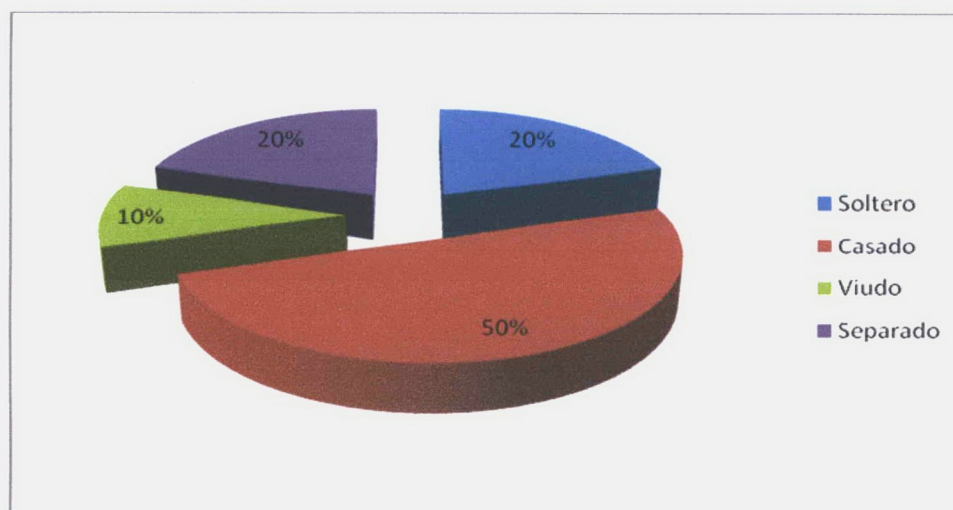
El análisis y discusión de los resultados se desarrolló en base a: los objetivos, el diseño de la investigación y el tipo de instrumento a utilizar en la recolección de la información.

Cuadro 1. PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN ESTADO CIVIL. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	2	20
Casado	5	50
Viudo	1	10
Separado	2	20
Total	10	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez. Octubre a Diciembre. 2012.

Gráfico 1. PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN ESTADO CIVIL. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.



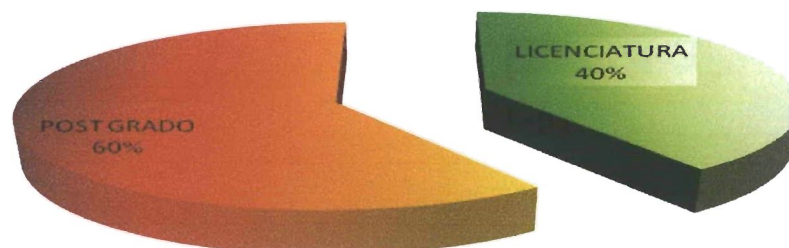
La muestra estuvo conformada por 10 pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Dr. Rafael Estévez; quienes fueron seleccionados según los criterios previamente establecidos. El 50% están casados, el 20% solteros y separados, respectivamente, y un 10% viudos. Estos resultados reflejan la tendencia del coclesano a formar hogares unifamiliares en la que el individuo elige vivir solo como una opción de vida. De tal manera que, sólo la mitad de los pacientes encuestados cuenta con el apoyo del cónyuge al momento de padecer una situación de salud, por lo cual su funcionamiento emocional y social está muy ligado al impacto que tenga la enfermedad sobre su familia, por ende la percepción que tenga sobre los cuidados que le brinde la enfermera dependerá de su situación emocional y social del momento.

Cuadro 2. ENFERMERAS QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN NIVEL ACADÉMICO. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.

NIVEL ACADÉMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Licenciatura	3	40
Post grado	5	60
Total	8	100

Fuente: Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez. Octubre a Diciembre de 2012.

Gráfico 2. ENFERMERAS QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN NIVEL ACADÉMICO. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.



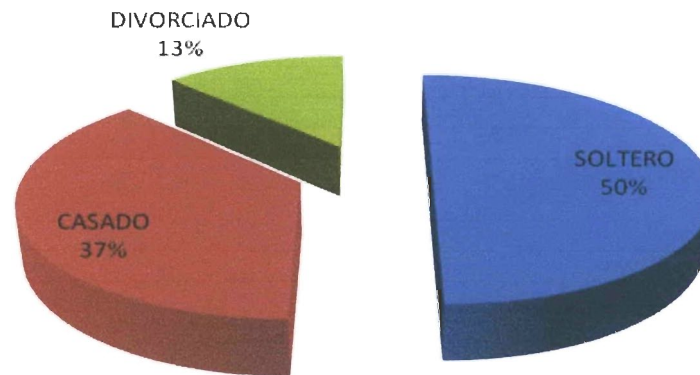
En relación al nivel educativo de la enfermera que laboran en la unidad de cuidados intensivos, los resultados indicaron que el 40% poseen Licenciatura y el 60% Post Grado en cuidado crítico, lo cual representa beneficio para brindar un mejor cuidado de enfermería a los pacientes. Situación que evidencia que se cuenta con un personal de enfermería con conocimientos académicos adecuados para brindar calidad de atención

Cuadro 3. ENFERMERAS QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN ESTADO CIVIL. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	4	50
Casado	3	37
Divorciado	1	13
Total	8	100

Fuente: Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez. Octubre a Diciembre de 2012.

Gráfico 3. ENFERMERAS QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN ESTADO CIVIL. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.



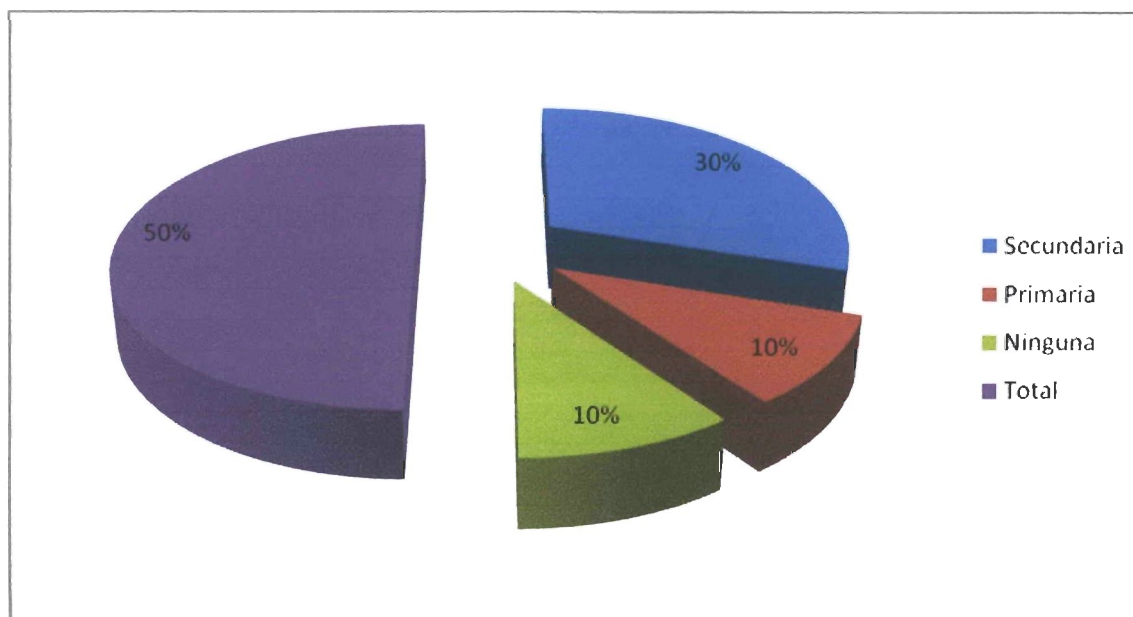
La edad promedio de las enfermeras que participaron en el estudio es de 35 años. El 50% son solteras, el 37 % casadas y 13% divorciadas.

Cuadro 4. PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN GRADO ACADÉMICO. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.

NIVEL ACADÉMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Secundaria	6	60
Primaria	2	20
Ninguna	2	20
Total	10	100

Fuente: Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez. Octubre a Diciembre de 2012.

Gráfico 4. PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN GRADO ACADÉMICO. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.



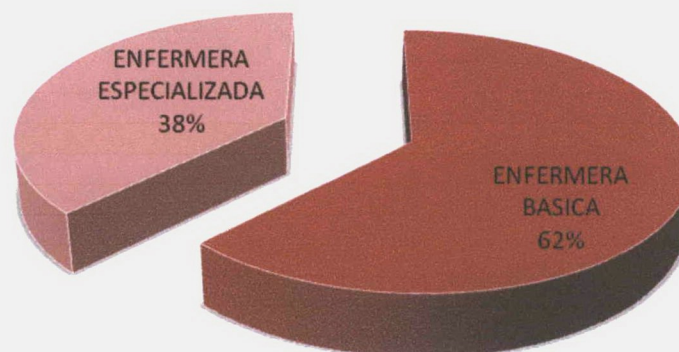
Los resultados obtenidos evidenciaron que el 60% de los pacientes que participaron del estudio tienen grado de secundaria, un 20% primaria y restante no poseen ningún nivel educativo. Los efectos de un buen nivel educativo se reflejan en el estado de la persona. Sin embargo en este caso se pudo comprobar que no existió diferencia significativa en la percepción que tenía el paciente al momento de valorar la calidad de atención de la enfermera.

Cuadro 5. ENFERMERAS QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN EL CARGO QUE OCUPAN. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.

CARGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enfermera básica	5	62
Enfermera especializada	3	38
Total	8	100.0

Fuente: Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez s. Octubre a Diciembre de 2012.

Gráfico 5. ENFERMERAS QUE LABORAN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN EL CARGO QUE OCUPAN. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.



El 62% ocupan el cargo de enfermera básica y las restantes (38%) enfermeras especializadas, con 3 años de graduadas, en promedio, año y medio de experiencia laboral.

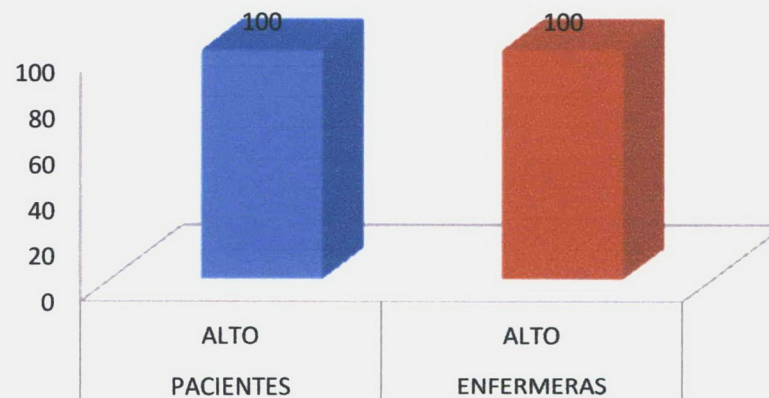
A pesar que se observa un menor porcentaje en cuanto al grado académico de postgrado, cabe señalar, que todos los enfermeros cuentan con una preparación previa en el área, por ser esta especializada. Redundando en una mejor oferta de calidad de los cuidados brindados al paciente en dicha unidad.

Cuadro 6. PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS ENFERMEROS Y PACIENTES, DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.

Sujetos de Estudio	Percepción de la atención	Frecuencia	Porcentaje
Pacientes	Alto	10	100
Enfermeras	Alto	8	100

Fuente: Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez. Octubre a Diciembre de 2012.

Gráfico 6. PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS ENFERMEROS Y PACIENTES DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012



Todos los pacientes perciben que la atención que se les brinda es alta. Esta misma percepción, de la atención que brindan, la tienen las enfermeras. Por lo que las respuestas en cada uno de los factores estudiados en el instrumento al ser evaluado de forma global se mantuvieron en el rango de alto y medio.

Al valorar la atención brindada, en ambos grupos se da gran importancia a la relación enfermera-paciente. Los pacientes consideran que el personal de enfermería realiza esfuerzos para satisfacer las necesidades reales y sentidas, de manera oportuna, haciendo énfasis en la prevención de posibles complicaciones. Por su parte las enfermeras señalan que las relaciones interpersonales que establecen con los pacientes durante su estancia en el servicio, les permiten garantizar y responder a sus necesidades de manera oportuna, lo cual contribuye a una mayor satisfacción con el cuidado brindado

Cuadro 7. PERCEPCIÓN INDIVIDUAL DE LOS ÍTEMS DE LA CATEGORÍA ACCESIBILIDAD SEGÚN LAS RESPUESTAS DADAS POR PACIENTES Y ENFERMERAS. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ

ACCESIBILIDAD										
RESPUESTA	PACIENTES					ENFERMERAS				
	IT1	IT2	IT3	IT4	IT5	IT1	IT2	IT3	IT4	IT5
	PORCENTAJE					PORCENTAJE				
Nunca	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A veces	10	10	0	10	0	0	0	0	0	0
Casi siempre	90	0	10	10	0	0	25	0	25	25
Siempre	0	90	90	80	100	100	75	100	75	75
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez. Octubre a Diciembre de 2012.

En la categoría Accesibilidad solo el ítems 5 alcanzó la ponderación máxima siempre en las respuestas dadas en el 100% de los pacientes; en contraposición a las respuestas dadas por la enfermera para el mismo ítems que alcanzo un 75%. Para los pacientes los ítems que hacían referencia procesos realizados por la enfermera como lo eran dar los medicamentos y realizar los procedimientos a tiempo, así como visitarlo en su habitación para verificar su estado de salud obtuvieron en un 90% un siempre como respuesta.

Estos resultados ponen de manifiesto que la responsabilidad del personal de enfermería es brindar cuidado óptimo y hacer un estricto seguimiento de los pacientes.

De acuerdo a los resultados obtenidos la enfermera es la principal agente de comunicación entre el paciente y el equipo de salud, por ello debe estar en constante comunicación y orientar al paciente para que le comunique cualquier situación que altere la salud y que le permita a ella, acudir de inmediato al llamado a través de un seguimiento estricto de sus necesidades.

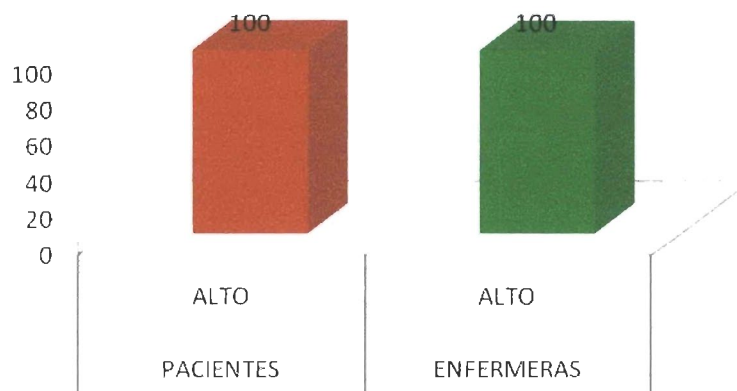
Por ende a lo que respecta a accesibilidad los comportamientos de cuidado de la enfermera tanto para el paciente como para la propia enfermera es bueno.

Cuadro 8. PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS ENFERMEROS Y PACIENTES, DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN CATEGORÍA DE ACCESIBILIDAD. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.

Sujetos de estudio	Percepción de Accesibilidad	Frecuencia	Porcentaje
Pacientes	Alto	10	100
Enfermeras	Alto	8	100

Fuente: Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez Octubre a Diciembre de 2012.

Gráfico 7. PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS ENFERMEROS Y PACIENTES, DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN CATEGORÍA DE ACCESIBILIDAD. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.



Al descomponer esta percepción de la atención, según categorías de la variable, se encontró que en la categoría accesibilidad el 100%. Tanto los pacientes como los enfermeros, tienen una percepción alta.

Se pone de manifiesto que actitudes como acercarse, hacer pequeñas cosas por el paciente, responder a su llamado y dedicarle tiempo que hacen alusión a

comportamientos de cuidado son esenciales en la relación de apoyo y ayuda administrado de forma oportuna. Contrario a resultados encontrados en otros estudios como el de (Rojas, Martínez, 2011), en el cual los pacientes percibían el comportamiento de la enfermera como poco importante dado que esas acciones son responsabilidad obligada del personal.

Cuadro 9. PERCEPCIÓN INDIVIDUAL DE LOS ÍTEMS DE LA CATEGORÍA EXPLICA Y FACILITA SEGÚN LAS RESPUESTAS DADAS POR PACIENTES Y ENFERMERAS. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ

EXPLICA Y FACILITA										
RESPUESTA	PACIENTES					ENFERMERAS				
	IT6	IT7	IT8	IT9	IT10	IT6	IT7	IT8	IT9	IT10
	PORCENTAJE					PORCENTAJE				
Nunca	40	0	0	10	0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.5
A Veces	10	10	10	0	10	25.0	12.5	0.0	25.0	0.0
Casi Siempre	20	0	10	20	0	37.5	37.5	37.5	12.5	25.0
Siempre	30	90	80	70	90	37.5	50.0	62.5	62.5	62.5
Total	100	100	100	100	100	100.0	100	100	100	100

Fuente: Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez. Octubre a Diciembre de 2012.

En cuanto a explica y facilita se observaron puntajes relevantes por parte de los pacientes en los ítems que valoraban que la enfermera le da información clara y precisa sobre su situación de salud y al que le sugiere hacerles

preguntas a su doctor cuando lo necesite alcanzando estos un 90%. Las enfermeras por su parte obtuvieron un 62.5% como porcentaje más alto en los ítems que marcaban acciones tales como enseñar al paciente a cuidarse así mismo, ser honesta en cuanto a la condición física del paciente y preguntar al doctor cuando así lo necesite. Llama poderosamente la atención que los pacientes respondieron en un 40% que la enfermera nunca le informa sobre los grupos de ayuda para el control y seguimiento de su enfermedad.

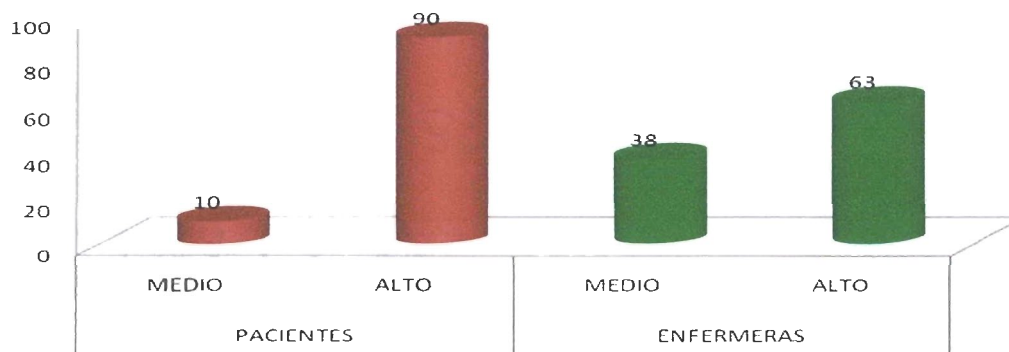
Los resultados obtenidos evidencian las fálacias en cuanto los cuidados que ofrece la enfermera al dar a conocer a la familia y al paciente aspectos que son desconocidos y difícil de entender.

Cuadro 10. PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS ENFERMEROS Y PACIENTES, DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN CATEGORÍAS DE EXPLICA Y FACILITA. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.

Sujetos de estudio	Percepción de Explica y Facilita	Frecuencia	Porcentaje
Pacientes	Medio	1	10
	Alto	9	90
Enfermeras	Medio	3	38
	Alto	5	63

Fuente: Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez. Octubre a Diciembre de 2012.

Gráfico 8. PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS ENFERMEROS Y PACIENTES, DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN CATEGORÍAS DE EXPLICA Y FACILITA. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.



En la categoría explica y facilita los pacientes en un 90% la perciben alta y un 10% media. Por su lado, el 63% de las enfermeras la perciben alta y el 38% media.

Estos resultados ponderados en una categoría media para ambos grupos pueden indicar en el caso de los pacientes que no las consideran importantes, pero su ausencia puede ser percibida como una desvalorización de la calidad en la prestación del cuidado por el personal de enfermería. Los resultados altos hacen resaltar que tanto para el paciente como para la enfermera la comunicación asertiva es un factor indispensable en lo referente a su condición clínica y están relacionados con la instrucción que reciben tanto el paciente como la familia sobre su enfermedad, tratamiento y rehabilitación; destacando que el establecimiento de una comunicación asertiva le permite al paciente y a su familia seguir las recomendaciones de cuidado para su tratamiento; lo cual contribuye a disminuir en el paciente el *temor* y la ansiedad que experimenta durante su permanencia en la unidad de cuidados intensivos.

Cuadro 11. PERCEPCIÓN INDIVIDUAL DE LOS ÍTEMS DE LA CATEGORÍA CONFORTA SEGÚN LAS RESPUESTAS DADAS POR PACIENTES Y ENFERMERAS. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ.

CONFORTA																	
PREGUNTAS	PACIENTES									ENFERMERAS							
	IT11	IT12	IT13	IT14	IT15	IT16	IT17	IT18	IT19	IT11	IT12	IT13	IT14	IT15	IT16	IT17	IT18
	PORCENTAJES									PORCENTAJES							
¿Cómo se siente?	0	0	0	0	0	40	0	0	20	0	0	0	0	0	40	0	0
¿Cómo se siente?	0	0	10	0	20	0	0	0	0	0	0	10	0	25	12.5	0	0
Siempre	0	0	0	50	40	0	0	10	30	12.5	25	0	50	25	0	37.5	0
Siempre	100	100	90	50	40	60	100	90	50	87.5	75	100	50	50	87.5	62.5	100
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100.0	100	100	100	100	100.0	100.0	100

Fuente: Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez Octubre a Diciembre de 2012

En la categoría confort solo 3 de los 9 ítems alcanzaron valores por debajo del 50% en las respuestas dadas por los pacientes, estos incluían los que hacían referencia a la alegría de la enfermería 50% al tener tiempo de sentarse con ellos para establecer conversación 40% e involucrar a la familia en su cuidado 50%. En lo que respecta a las respuestas de la enfermera los ítems que alcanzaron mayor puntuación fueron los que hacían referencia a ser amable a pesar de tener situaciones difíciles con 100% y esforzarse porque el paciente pudiera descansar cómodamente así como que la enfermera establece contacto físico con el paciente cuando necesita consuelo ambos con un 87.5%, sin embargo la misma enfermera manifestó en un 40% que esa acción nunca la ejecutaba.

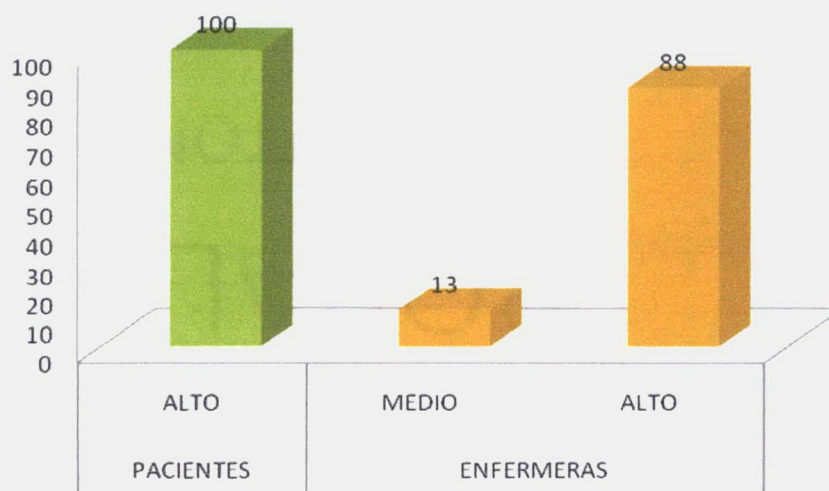
A pesar de ello, se evidencia que el personal de enfermería pese tener una gran cantidad de trabajo participan activamente en la pronta recuperación del paciente, brindando a este cuidados oportunos que le permiten afrontar la situación de salud que enfrentan y los pacientes perciben que las enfermeras los atienden de manera adecuada.

Cuadro 12. PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS ENFERMEROS Y PACIENTES, DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN CATEGORÍAS DE CONFORTA. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.

SUJETOS DE ESTUDIO	PERCEPCIÓN DE CONFORTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pacientes	Alto	10	100
Enfermeras	Medio	1	13
	Alto	7	88

Fuente: Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez s. Octubre a Diciembre de 2012.

Gráfica 9. PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS ENFERMEROS Y PACIENTES, DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN CATEGORÍAS DE CONFORTA. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.



En la categoría confort todos los pacientes reportaron una percepción alta. El 88% de las enfermeras tienen una alta percepción y el 13% media, en este aspecto.

Esta diferencia encontrada entre los resultados del paciente y la enfermera evidencian que mientras que para el paciente es importante sentirse cómodo, tanto en el aspecto físico como en el emocional, con las acciones que realice el personal de enfermería, para la enfermera estos aspectos no tiene la misma importancia. La categoría confort se relaciona básicamente con todas las acciones realizadas por la enfermera para que el paciente se sienta cómodo, contribuyendo de esta manera a brindar bienestar, de allí que si son realizadas por la enfermera serán percibidas como alta por el paciente indistintamente de lo que la propia enfermera considere.

Cuadro 13. PERCEPCIÓN INDIVIDUAL DE LOS ÍTEMS DE LA CATEGORÍA SE ANTICIPA SEGÚN LAS RESPUESTAS DADAS POR PACIENTES Y ENFERMERAS. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ.

SE ANTICIPA																				
RESPUESTAS	PACIENTES										ENFERMERAS									
	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT	IT
	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
	PORCENTAJES										PORCENTAJES									
Nunca	0	20	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A Veces	10	20	10	0	10	0	0	0	0	0	0	25	12.5	0	0	0	0	12.5	12.5	0
Casi Siempre	20	10	30	0	0	0	10	30	10	10	37.5	37.5	12.5	0	25	25	25	37.5	12.5	37.5
Siempre	70	50	60	100	90	100	90	70	80	90	62.5	37.5	75	100	75	75	75	50	75	62.5
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez. Octubre a Diciembre de 2012

Los resultados obtenidos al valorar las respuestas de los pacientes y enfermeras en cuanto a la categoría anticipa evidencio comportamientos de cuidados satisfactorios en relación a la planeación anticipada del cuidado. El ítems que alcanzo igual ponderación en ambos grupos fue el que hacía referencia a estar pendiente a las necesidades del paciente para prevenir posibles alteraciones en su estado de salud con un 100%. Los pacientes en un 10% contestaron con un nunca el hecho de que la enfermera buscara la oportunidad para hablar sobre su condición de salud y un 20 % de los pacientes contesto que las enfermeras nunca busca la oportunidad adecuada para hablar con ellos y su familia sobre su condición de salud.

Considerando que la atención en las unidades de cuidados intensivos debe ser inmediata, los valores bajos obtenidos demuestran que la enfermera debe ser más eficaz en la planeación del cuidado a fin de prevenir complicaciones de lo contrario se pondría en riesgo la vida del paciente. Los valores altos obtenidos demuestran la capacidad de la enfermera de actuar en base a las necesidades de los pacientes

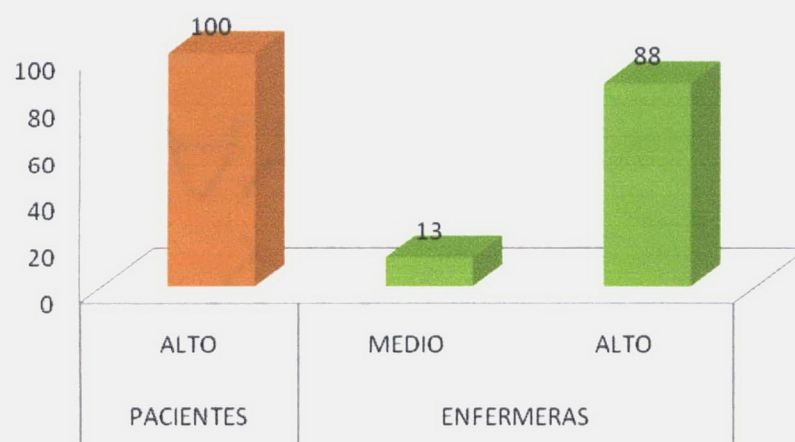
Cuadro 14. PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS ENFERMEROS Y PACIENTES, DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN CATEGORÍAS DE ANTICIPA. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.

	PERCEPCIÓN SOBRE		
	ANTICIPA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pacientes	Alto	10	100
Enfermeras	Medio	1	13
	Alto	7	88

Fuente: Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez . Octubre a Diciembre de 2012.

Gráfico 10. PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS ENFERMEROS Y PACIENTES, DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN CATEGORÍAS DE ANTICIPA. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.

Gráfica No.10. Anticipa



En la categoría anticipa se evalúan los cuidados que las y los enfermeros planean con anterioridad teniendo en cuenta las necesidades del

usuario con el fin de prevenir complicaciones. Los resultados reflejaron que el 100% de los pacientes tiene una percepción alta. Las enfermeras, por su parte, la perciben en un 88% alta y en un 13% media. La ponderación media de la enfermera pudiera ser considerada negativa. En los aspectos que alcanzaron una ponderación alta sobresalieron el hecho de que la enfermera se anticipa con relación al diagnóstico planificando el cuidado que le puede ofrecer en virtud de ello siendo siempre un ente receptivo capaz de actuar en consecuencia a las necesidades del paciente.

Cuadro 15. PERCEPCIÓN INDIVIDUAL DE LOS ÍTEMS DE LA CATEGORÍA MANTIENE LA RELACIÓN DE CONFIANZA SEGÚN LAS RESPUESTAS DADAS POR PACIENTES Y ENFERMERAS. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ

MANTIENE RELACION DE CONFIANZA																	
RESPUESTAS	PACIENTES									ENFERMERAS							
	IT30	IT31	IT32	IT33	IT34	IT35	IT36	IT37	IT38	IT30	IT31	IT32	IT33	IT34	IT35	IT36	IT37
	PORCENTAJES									PORCENTAJES							
Siempre	0	0	20	10	0	10	0	0	20	0	0	20	10	0	0	0	0
Frecuentemente	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A veces	20	10	0	10	10	0	0	0	30	25	25	25	25	25	0	0	0
Raramente	80	80	80	80	90	90	100	100	50	75	75	75	75	75	100	100	100
Nunca	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez. Octubre a Diciembre de 2012.

Los datos obtenidos evidenciaron que los ítems 32 y 33 que hacen referencia a la acción de la enfermera para que estimule al paciente a formular preguntas relacionadas con su situación de salud y ponerlo de primero indistintamente de lo que pasara a su alrededor obtuvieron respuestas negativas tanto por pacientes como enfermeras. Sin embargo los ítems 36 y 37 que se referían al acercamiento respetuoso y el trato como persona individual alcanzaron respuestas positivas de un 100% en ambos grupos. El resto de los ítems se mantuvieron en un rango de 75 a 90% dentro de las respuestas más altas del instrumento.

Tanto enfermeras como pacientes consideran la relación enfermera paciente positiva, evidenciada a través de acciones de cercanía, seguridad y respeto lo cual les permite expresar de manera espontanea sus temores y por ende aceptar su tratamiento de forma más inmediata.

Un factor que puede afectar la percepción es la carencia de recurso humano que impide le dedique mayor tiempo a cada uno de ellos.

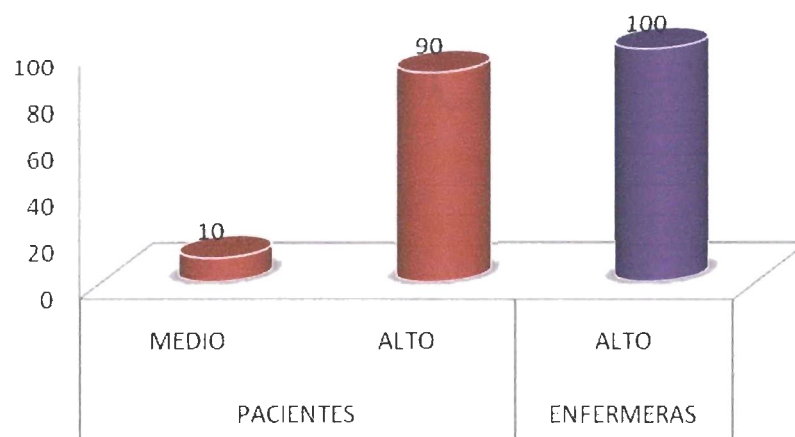
Cuadro 16. PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS ENFERMEROS Y PACIENTES, DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN CATEGORÍAS DE RELACIÓN DE CONFIANZA. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.

	Percepción de Relación de confianza	Frecuencia	Porcentaje
Pacientes	Medio	1	10
	Alto	9	90
Enfermeras	Alto	8	100

Fuente: Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez. Octubre a Diciembre de 2012.

Gráfica 11. PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS ENFERMEROS Y PACIENTES, DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN CATEGORÍAS DE RELACIÓN DE CONFIANZA. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.

Gráfica No.11. Relación de Confianza



Los pacientes perciben, en un 90%, como alta la relación de confianza y el 10% restante como media. La totalidad de las enfermeras, por su lado, la perciben como alta. Esto sugiere que no existe similitud en la percepción de los comportamientos por los pacientes y las enfermeras; La enfermera establece confianza en sus acciones de cuidado orientadas hacia la recuperación del paciente, ratifica que la base del quehacer de enfermería es el cuidado en todas sus dimensiones. Sin embargo el paciente percibe la confianza como la relación de ayuda mediante la cual la enfermera debe experimentar preocupación por ellos y buscar satisfacer sus necesidades de cuidado promoviendo que este se brinde con calidad.

Cuadro 17. PERCEPCIÓN INDIVIDUAL DE LOS ÍTEMS DE LA CATEGORÍA MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO SEGÚN LAS RESPUESTAS DADAS POR PACIENTES Y ENFERMERAS. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ

MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO																
RESPUESTAS	PACIENTES								ENFERMERAS							
	IT39	IT40	IT41	IT42	IT43	IT44	IT45	IT46	IT39	IT40	IT41	IT42	IT43	IT44	IT45	IT46
	PORCENTAJES								PORCENTAJES							
Nunca	0	0	0	0	0	0	20	10	12.5	0	0	0	0	0	0	0
A Veces	0	10	0	0	10	0	0	0	12.5	0	0	0	0	0	12.5	0
Casi Siempre	0	0	0	10	0	0	0	0	25.0	37.5	25.0	0	25.0	0	37.5	12.5
Siempre	100	90	100	90	90	100	80	90	50.0	62.5	75.0	100	75.0	100	50.0	87.5
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100.0	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez. Octubre a Diciembre de 2012.

En la categoría monitorea y hace seguimiento los resultados obtenidos evidenciaron que el paciente tiene una percepción más positiva que la propia enfermera. El ítem que alcanzó menor ponderación fue el 45 enfatizando en un 20% que la enfermera nunca se asegura que sus familiares y allegados sepan cómo cuidarlo, sin embargo reconocen la labor del trabajo de la enfermera, el cual aseguran lo realizan con respeto y seguridad. Las respuestas de las enfermeras, por su parte en ítems que valoran su nivel de organización, realización de procedimientos con seguridad, así como proporcionar buen cuidado físico alcanzaron porcentajes bajos, lo cual llama la atención porque estos ítems ponen de manifiesto el conocimiento de la enfermera al realizar su trabajo.

Pese a ello la percepción global es que la enfermera brinda cuidado evidenciando el conocimiento y profesionalismo que la caracteriza, producto de su experiencia profesional y formación académica.

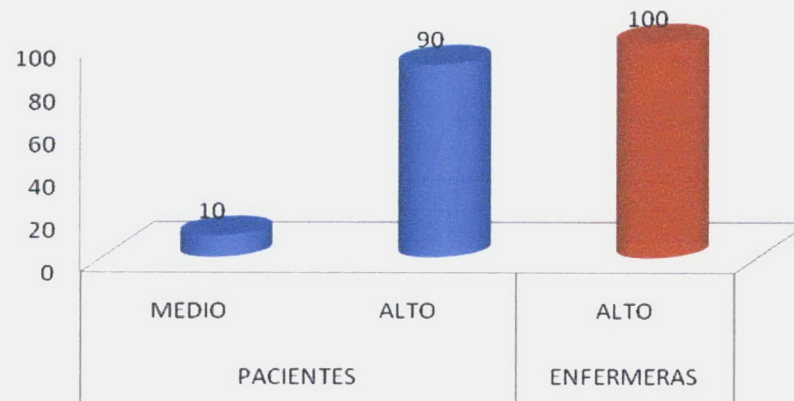
Cuadro 18. PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS ENFERMEROS Y PACIENTES, DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN CATEGORÍAS DE MONITOREA. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.

Sujetos de estudio	Percepción sobre monitoreo	Frecuencia	Porcentaje
Pacientes	Medio	1	10
	Alto	9	90
Enfermeras	Alto	8	100

Fuente: Enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez. Octubre a Diciembre de 2012.

GRÁFICO 12. PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS ENFERMEROS Y PACIENTES, DE LA ATENCIÓN BRINDADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL DR. RAFAEL ESTÉVEZ SEGÚN CATEGORÍAS DE MONITOREA. OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2012.

Gráfica No.12. Monitoreo



En la categoría monitoreo y hace seguimiento el 90% de los pacientes la perciben como alta y el 10% como media. En las enfermeras, el 100% la perciben

como alta. Considerando que solo un 10% de los pacientes la considera como media, se puede determinar que tanto para el paciente como para la enfermera son importantes los conocimientos y habilidades técnico-científicas en el momento de brindar cuidado; por lo tanto, es trascendental que el personal de enfermería que labora en las unidades de cuidados intensivos posea características específicas, entre las cuales se encuentran: formación académica adecuada, motivación, calidad humana, buenas relaciones interpersonales, sentido de pertenencia y amor por su trabajo, que se constituyen en un aspecto importante al brindar cuidado con calidad

DISCUSIÓN

El 100% de la población de pacientes estudiados pertenecía al género masculino, con una edad promedio de 54 años de edad, solteros en un 50%, con un promedio de hospitalización de 2 días y un nivel de escolaridad de secundario en un 60%.

Las características socio-demográficas de la enfermera evidencian que el profesional de enfermería que participo del estudio en su mayoría pertenece al sexo femenino, solteras en un 50%, con una preparación académica de postgrado en un 60%, 3 años de graduadas, en promedio, año y medio de experiencia laboral.

En todas las categorías de la atención, tanto los pacientes como enfermeras, tienen una alta percepción del cuidado ofertado, por lo que los pacientes manifiestan sentirse a gusto con el comportamiento brindado por el personal; y las enfermeras satisfechas con la atención ofrecida resaltando que el trabajar en cuidados intensivos, les proporciona oportunidades que le permiten ganar autonomía e identidad profesional.

El análisis individual de las respuestas obtenidas al aplicar el CARE Q puso de manifiesto que solamente la categoría accesibilidad la cual hace referencia a la atención de calidad de forma oportuna, obtuvo la percepción de comportamientos de cuidado más alto (100%) tanto en el grupo de pacientes y enfermeras.

Las categorías conforta y anticipa fueron percibidas con puntuaciones idénticas ante la aplicación del CARE Q. los pacientes perciben comportamientos

de cuidados altos (100%), en contraposición con las enfermeras que la clasifican con un valor medio de un 13% y alto en un 88%.

Los resultados obtenidos evidencian que en lo que respecta a las categorías relación de confianza y monitoreo los paciente clasificaron la percepción con un valor medio de 10% y alto de 90%, mientras que la percepción de la enfermera para ambas categorías fue alta con un 100%. Al respecto es importante anotar que las enfermeras que formaron parte del estudio tienen una elevada autoestima y formación académica lo que permite expresar seguridad al momento de valor el cuidado.

El análisis individual de las categorías expreso que la categoría explica y facilita obtuvo el menor nivel de percepción por parte de la enfermera en la que alcanzo un valor medio de 38% y alto de 63%. Lo cual pone de manifiesto las falencias del personal de enfermería para dar a conocer al paciente aspectos relacionados a su diagnostico, tratamiento o recuperación a pesar de tener un alto nivel académico. Las mismas enfermeras reconocen que tiene poco espacio para la toma de decisiones aunado a la escasez de recurso lo cual puede conducir a niveles bajos de desempeño.

La valoración de la percepción del cuidado permitió establecer una correlación positiva (alta) en las categorías de: accesibilidad, monitorea y da seguimiento, y mantiene relación de confianza; así como una correlación negativa (media baja) en las categorías: explica y facilita y se anticipa, lo cual permite establecer que existen cuatro categorías en las que se encontró que existía

coincidencia en la percepción de los comportamientos de cuidado entre los pacientes y el personal de enfermería; y dos en las que se mostraban diferencias.

Al relacionar la percepción del cuidado de enfermería de la muestra de pacientes y enfermeras y considerando que para este estudio la percepción es todo aquello que la persona piensa, siente y expresa para darle conformidad al servicio recibido incluyendo las relaciones interpersonales y el desarrollo de aspectos técnicos; la percepción de ambos grupos oscila entre los niveles medio y altos. En otras palabras se sienten a gusto con la atención, el respeto, el trato digno, profesional y humanístico que le proporcionan, sin embargo cada grupo tiene percepciones propias relacionadas con la interacción enfermera-paciente, al momento de brindar o recibir el cuidado.

Los comportamientos más importantes percibidos por los usuarios a través del CARE Q están relacionados con habilidades del personal como: proporcionar un buen cuidado físico, se asegura que reciba tratamientos y procedimientos a las horas indicadas, las medicinas oportunamente, aplicación de medidas para aliviar el dolor, acudir al llamado y preocuparse porque el paciente descanse adecuadamente. Los comportamientos menos importantes son: informar sobre grupos de ayuda, involucrar a la familia en el cuidado, buscar oportunidades para hablar sobre la condición de salud, animar a los pacientes a preguntarles a sus médicos y poner al paciente siempre en primer lugar

Los hallazgos encontrados constituyen una línea de base de las instalaciones de salud (MINSA –CSS) y la profesión a fin de establecer planes y

estrategias del trabajo de enfermería en el actual sistema de salud que faciliten iniciar procesos que lleven a cualificar el cuidado en áreas sensitivas como las Unidades de Intensivo.

CONCLUSIONES

Una vez concluida la revisión bibliográfica y analizados los resultados de la aplicación del instrumento CARE Q, y en base a los objetivos que persiguió el estudio podemos presentar las siguientes conclusiones.

Este estudio se constituye en el segundo realizado en la provincia de Coclé para conocer las percepciones de cuidado de enfermeras y pacientes; pero el primero a nivel hospitalario empleando como instrumento de recolección el CARE Q, o escala de satisfacción del cuidado.

Conocer la percepción de los pacientes y enfermeras permite evaluar la calidad de los cuidados ofrecidos, para ser más competitivos y satisfacer las necesidades y expectativas de cuidado del paciente hospitalizado en las unidades de Cuidado intensivos.

Los resultados de esta investigación se constituyen en un valioso instrumento de valoración que permite no solo identificar desaciertos desde el punto de vista del paciente, sino también evaluar los resultados de los cuidados que brinda el personal de enfermería; sin obviar el hecho de que las percepciones se han convertido en el más valioso indicador para medir calidad de los servicios tanto para quien lo recibe, como para quien lo brinda

Analizar sobre las percepciones de cuidado en las unidades de cuidado intensivo ayuda a la enfermera a valorar su rol profesional y al paciente a participar de forma activa en su propio cuidado.

Finalmente, el estudio permitió corroborar que indagar sobre la percepción de los cuidados contribuye a la búsqueda de la excelencia del ejercicio profesional de enfermería a fin de fortalecer a través de sus aportes la disciplina.

RECOMENDACIONES

Socializar los resultados de la presente investigación con las autoridades de la Institución y el personal involucrado en el cuidado a pacientes en las unidades de cuidados intensivos.

Considerar los resultados de la presente investigación y realizar estudios similares que permitan mejorar la atención de enfermería a fin de contribuir al bienestar de los pacientes que ingresen a las unidades de cuidados intensivos.

Utilizar la educación permanente para capacitar y actualizar los conocimientos del personal de enfermería sobre los comportamientos de cuidado sobre todo en la categoría explica y facilita.

Seguir fomentando el estudio de las percepciones de comportamiento como herramienta metodológica y como eje principal que sustenten las acciones de enfermería, dado que su empleo permite organizar el trabajo de enfermería contribuyendo a resaltar la disciplina.

Promover la comunicación entre el personal de enfermería y los pacientes como herramienta efectiva para la identificación de necesidades del paciente a fin de poder valorar las necesidades reales de los pacientes.

Promover la utilización del CARE Q, como instrumento válido y confiable que permite valorar las percepciones del cuidado del paciente, en los diferentes ámbitos de la relación enfermera-paciente.

Crear conciencia en las agencias de gobierno para la consecución de fondos que permitan diseñar modelos de intervención, seguimiento y

preparación formal del personal de enfermería, que brinda servicios en las unidades de cuidados intensivos.

LIMITACIONES

Es importante señalar las limitaciones encontradas que pudieron haber restado validez a la realización del estudio.

Tamaño y selección de la muestra: Este se convirtió en un factor limitante, dado que uno de los principales criterios de selección era que el paciente presentara un Glasgow 15/15 (conscientes alertas, orientados en tiempo, espacio y persona). Obligando a la investigadora a utilizar una muestra de disponibilidad que no permite hacer inferencias, ni generalizaciones; teniendo que circunscribir los resultados obtenidos a la muestra.

Ausencia y falta de socialización de estudios previos en Panamá: Se encontró una variedad de estudios relacionados, en el exterior, pero solo encontramos tres a nivel del país. Por lo que el marco de referencia en un 98% procede de estudios internacionales.

Aprobación de consentimiento del instrumento: Se enfrentó la dificultad de demora en cuanto la carta de autorización de la enfermera que tradujo y modificó el instrumento CARE Q (2008) para el contexto Colombiano y que era el que se había seleccionado para usar en esta investigación.

Las variables a medir: Una de las variables a medir era la “percepción” : su valoración es sumamente delicada ya que la mayoría de las personas piensan que la misma es una variable cualitativa y se iba a medir con un instrumento, que la convierte en cuantitativa

BIBLIOGRAFÍA

1. Ariza, C. (2008). *Calidad del cuidado de enfermería del paciente hospitalizado*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Primera edición. Bogotá. D.C.
2. Bandler, R. Y Grinder, J. (1983). *La estructura de la Magia*. Santiago de Chile. Venezuela. Consultores Asociados. Servicio editorial. Chile.
3. Barbosa De Pinho L. Acevedo Dos Santos, S.A. (2006). *Significados Percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos*. Granada, Index Enferm v.15 n.54.
4. Bellak, M.D, Leopold Y Small S.D, Leonard. (1980). *Psicoterapia breve de emergencia*, segunda edición. Traducción: Mauricio González de la Garza. México. p. 356.
5. Beltrán Salazar, J.A. (2009). *La práctica de enfermería en cuidados Intensivos. Facultad de Enfermería*. Universidad de Antioquia. Medellín Colombia.
6. Cardona C, Silva, L.P, Salinas, L..(2000). *Relación entre la percepción de los comportamientos de cuidados de los pacientes y la del personal de enfermería de la unidad de cuidado intensivo del Hospital Santa Clara* Trabajo de grado para optar el título de especialización en enfermería Cardiorespiratoria. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Bogotá. p..34.
7. Consejo Internacional De Enfermería. (2010). *Definición de Enfermería*. Documento elaborado.
8. Cuervo N. (2000). *¿Cuál es la Relación entre la percepción de los comportamientos de cuidados que tiene el personal de enfermería y la que tienen los pacientes del servicio de urgencias del hospital la victoria de Santa Fe de Bogotá?* Tesis de Postgrado. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá. Pp.28, 37,47, 48,49,53,72, 74,161.
9. Decker-Brown, K, Paterson & Zderad's.(s.f.) *Humanistic nursing theory* Disponible en: <http://humanisticnursingtheory.com/default.htm>
10. Duque Cardona S, *Dimensión del cuidado de enfermería a los Colectivos: Un espacio para la promoción de la salud y la producción de conocimiento* [publicado marzo 1999] [revisado julio 2006].

11. Galicia, A; Zambrano De Guerrero, A. (2000). *Actitudes de la enfermera intensivista y satisfacción de familiares de personas hospitalizadas en la UCI*. Trabajo de grado Maestría en Ciencias de La Enfermería. Mención Administración de los Servicios de Enfermería. Área de Estudios de Postgrado. Universidad de Carabobo. Venezuela. p. 47.
12. García, Alba J.E.(2004). Algunas notas introductorias al estudio de la percepción. En: E.Munar ; J. Rosello. *Atención y percepción*. Barcelona, pp.179-265.
13. García B, Sains O, Botella R.(2004). La Enfermería vista desde el género. Revista *Index* vol.13, n°.46.
14. Goldstein, (2001). *Sensación y percepción*. México: Thompson.
15. Grupo Cuidado. (2000). *Cuidado y práctica de enfermería*. Facultad de Enfermería: Universidad Nacional de Colombia. Unibiblios: Bogotá, Colombia.
16. Grupo Cuidado.(2002). Conceptualización del cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería En. *Dimensiones del cuidado*. Bogotá. p. 95
17. Grupo Cuidado.(1998). Dimensiones del cuidado. En *Avances conceptuales del grupo*. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia Primera Edición. Santa Fe de Bogotá. D,C p.8.
18. Guevara, M.(2007). *Una aproximación al perfil de la enfermera intensivista*. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería Valencia, Venezuela.
19. Jiménez Torres. V.M.(2006). Seguridad del paciente: Visión interdisciplinar Fundación José Cáceres Gil. Madrid. España.
20. King I. (1984). *Enfermería como profesión: Filosofía, principios y objetivos*. Editorial Limusa. México. p.32.
21. Lahey, Benjamín B.(2004). *Introducción a la psicología*. Traducción de la novena edición por: copyright McGraw-Hill. Inc. p. 61.
22. Larson, P. J.(1993). *Satisfacción del paciente con el cuidado de las enfermeras durante la hospitalización*. Western Journal of Nursing Research.

23. Larson, P. J.(1987). *Comparison of cancer patients and professional nurses. Perceptions of important nursing caring behaviors.* Heart and lung 16(2)187-193
24. Leibinz G.W.(1983). *Nuevos ensayos sobre el entendimiento humano.* Edición preparada por Echevarria Ezponda. Editora nacional 2da. Edición. Madrid.p. 45-52
25. Lemos, R.C., Rossi, L.A.(2002). Significado cultural atribuido al centro de terapia intensiva por clientes e familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Revista Latino-americana de Enfermagem*; 10(3): 345-57.
26. Llor Bartolomé; Abad M. (1995) *Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud.* Editorial Interamericana MC Graw-Hill. España. pp.: 229.
27. Long, B; Phipps W; Y Cassmeyer, V.(1999). *Enfermería Medico quirúrgica.* Tomo 1. Tercera Edición. Ediciones Harcourt España S.A. pp, 85.
28. Marulanda, M. I. (2006). *Revista del Domingo Diario Notitarde.* Año XV. Nº: 820. Julio. pp. 27.
29. Matamoros Quesada, K, y otros.(2007) Percepción de los usuarios y usuarias sobre el quehacer de enfermería en el primer nivel de atención. *Rev.Enfermería Actual en Costa Rica [en línea].* No.12 [citado (4 Abril 2013)]. Disponible en:<http://www.revenf.ucr.ac.cr/percepcion>.
30. MELEIS, A.I.(1997). *Theoretical nursing: Development and progress.* 3rd ed. Philadelphia:Lippincott.
31. Mora Martínez, J.R. (2003). *Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos: Aplicación en las Organizaciones de Enfermería.* Capítulos I, II, IV,V, VIII. E.N.S. Madrid. En proceso de edición.
32. Morin, E. (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro.* UNESCO. Colección Mesa Redonda. Editorial Delfin Ltda. Colombia. pp. 17.
33. Morse J.M. (2008). *Enfermagem como conforto: um novo enfoque do cuidado profissional.* Texto & Contexto Enfermagem; 7(2): 70-92.
34. Morse J.M.(2004). *Concepts of caring and caring as concept.* Advanced Nursing Science; 13(1): 14-28.

35. Nascimento ERP.(2003). *Acolhimento no espaço das relações na unidade de terapia intensiva*. Florianópolis (SC): Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC.
36. Neisser, V.(1981). *Procesos cognitivos y realidad: Principios e implicaciones de la psicología cognoscitiva*. Madrid Morova.
37. Orrego Sierra S. Y Ortiz Zapata A. C.(2001). *Calidad del cuidado de enfermería*. Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/rêvista/sept>.
38. ORRIGO, S Y ORTIZ A. (2001). *Calidad del cuidado de enfermería Investigación y educación En Enfermería*. Medellín Vol. 19 (2).
39. *Percepción De Los Comportamientos De Cuidado Que Tiene El Paciente Del Servicio De Neurocirugía De La Ese Hospital San Rafael De Tunja Frente A La Atención Brindada Por Los Estudiantes De La Universidad Pedagógica Y Tecnológica De Colombia 2010*.
40. Pepper, D., (1998), *The Roots of Modern Environmentalism*, Londres/Nueva York, Routledge.
41. Pérez Rodríguez, F.J(2012). *Personalidad de la enfermera. en: Cuidados Intensivos*. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Personalidad-De-La-Enfermera>.
43. Pinto, A K, Aboud, M Y Natera, J.(2010). *Percepción del Paciente Hospitalizado En La Unidad De Medicina Del Hospital Distrital De Bejul Sobre El Cuidado Enfermero*. Disponible en. <Http://www.buenastareas.com/ensayos/Percepcion-Del-Paciente>.
44. Potter Y Perry.(2003). *Fundamentos de enfermería*, Tomo 1. 5ta Edición. p.387.
45. Rivera Álvarez, L. N, Triana, Á. (2006). *Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country*. Administradora Country S. A., Departamento de Enfermería; Bogotá.
46. Salmerón Flores, (2004). *Percepción de comportamientos de cuidado de las madres de niños menores de un año que asisten al programa de crecimiento y desarrollo*. Universidad nacional de Colombia facultad de Enfermería. Colombia.
47. Sarmiento, M.(2010). *Teorías de enfermería*. República Bolivariana de Venezuela.

48. Sierra L Y Montalvo A.(2012). *Bienestar espiritual de las enfermeras y enfermeros en las UCI*. Av. Enfermería. XXX (1):64-74.
49. Swanson, K.M. (1991). Empirical development of middle range theory of caring. *Nursing Research* 40(3):161-166.
50. Tamayo Y Tamayo. (2002). *El proceso de la investigación*. Editorial Limusa, 5ta Edición, México.
51. Travelbee, J.(2002). *Intervención en enfermería psiquiátrica*. Colombia: Carvajal.
52. Travelbee. Citado En Marriner, Tomey Ann.(2007). *Modelos y Teorías de enfermería*. Sexta Edición. España. Editorial Harcourt Brace.
53. Unefa - Lara. Barquisimeto, junio 2010.
54. Vásquez, M. L et al. (1993). *Programa de magíster a distancia en enfermería. investigación en enfermería*. FCS DPTO Enfermería Cali Colombia W.K.Kellogg Foundation. p.: 66.
55. Watson J. (1988). *Ciencia humana y cuidado humano: Una teoría de enfermería*. Nueva York: National League for nursing publications. pp.. 9-30. Adaptado y traducido por Beatriz Sánchez.
56. Wensley M.(1994). *Calidad del cuidado de enfermería*. Hospital San Vicente; 56-1(consultado enero 2013).

ANEXOS

ANEXO No. 1
CRONOGRAMA PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Estudiante: Dania Pedreschi

Profesora: Itza L. Camargo

Años y Meses	Mayo-junio				Julio-Agost				Sept-Oct				Nov -Dic				Enero 13				Febrero				Marzo							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Elaboración del Proyecto																																
Definición del Proyecto																																
Marco Referencial																																
Marco Teórico-Conceptual																																
Validación del instrumento																																
Análisis de Datos																																
Elaboración del informe Final																																
Defensa de la investigación																																

ANEXO No. 2
CARTA DE SOLICITUD AL HOSPITAL PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD DE PANAMA

CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE AZUERO

VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FACULTAD DE ENFERMERIA



Doctor
NESTOR CHENG
 Director Médico Institucional
 Caja del Seguro Social

Respetado Doctor:

Comedidamente me permito presentarle a la Licenciada Dania Pedreschi, estudiante de Maestría en Cuidado Critico, quien como requisito de grado deberá realizar un trabajo de investigación que lleva como título "percepción que tienen los profesionales de enfermería y el paciente adulto críticamente enfermo, acerca del cuidado brindado por el personal de enfermería, en la unidad de cuidados intensivos.

Por lo expuesto, solicito a usted formal autorización para que la Lic. Pedrechi realice la investigación en la institución de salud que usted dignamente dirige; especialmente en el departamento de enfermería.

La investigación implica la aplicación de instrumentos de investigación a una muestra seleccionada de enfermeras y de pacientes atendidos en la unidad de cuidados intensivos. Durante la aplicación de los mismos se consideraran todos los principios éticos de la investigación, así como las normas de la C.S.S., en relación a la confidencialidad de los datos obtenidos y del manejo de la documentación que se utilice, en el desarrollo del proyecto.

Agradeciendo la atención que usted preste a esta solicitud.

Dra. Itza Camargo B.
 Profesor Regular
 Asesor de tesis

Lic. Dania Pedreschi
 Estudiante de Maestría
 Ced. 2-135-826

cc. Magister. Marcia Nelson. Jefe Institucional de Enfermería. CSS.



APARTADO 0816-06808 ZONA 5, PANAMÁ
DIRECCIÓN CABLEGRÁFICA
"CASESO"

469-2012 DIR. MÉD. INST. C.S.S.-COCLÉ

Aguadulce, 26 de octubre, 2012.

Doctor
GERMAN TEJERA
Director Médico
Hosp. Dr. Rafael Estévez
Aguadulce
E. S. D.

V. B. Lee
Hannel
Para: Lic. Pedreschi
Se: Lic. Tejera
29-X-12

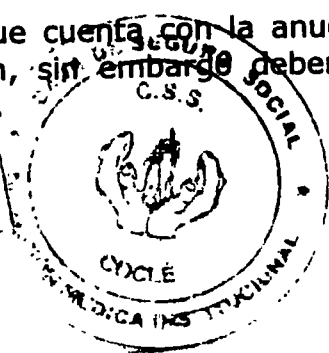


Doctor Tejera:

Para su conocimiento y trámite correspondiente se envía Nota S/N, suscrita por la Dra. Itza Camargo, Asesor de Tesis, quien solicita autorización para que la Licda. Dania Pedreschi, realice investigación en el nosocomio que usted regenta.

Ante lo cual le señalamos que cuenta con la anuencia de éste Despacho para realizar la investigación, sin embargo deberá entregar copia de la misma, al finalizar su estudio.

Atentamente
Dr. Néstor Chen Fernández
Director Médico Institucional
Caja de Seguro Social - Coclé



Dr. Néstor Chen Fernández
Director Médico Institucional
Caja de Seguro Social, Coclé

c. Lic. Marcia Nelson, Coordinadora.Prov. Enfermería C.S.S.-Coclé

NCHF/ar



VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
Dirección de Postgrado

VIP-DP-2198-2012
2 de julio de 2012

Magistra
CARMEN CABALLERO
Coordinadora de Investigación y Postgrado
Facultad de Enfermería
Universidad de Panamá
E. S. D.

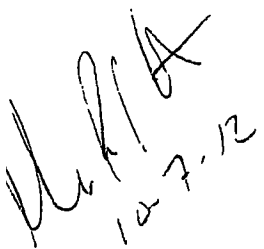
Estimada Señora Coordinadora:

Atendiendo su solicitud de inscripción de tesis de los |estudiantes de la Maestría en Atención al Paciente Adulto en Estado Crítico, adjunto remito copia de la misma con su respectivo código para los trámites pertinentes:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	TÍTULO DE LA TESIS	CÓDIGO
Daria del Carmen Pedreschi G.	Percepción que tienen los enfermeros y pacientes, acerca del cuidado brindado por el profesional de enfermería, en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Dr. Rafael Estévez de la ciudad de Aguadulce de junio a diciembre de 2012.	CE-FT- 327-12-03-12-01

Atentamente,


Dr. Filiberto Morales
Director de Postgrado


Adj. lo indicado

ANEXO No. 5
CONSENTIMIENTO INFORMADO A PACIENTES



UNIVERSIDAD DE PANAMA
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE AZUERO
FACULTAD DE ENFERMERIA



MAESTRIA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ADULTO EN ESTADO CRÍTICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PACIENTES

Yo _____ afirmo que he sido informado y acepto participar en el estudio realizado por la Lic. Dania Pedreschi, como tesis para obtener el título de Maestría En La Atención Del Paciente Adulto En Estado Crítico, de la Universidad Nacional de Panamá, de forma voluntaria y gratuita.

Con el objeto de valorar la Percepción del cuidado que brinda la enfermera (o) en la Unidad de Cuidados Intensivos y promover líneas de trabajo teniendo como base la satisfacción del cuidado del paciente.

Según la información ofrecida este estudio no implica ningún tipo de riesgo ni para mí, ni para mis familiares y los datos que se obtendrán en el mismo serán manejados con la debida confiabilidad y usados exclusivamente con fines académicos.

Tengo claro que puedo durante la aplicación del instrumento desistir de mi decisión de participar en el estudio lo cual no tendrá consecuencias para mí en los procesos de oferta de los servicios de salud.

Firma

N° de Cédula

ANEXO No. 6
CONSENTIMIENTO INFORMADO A ENFERMERAS



UNIVERSIDAD DE PANAMA
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE AZUERO
FACULTAD DE ENFERMERIA
MAESTRIA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE ADULTO EN ESTADO CRÍTICO



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENFERMEROS

Yo _____ afirmo que he sido informado y acepto participar en el estudio realizado por la Lic. Dania Pedreschi, como tesis para obtener el título de Maestría En La Atención Del Paciente Adulto En Estado Crítico, de la Universidad Nacional de Panamá, de forma voluntaria y gratuita.

Con el objeto de valorar la Percepción del cuidado que brinda la enfermera (o) en la Unidad de Cuidados Intensivos y promover líneas de trabajo teniendo como base la satisfacción del cuidado del paciente.

Según la información ofrecida este estudio no implica ningún tipo de riesgo ni para mí, ni para mis familiares y los datos que se obtendrán en el mismo serán manejados con la debida confiabilidad y usados exclusivamente con fines académicos.

Tengo claro que puedo durante la aplicación del instrumento desistir de mi decisión de participar en el estudio lo cual no tendrá consecuencias para mí en los procesos de oferta de los servicios de salud.

Firma

N° de Cédula

ANEXO No. 7
COPIA DEL E-MAIL SOLICITANDO LA APROBACIÓN DEL INSTRUMENTO CARE Q
MODIFICADO POR LA UNIVERSIDAD DEL BOSQUE-COLOMBIA

From: rase-c16@hotmail.com

To: guelitapooh@hotmail.com; liliarji@hotmail.com; amch536@hotmail.com;
gloseca@hotmail.com

Subject: Solicitud

Date: Tue, 19 Mar 2012 15:47:10 -0500

Buenas Tardes

Sirva la presente para desearles éxitos en sus delicadas funciones.

Comedidamente me dirijo a ustedes para solicitarle de manera formal su autorización para utilizar en los estudios de investigación realizados por mis estudiantes de maestría del Centro Regional Universitario de Azuero; el instrumento "Care-Q creado por Patricia Larson Ferketich (1981) denominado el Cuestionario de Satisfacción del Cuidado" el cual ustedes validaron a través del : ESTUDIO PILOTO DE LA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO 'CARE-Q' EN VERSIÓN AL ESPAÑOL EN POBLACIÓN COLOMBIANA.

El apoyo además consiste, en solicitarles nos permitan realizar al instrumento cualquier adaptación que facilite su utilización en el contexto Panameño.

Su aprobación de utilización es muy valiosa para las enfermeras panameñas, y contribuirá de igual forma a reforzar los resultados obtenidos por ustedes, ya que nuestro compromiso es compartir con ustedes los resultados que se obtengan en la realización del estudio.

Agradeciendo la atención,

Con todo mi respeto y consideración;

Dra. Itza Camargo

Dra en Enfermería.

Panamá

ANEXO No. 8
CARTA DE APROBACION PARA EL USO DEL INSTRUMENTO

From: gloseca@hotmail.com

To: rased-c16@hotmail.com

Subject: RE: Solicitud

Date: Tue, 01 septiembre 2012 21:36:14 +0000

São Paulo Brasil, 01 de septiembre de 2012

Enfermera

DANIA DEL CARMEN PEDRESCHI GUEVARA

Estudiante de Maestría Centro Regional Universitario de Azuero.

Universidad de Panamá.

Reciba un cordial saludo.

Atendiendo a su solicitud, estoy enviando el cuestionario CARE-Q producto de la validación de la versión en español por un grupo de investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad el Bosque-Bogotá, Colombia y se autoriza la utilización del mismo en el estudio "Percepción que tienen los enfermeros y pacientes, acerca del cuidado brindado por el profesional de enfermería, en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional Dr. Rafael Estévez de la ciudad de Aguadulce. Panamá República de Panamá". El cuestionario original fue construido por la Enfermera Patricia Larson en idioma inglés.

Los resultados del estudio de validación se encuentran publicados según los siguientes datos para la citación bibliográfica:

Sepúlveda Carrillo Gloria Judith, Cárdenas Liliana, Guevara Jinneth, Rojas Alejandra, Castro Adriana. Estudio piloto de la validación del cuestionario Care-Q para medir la satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería. Revista Colombiana de Enfermería. Universidad el Bosque. Vol. 4 No. 1. 2009.

http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen4/estudio_piloto_validacion_cuestionario_care_q_version_espanol_poblacion_colombiana.pdf

Atentamente,

Gloria Judith Sepúlveda Carrillo

Enfermera, Docente Facultad de Enfermería- Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.

Magister en Epidemiología Clínica y Candidata a Doctorado en Salud Colectiva- Departamento de Medicina Preventiva-Universidad Federal de São Paulo, Brasil.

gloria judith sepulveda carrillo (gloseca@hotmail.com)

ANEXO No. 9 DATOS GENERALES DEL INSTRUMENTO APLICADO A LA ENFERMERA
--

UNIVERSIDAD DE PANAMA

CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE AZUERO

FACULTAD DE ENFERMERIA

MAESTRÍA EN ATENCIÓN DEL PACIENTE ADULTO EN ESTADO CRÍTICO

Este instrumento determina el grado de satisfacción de los pacientes en relación a la calidad del cuidado brindado por los profesionales de enfermería. Le solicitamos que lea cuidadosamente cada una de las afirmaciones y las responda marcando una X en la columna según sea el caso según sea el caso.

1: nunca 2: A veces 3: Casi siempre 4: Siempre

Características demográficas.

Edad Años

Sexo: Masculino Femenino

Estado civil: Soltero Casado Divorciado

Viudo Separado

Mayor grado académico obtenido:

Licenciatura Post Grado Maestría

Cargo: Enfermera básica Enfermera especialista

Otro. Especifique _____

Años de graduada: De 1 a 5 De 6 a 10 De 11 a 15

De 16 a 20 más de 20

Años de experiencia en el área: De 1 a 5 De 6 a 10 De 11 a 15

De 16 a 20 más de 20

ANEXO No. 10
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS APLICADO A PACIENTES

UNIVERSIDAD DE PANAMA
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE AZUERO
FACULTAD DE ENFERMERIA
MAESTRÍA EN ATENCIÓN DEL PACIENTE ADULTO EN ESTADO CRÍTICO
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Este instrumento determina el grado de satisfacción de los pacientes en relación a la calidad del cuidado brindado por los profesionales de enfermería. Le solicitamos que lea cuidadosamente cada una de las afirmaciones y las responda marcando una X en la columna según sea el caso según sea el caso.

1: nunca 2: A veces 3: Casi siempre 4: Siempre

Características demográficas.

Edad Años

Sexo: Masculino Femenino

Estado civil: Soltero Casado Divorciado

Viudo Separado

Mayor grado académico obtenido:

Primaria Secundaria Universitario

Días de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos:

De 1 a 5 De 6 a 10 De 11 a 15 De 16 a 20 Más de 20

ITEMS	Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
ACCESIBILIDAD				
1. La enfermera se aproxima para ofrecerle medidas que alivien el dolor o explicarle procedimientos				
2. La enfermera le da los medicamentos y realiza procedimientos a tiempo				
3. La enfermera lo visita en su habitación con frecuencia para verificar su estado de salud.				
4. La enfermera responde rápidamente al llamado.				
5. La enfermera le dice que lo llame si se siente mal.				
EXPLICA Y FACILITA				
6. La enfermera le informa sobre los grupos ayuda para el control y seguimiento de la enfermedad.				
7. La enfermera le da información clara y precisa sobre su situación de salud.				
8. La enfermera le enseña cómo cuidarse a usted mismo.				
9. La enfermera le sugiere preguntas que puede formularle a su médico.				
CONFORTA				
10. La enfermera es honesta con usted respecto a su condición médica.				

11 .La enfermera se esfuerza para que usted pueda descansar cómodamente.				
12. La enfermera lo motiva a identificar los elementos positivos de su tratamiento				
13 .La enfermera es amable con usted a pesar de tener situaciones difíciles.				
14. La enfermera es alegre				
15. La enfermera se sienta con usted para entablar una conversación				
16. La enfermera establece contacto físico cuando necesita consuelo				
17. La enfermera lo escucha con atención				
18. La enfermera habla con usted amablemente				
19. La enfermera involucra a su familia en su cuidado				
SE ANTICIPA				
20 .La enfermera le presta mayor atención a usted en horas de la noche.				
21. La enfermera busca la oportunidad más adecuada para hablar con usted y a su familia sobre su situación de salud.				
22. Cuando se siente agobiado por la enfermedad la enfermera acuerda con usted un nuevo plan de intervención				

23. La enfermera está pendiente de sus necesidades para prevenir posibles alteraciones en su estado de salud.				
24. La enfermera comprende que esta experiencia es difícil para usted y le presta especial atención durante este tiempo.				
25. Cuando la enfermera esté con usted realizándole algún procedimiento se concentra única y exclusivamente a usted.				
26. La enfermera continua interesada en usted aunque haya pasado o crisis o fase crítica.				
27. La enfermera la ayuda a establecer metas razonables.				
28. La enfermera busca la mejor oportunidad para hablarle de los cambios sobre su situación de salud.				
29. la enfermera concilia con usted antes de iniciar un procedimiento o intervención.				
MANTIENE RELACION DE CONFIANZA				
30. La enfermera lo ayuda a aclarar sus dudas en relación a su situación.				
31. La enfermera acepta que es usted el que mejor se conoce, y lo incluye siempre que es posible en la planificación y manejo de su cuidado.				

32 .La enfermera lo anima para que le formule preguntas de su médico sobre su situación de salud.				
33. La enfermera lo pone a usted en primer lugar, sin importar que pasa a su alrededor.				
34. La enfermera es amistosa y agradable con sus familiares y allegados.				
35. La enfermera le permite expresar totalmente sus sentimientos sobre su enfermedad y tratamiento				
36 .La enfermera mantiene un acercamiento respetuoso con usted.				
37. La enfermera lo trata como una persona				
38 .La enfermera se presenta con usted y le explica el procedimiento a realizar.				
MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO				
39. El uniforme y el carne que usa la enfermera la identifica como tal.				
40 .La enfermera se asegura de la hora establecida para los procedimientos especiales y verifica su cumplimiento				
41 .La enfermera es organizada en la realización de su trabajo.				
42 .La enfermera realiza los procedimientos con seguridad				

43 .La enfermera es calmada				
44. La enfermera proporciona buen cuidado físico.				
45. La enfermera se asegura que familiares y allegados sepan cómo cuidarlo a usted.				
46. La enfermera identifica cuando es necesario llamar a su médico.				