

Percepción de las gestantes del comportamiento humanizado del personal de enfermería en  
una unidad-materno infantil de III nivel de la ciudad de Medellín

Claudia Patricia Henao López

CINDE

Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano

Medellín - Colombia

2021

Percepción de las gestantes del comportamiento humanizado del personal de enfermería en  
una unidad-materno infantil de III nivel de la ciudad de Medellín

Claudia Patricia Henao López

Trabajo de grado para optar al título de Maestría en Educación y desarrollo humano

Asesora:

Dora Isabel Giraldo Montoya

Enfermera, Magíster en Enfermería Materno perinatal - Profesora Facultad de Enfermería

CINDE

Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano

Medellín - Colombia

2021

## Tabla de contenido

1. Planteamiento del problema .....	8
2. Justificación .....	15
3. Referente Teórico.....	17
3.1. Humanización de los servicios de salud.....	17
3.2. Cuidado de enfermería .....	19
3.3. Cuidado de enfermería humanizado.....	22
3.4. Comportamientos de cuidado de enfermería .....	26
3.5. Instrumentos para evaluar la calidad del cuidado .....	28
4. Objetivo .....	31
4.1. Objetivo general.....	31
4.2. Objetivos específicos.....	31
5. Metodología.....	32
5.1. Diseño del estudio: .....	32
5.2. Población .....	32
5.3. Tamaño de la muestra:.....	32
5.4. Criterios de inclusión y exclusión .....	33
5.4.1. Criterios de inclusión:.....	33
5.4.2. Criterios de exclusión: .....	34
5.5. Técnicas e instrumentos de recolección .....	34
5.6. Instrumento .....	34

5.6.1. Historia de la construcción de la escala percepciones de las gestantes del comportamiento humanizado del personal de enfermería (PCHE) .....	34
5.6.2. Definición de categorías a partir de la validez de constructo del instrumento PCHE 3 versión. ....	37
5.7. Proceso de recolección de los datos .....	39
5.8. Prueba piloto .....	40
5.9. Análisis estadístico de la información.....	41
5.10. Consideraciones éticas del estudio .....	44
6. Resultados.....	48
6.1. Variables sociodemográficas y clínicas de las gestantes hospitalizadas. ....	48
6.2. Resultados del instrumento PCHE 3 <sup>a</sup> versión, con las tres categorías planteadas para esta versión: Cualidades del hacer de enfermería, Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente y Disposición para la atención.....	50
6.3. Priorizar el sujeto de cuidado (la persona) .....	50
6.4. Apertura a la comunicación para para proporcionar educación en salud a la persona.....	51
6.5. Cualidades del hacer de enfermería .....	52
7. Discusión .....	54
7.1. Caracterización de la población de estudio .....	54
7.2. Puntaje Global.....	55
7.3. Priorizar el sujeto de cuidado (la persona) .....	56
7.4. Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona .....	59
7.5. Cualidades del hacer de enfermería .....	62
8. Conclusiones.....	65

9. Recomendaciones.....	67
10. Bibliografía .....	69
11. Anexos .....	74

### Lista de tablas

Tabla 1 Medida de percepción 1 .....	42
Tabla 2 Medida de percepción 2 .....	43
Tabla 3 Medida de percepción 3 .....	43
Tabla 4 Medida de percepción 4 .....	44
Tabla 5 Caracterización de las gestantes hospitalizadas.....	48
Tabla 6 Antecedentes Ginecobstétricos.....	49
Tabla 7 La percepción de cuidado que tiene la gestante frente a las cualidades y valores que caracteriza al personal de enfermería.....	50
Tabla 8 La percepción de cuidado que tiene la gestante frente a la apertura de la comunicación de la enfermera.....	51
Tabla 9 Las percepciones de cuidado que tiene la gestante frente a la disposición para la atención por parte del personal de enfermería.....	52

## Lista de anexos

Anexo 1. Autorización para el uso del instrumento percepciones de las gestantes del comportamiento humanizado del personal de enfermería (PCHE). .....	74
Anexo 2. Autorización del comité de ética de la clínica privada de tercer nivel de atención, Medellín.....	76
Anexo 3. Consentimiento informado .....	77
Anexo 4. Operacionalización de las variables: Variables demográficas y obstétricas .....	82
Anexo 5. Instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) clinicountry – 3ª versión, adjunto de la Enfermera Luz Nelly Rivera Álvarez.....	85
Anexo 6. Definición de categorías del instrumento percepción del cuidado humanizado enfermería (PCHE) clinicountry – 3ª versión, adjunto de la Enfermera Luz Nelly Rivera Alvarez. ....	87

## 1. Planteamiento del problema

Según la Organización mundial de la salud (2015), un área prioritaria dentro de los sistemas de salud, tiene que ver con la salud materno perinatal. Latinoamérica y el representan una de las regiones con mayor mortalidad y morbilidad materna debido a la presencia de disparidades a la que está expuesta la población. Se estima que en Latinoamérica casi un millón de gestantes no tienen acceso a la atención del parto, acompañadas por personal calificado mientras que, en el mundo en desarrollo, el riesgo de morir por complicaciones derivadas del embarazo y el parto es de 1 en 76, en el mundo industrializado ese riesgo es de 1 en 8,000. (Conde, Belizán, & Lammers, 2005)

En Colombia, la atención institucional del parto aumento, un 2,01% entre los años 2005 y 2010. Si bien en todas las regiones se incrementó la cobertura de atención, es más notable en las regiones Oriental y Pacífica donde el incremento fue de 3,43% y 3,06% respectivamente (Conde, Belizán, & Lammers, 2005).

En Antioquia, la tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos para el año 2018 es de 37.5%, que equivale a 28 casos. Siendo el Valle de Aburra, el que aporta mayor número de casos: 12 casos, con una tasa de 37.5%, probablemente por tener centros de referenciación de III y IV nivel de atención a las gestantes (Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2005-2015).

En el camino de disminuir la mortalidad materna, dentro de los objetivos del desarrollo sostenible, se busca comprometer a los Estados, las instituciones y los profesionales, para que generen acciones que van encaminadas a fortalecer y mejorar los procesos de cuidado y atención en salud de las gestantes y sus hijos. Una de las estrategias para impactar positivamente en este propósito, tiene que ver con “resolver las desigualdades en la calidad de los servicios de atención de la salud reproductiva, materna y neonatal y en el acceso a ellos.” (DAES, 2015).

La gestación es considerada dentro del proceso vital femenino como una situación fisiológica normal para la cual el organismo de la mujer se encuentra preparado. No obstante, múltiples factores de índole biológico, psicológico y social pueden hacer que la gestación se convierta en un estado que ponga en peligro la vida de la gestante y su hijo. Una gestante con patologías del embarazo debe ser atendida en instituciones hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención, para que, a través de las diferentes intervenciones médicas y de enfermería la gestante pueda presentar un parto normal y el nacimiento de su hijo en buenas condiciones. Los embarazos de alto riesgo se definen como cualquier condición médica u obstétrica inesperada o no anticipada asociada con un embarazo con un peligro real o potencial para la salud o el bienestar de la madre o el feto (49).

Son muchas las mujeres que mueren por complicaciones que se presentan en el tiempo de gestación y parto o incluso luego de ellos. La mayor cantidad de dificultades se dan en la gestación y son prevenibles o tratables. Es posible que muchas otras estuvieran presentes antes de la gestación y se empeoran durante esta, sobre todo si no se les maneja de forma adecuada en

este periodo (50). Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas son:

- Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto)
- Las infecciones (generalmente tras el parto)
- La hipertensión gestacional (pre eclampsia y eclampsia)
- Complicaciones en el parto
- Los abortos peligrosos.

Las demás están asociadas a enfermedades como el paludismo o la infección por VIH en el embarazo o causadas por las mismas. Estas cifras ponen de manifiesto la necesidad de generar acciones orientadas a impactar de forma positiva en la salud de las gestantes. De hecho, acabar con la mortalidad evitable de las gestantes y los niños, así como generar entornos de bienestar es una meta común de los Estados, instituciones y los profesionales de la salud. En consecuencia, en la agenda de Desarrollo Post-2015, Colombia, mediante el decreto 0280 del 18 de febrero de 2015 que reglamenta su implementación, se une al propósito de asegurar vidas sanas y promover el bienestar para todos en todas las edades y, concretamente, pretende generar aportes para reducir al 2030 la proporción mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos (DAES, 2015).

En efecto, los trastornos maternos durante el embarazo pueden definirse como un grupo de condiciones físicas y psicológicas resultantes o agravadas por el embarazo y que pueden comprometer la salud de la mujer. De igual manera, estas pueden ser llamadas complicaciones obstétricas dependiendo de la gravedad que tengan para la madre y para el feto, en muchas

ocasiones estas mujeres requieren ser hospitalizadas durante el embarazo para cuidarlas a ellas y a su hijo (Bacak, Callaghan, Dietz, & Crouse, 2005). En Estados Unidos un estudio realizado por la encuesta Nacional hospitalaria de 1999 y 2000 reportó una tasa de hospitalización de 12,8 por 100 partos (IC del 95%, 11,8-13,8). Las hospitalizaciones fueron más altas entre las mujeres jóvenes, afroamericanas. Y las principales causas de hospitalización fueron parto prematuro, náuseas y/o vómito del embarazo y las complicaciones genitourinarias que representaron la mitad de las hospitalizaciones prenatales (Bacak, Callaghan, Dietz, & Crouse, 2005). En Brasil, se estima que el 26.7% de todas las admisiones hospitalarias de las mujeres en edad reproductiva, se debió a la obstetricia (Victora, Aquino, Monteiro, Barros, & Szwarcwald, 2011).

Según un estudio cualitativo realizado en el 2005 por Leichtentritt et ál., se argumenta que hay pocas investigaciones sobre los efectos de la hospitalización de las gestantes (Leichtentritt, Blumenthal, Elyassi, & Rotmensch, 2005), los estudios existentes guían principalmente su teoría al estrés (Lazarus, 1993), ya que las mujeres están sujetas a doble estrés: él que les produce en sí el embarazo y el proceso de hospitalización. La condición de confinamiento a un hospital produce rupturas a procesos familiares, ceder el cuidado de sí mismas a otros cuidadores como es el caso de la enfermeras, la noción de incertidumbre es un factor estresante característico de las mujeres que están hospitalizadas debido a una condición de alto riesgo ya que en muchas ocasiones el resultado del embarazo es imprescindible (Clauson, 1996).

El profesional de enfermería tiene como principal característica la ayuda y el cuidado de los pacientes en particular con esta población tan vulnerable emocional y físicamente como lo son las mujeres hospitalizadas durante su embarazo, así mismo articular su práctica técnica a una

mayor comprensión de los aspectos humanos como un compromiso ético pensado y desarrollado desde la disciplina. En este sentido es importante discutir e investigar alrededor de temas sobre la humanización y cómo se brinda el cuidado. Las relaciones interpersonales entre enfermería y las gestantes es un escenario privilegiado de la humanización donde la enfermera facilita que el paciente experimente sensaciones de bienestar y confianza, logrando un vínculo afectuoso en la relación con el cuidador y la persona cuidada (Higuera, 1999).

Leonardo Boff, dice en su libro “saber cuidar” que las crisis generalizadas que afectan a la humanidad se revelan por el descuido con que se tratan las realidades más importantes de la vida (Boff, 2002). La gestante como una persona vista desde la mirada del existencialismo se considera como un “ser en el mundo” como una unidad de mente, cuerpo y espíritu para lo cual la enfermera no se debe limitar a un acto del hacer técnico, sino que requiere una inmersión en la realidad del otro para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo que los une en el cuidado.

Por otro lado, Humanizar dignifica a la persona (Muñoz, 2014), humanizar la atención es el primer reto de la gestión de la calidad (Fernández, 1996). Para que esto se pueda dar la comunicación entre la enfermera y la gestante es fundamental en la medida que ella conoce las necesidades anímicas, sociales, personales y físicas de la paciente, pues la enfermera debe tener habilidades comunicativas que posibilitan la trasmisión de una realidad y la interacción con la misma, como una escucha activa, abierta al diálogo y comprensiva, si bien existe un importante acercamiento desde lo cualitativo a las experiencias de la gestante durante su periodo de gestación y particularmente, frente a las percepciones de cuidado humano que tienen frente a la relación establecida durante el cuidado de enfermería, es necesario ampliar en nuestro medio la

descripción de dicha relación en términos cuantitativos, con el fin de ampliar el marco de análisis frente cuidado percibido por la gestante durante su periodo de hospitalización.

Existen claros avances en la descripción cuantitativa de la relación establecida durante el cuidado. Jean Watson, en su publicación *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*, recopila una serie de instrumentos diseñados y validados por diversos autores, orientados a la medición de algunos elementos de la relación enfermera paciente, como la calidad del cuidado de enfermería, la humanización, los comportamientos de cuidado, entre otros. Entre estas escalas se encuentran CARE – Q and CARE/SAT and modified CARE – Q, Caring Behaviors Inventory, Caring Behaviors Assessment Tool, Professional Caring Behaviors Y Caring Professional Scale (Watson, 2009).

Algunas de estas escalas han sido validadas y aplicadas en el contexto colombiano y han aportado al desarrollo de herramientas para la descripción y medición de fenómenos de interés para la disciplina en términos de la relación enfermera paciente (Poblete & Valenzuela, 2007). Igualmente, otras se han realizado en el contexto local permitiendo abordar las realidades y necesidades de cuidado teniendo en cuenta la cultura que nos caracteriza como es el caso de la generación del instrumento denominado “Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en enfermería (PCHE)” y del que ya se tiene una 3ª versión (González, 2015).

Instrumento que permite valorar las cualidades del que hacer de la enfermera que brinda el cuidado, la apertura a la comunicación entre enfermera – paciente a través de habilidades comunicativas que posibilitan la trasmisión de una realidad y la interacción con la misma y por último, la disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado elementos que

permiten describir los comportamientos de cuidado de la enfermera hacia la persona cuidada (González, 2015).

El presente estudio pretende, a través del instrumento “Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en enfermería (PCHE)” describir las percepciones de las gestantes del comportamiento humanizado del personal de enfermería en una institución de salud privada de Medellín. Se espera que los resultados de este trabajo orienten estrategias para fortalecer la relación durante el cuidado de enfermería de las gestantes hospitalizadas, lo cual mejorará la calidad del cuidado y la satisfacción de las gestantes y a su vez, ampliará el campo de estudios sobre la salud de la mujer, buscando información sobre morbilidad materna relacionada con las principales quejas, su frecuencia y gravedad.

## 2. Justificación

Una de las mayores preocupaciones que enfrentan los profesionales de enfermería es brindar una atención humanizada que ocupe un lugar destacado en las prácticas de cuidado a las gestantes en condición de alto riesgo, entendiendo este como cualquier condición médica u obstétrica inesperada o no anticipada asociada con el embarazo con un peligro real o potencial para la salud o el bienestar de la madre o el feto.

Las mujeres que se someten a un embarazo de alto riesgo experimentarán más dificultades y emociones negativas relacionadas con su embarazo en comparación con el resto de la población, las principales características emocionales incluyen ansiedad e incertidumbre. Este estudio es importante realizarlo porque permite desde el aspecto del cuidado de enfermería reflexionar las percepciones de cuidado humano que tienen las gestantes durante su periodo de hospitalización por un riesgo obstétrico, las cuales deben ser atendidas con especial consideración por su estado de fragilidad física y emocional.

Este estudio aportará a la institución en la medida que sus propósitos ideológicos estén fundamentados en el desarrollo humano y en el respeto por la dignidad de las mujeres en proceso de gestación, pues para todas las instituciones la calidad es medida desde la humanización entendida como la acogida (hospitalidad), el diálogo el apoyo espiritual y emocional, la escucha activa, agregando a esto el respeto por los derechos humanos, la autonomía y el respeto de la voluntad de los pacientes, como eje de la atención humanizada.

Se espera que los resultados beneficien a la comunidad académica; en tanto que posibilitarán una mejor comprensión de la relación de las enfermeras con las gestantes durante su periodo de hospitalización. De la misma manera, los resultados pueden orientar los procesos formativos de los profesionales de enfermería en términos de la relación establecida durante el cuidado de las gestantes; igualmente fortaleciendo el desarrollo de la investigación para demostrar la bondad del cuidado de enfermería que ofrece directamente el profesional o a través de su equipo humano con su permanente dirección y liderazgo.

### 3. Referente Teórico

#### 3.1. Humanización de los servicios de salud

En el desarrollo del marco humanizador, ha influido la tradición existencial-fenomenológica, y las perspectivas sociológicas que han iluminado fenómenos como la representación humana, las perspectivas sobre "lo que significa ser humano" ideas centradas por la tradición fenomenológica que comienza con la noción de Husserl (1936), continúa con las reflexiones de Heidegger (1962) acerca de la libertad humana, así como las ideas de Merleau Ponty (1964) sobre el sujeto corporal y el objeto corporal, que ayudaron a desarrollar la dimensión humana para aplicar a la atención social de la salud.

El enfoque positivista, dado en el siglo XIX, aporta un concepto de la enfermedad construida con relación al paradigma biomédico. Bajo una visión biologicista; el cuerpo del ser humano es fragmentado y examinado por partes separadas, analizando los procesos patológicos o los órganos, como elementos del estudio de un organismo cuasi mecánico en el que la labor a realizar es la de restablecer su funcionamiento normal (Collière, 1998).

Esta perspectiva trata de explicar el funcionamiento del cuerpo para prevenir y curar las alteraciones del organismo generada por la enfermedad pero deja de lado el acervo de saber social implícito en los contextos de la vida cotidiana y de los grupos sociales, ya que está centrada en los procesos biológicos de la enfermedad desde el razonamiento causal (causa-efecto), En sí, no se trata de criticar este modelo, sino más bien, de adicionarle al proceso terapéutico el reconocimiento de la persona en conjunto, como alguien, un individuo con rostro y nombre que padece una enfermedad y que requiere ayuda (Grande, 2005). Por lo anterior,

cuidar del ser humano es algo más que satisfacer las necesidades de tipo somático, sino que consiste en percibir también las necesidades de tipo emocional, social y espiritual y velar por ellas.

En esta medida, se crea la necesidad de humanizar los servicios de salud; lo cual hace referencia al abordaje integral del ser humano donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica y conductual (Grande, 2005). Se hace necesario considerar las necesidades el bienestar integral de los pacientes más allá de tratamientos, poniendo en práctica el respeto por la dignidad del otro, el reconocimiento del otro como un ser aportante a su condición de salud. La atención en salud no es un proceso unidireccional, es un asunto humano bidireccional que realiza al ser humano porque la presencia del uno y del otro alteran su existencia, y por lo tanto cuando se expone frente al otro, el ser humano se hace responsable de sí mismo y de los otros.

La humanización le apunta a que las intervenciones y la aproximación al enfermo se hagan desde la parte humana respecto a su individualidad, sus derechos, desde una percepción Bio-Sico- social y con una atención integral. En Colombia la acreditación en salud ha ido avanzando en proponer a las instituciones reflexionar sobre aspectos puntuales de la humanización y que desarrollen estrategias que permitan el abordaje apropiado de este tema. Es por esto que, en el año 2004 se incluyeron algunos aspectos del enfoque de humanización, la divulgación y cumplimiento de los deberes y derechos de los pacientes, el conocimiento y comprensión por parte de los pacientes del consentimiento informado, el respeto por la dignidad humana, la privacidad de la información y el respeto a la desnudez, así como el abordaje interdisciplinario

al paciente y la familia en temas educativos que ayudan a reducir la angustia frente a la enfermedad (Grande, 2005).

De acuerdo con lo anterior, Carlos Bermejo afirma que el primer aspecto humanizador de la salud se centra en el respeto a la unicidad de cada persona. Cada persona responde de manera diferente a las adversidades de la vida, se pueden generar guías para manejo de patologías, pero nunca generalizar la conducta humana. En segundo lugar, dice que se debe dar protagonismo los pacientes y sus familiares en los procesos de salud. Para que esto se dé, el enfermo debe de ser ayudado para comprender sus situaciones con una información clara y precisa, el enfermo tiene derecho a conocer sobre su enfermedad y posibles tratamientos, de lo contrario solo desempeñará un papel pasivo de dependencia (Rodríguez, 2016; Bermejo & Muñoz, 2014; Bermejo J. , 2014)

Cuando la persona enferma aqueja que no se siente tratada con dignidad, generalmente se da por procesos despersonalización en las relaciones, siempre que se presenta insatisfacción de las necesidades en la medida del hombre, cuando se pretende remplazar la insustituible importancia del encuentro personal por un equipo tecnológico, siempre que se evidencie la salud como un elemento económico por encima de la necesidad humana de la enfermedad. Por tanto, el deseo de humanizar, de hacer lo que se tenga que hacer por la salud y la enfermedad como algo digno de la condición humana es un deseo universal.

### **3.2. Cuidado de enfermería**

El término cuidado evoca muchos significados, tales como el que le da la Real academia de la lengua española que define el cuidado como la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar,

asistir). Cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser y evitar que sufra algún prejuicio (Sánchez, 2021). Este concepto en particular se refiere a la estabilidad de los seres humanos por mantenerse y mantener a los otros en buen estado, de lo que existe de ellos y su vida misma. El cuidado surge de la existencia del reconocimiento mismo y del otro; es el llamado de alerta entre el ser humano y el mundo que lo rodea, es la acción que procura por la tranquilidad, la armonía del cuerpo y el alma (Álvarez & García, 2011). Es una o varias acciones que su fin único es el bien-estar de cada uno, es un acto intrínseco del ser humano por la conservación y la prolongación de la especie, es el objetivo principal para Enfermería, el cual se ha constituido desde el inicio de la profesión en la razón de ser como ciencia y arte (Laverde, 2000; Donahue, 1993).

El cuidado tiene su génesis en aquello que es propio o pertenece al sujeto y se consolida en la comunicación intelectual o afectiva entre dos o más sujetos, como acto que regresa al ser humano mismo o que repercute a otras personas, entre más se reconoce el sujeto mayor es el interés del cuidado (Báez, Nava, Ramos, & Medina, 2009 ). Por eso, como lo afirma Watson: el cuidado de enfermería se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona y define el cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en la que se involucran sentimientos, emociones, actitudes y se adquieren compromisos en la acción de cuidar. Ella propone para la enfermería una dimensión moral como la preservación de la dignidad humana (Watsonm, 2008)

Cuidar es algo más que un acto, es una actitud (Boff, 2002), cuidar se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. Es una relación constituida

por una disposición legítima para con el otro, donde existe reciprocidad y el compromiso de promover el bienestar del otro (De la Cuesta, 2007). Así mismo, el cuidado se debe entender como un fin cuya meta es la protección, el incremento y la preservación de la salud y la dignidad humana (Villalobos, 1994). Algunas definiciones de cuidado de enfermería están planteadas por: Leninger, la primera enfermera que divisó desde la antropología, la universalidad y diversidad de cuidado, describiendo el cuidado como núcleo central de la profesión (Rodríguez & Vásquez, 2007). Neuman que determina el centro de la enfermería como “cuidar la experiencia de la salud Humana”; cree que la enfermería debe cuidar a la persona en su totalidad, que es una profesión única que debe ocuparse de todas las variables que afectan al individuo frente al estrés. La percepción de la enfermera influye en el cuidado que se suministra (Gaut, 1983) y Jean Watson es quien define el cuidado como una ideal moral. Desde muchas teóricas se da por sentado la definición y todas plantean el cuidado como elemento conceptual básico para la profesión de enfermería (Watsonm, 2008).

De acuerdo con Delores Gaut, existen varios significados de cuidar: cuidar puede ser usado en sentido de la preocupación, responsabilidad para hacer algo, consideración cariño. Pero la acción real de cuidar para ella tiene unas condiciones particulares; primera condición, debe de ser consciente directa o indirectamente de la necesidad de cuidado; segunda, debe tener conocimiento e intención en el actuar y, por último, debe elegir una acción destinada a servir como un medio para producir un cambio positivo en la persona. Luego implementar esa acción, el cambio positivo debe juzgarse únicamente, con relación al otro; de estas condiciones se puede orientar la enfermería hacia las necesidades sociales y prácticas de cuidado. (Gaut, 1983)

### 3.3. Cuidado de enfermería humanizado

Los modelos y teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, esta es una responsabilidad que concierne a todas las personas que trabajan en salud, sin embargo, enfermería es la que más tiempo designa a esta actividad, pues es la enfermera la que pasa la mayor parte del tiempo con el paciente. Algunas teóricas de enfermería (Alligood & Tomey, 2014) en las últimas décadas han mostrado un mayor desarrollo teórico hacia los cuidados dando un sentido coherente y consistente a enfermería como una ciencia humana. Una de ellas es Jean Watson, la cual hace referencia al cuidado como la razón moral de la enfermería. En este sentido, asigna al cuidado, un valor, un bien, que legitima el actuar, el cuidar es un proceso relacionado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera que da cuidado y el paciente como sujeto de cuidado (Gaut, 1983).

Watson introduce el concepto de humanización como ingrediente principal del cuidado, individualizando cada ser que cuida y es cuidado, “El cuidado”, no es absoluto, tiene variaciones desde las creencias personales, culturales y desde la persona, quien lo recibe o quien lo proporciona, es transformado con el paso del tiempo y es influenciado desde la espiritualidad, la tecnología y las necesidades de quien necesita ser cuidado. Desde su teoría del cuidado transpersonal toma al paciente necesitado de cuidado, como un ser físico – social – psicológico y al cuidador, como un ser holístico alimentado con el conocimiento, la espiritualidad, las ciencias humanísticas y con su propia experiencia de vida. Es el profesional de enfermería quien puede ayudar – cuidar al otro, siempre partiendo de las necesidades de “ese otro”, pero poniendo a su servicio su humanidad para ayudar a resolver el estado de salud, alcanzar el bienestar y el autocuidado (Gaut, 1983).

Los conceptos teóricos de Jean Watson se derivaron y surgieron de sus experiencias personales y profesionales. Fueron clínicamente inducidos, empíricamente fundamentados y combinados con antecedentes filosóficos, éticos, intelectuales y experienciales. Los primeros trabajos surgieron de sus valores, creencias, percepciones y experiencias con preguntas retóricas, por ejemplo, ¿qué significa ser humano?, ¿qué significa cuidar al ser humano? Preguntas sobre la personalidad, la vida, el ciclo del nacimiento y la muerte, la salud, la curación, las relaciones, el cuidado, la integralidad, el dolor, el sufrimiento y la humanidad misma identificándolas desde el marco de la enfermería como una entidad separada del acto médico, como una profesión, disciplina y para la ciencia con un aporte independiente pero complementario a otras disciplinas (Gaut, 1983).

Para ella, la ciencia del cuidado como punto de partida para la enfermería, como campo de estudio, ofrece una base disciplinar distinta de la profesión. Es ampliamente conocido que la disciplina de cualquier campo debe informar a la profesión, la matriz disciplinar del cuidado lleva a la narrativa moral con respecto al significado que se le otorga al ser humano, en el reconocimiento del ser, la unidad de la mente- cuerpo – espíritu y universo. Aunque se avanzado en trabajos de investigación, la profesión actual no tiene claridad de su contexto disciplinario y pierde su camino en medio de la institucionalidad. (Gaut, 1983)

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con un enfoque filosófico, y ve el cuidado como un ideal moral y ética de la enfermería, Lo anterior le permitió supuestos básicos de la ciencia cuidado (Gaut, 1983):

- Cuidar es la esencia de la enfermería y el núcleo fundamental de disciplina de la profesión.
- El cuidado puede ser demostrado en una práctica interpersonal; sin embargo, la conciencia de cuidar puede ser comunicada más allá. Trasciende en el tiempo, en el espacio y lo físico.
- Los procesos y las conexiones intersubjetivas de humano a humano mantienen vivo un sentido común de la humanidad, donde el ser humano se identifica con los demás, por lo que la humanidad de unos se refleja en el otro
- El cuidado eficaz promueve la curación, la salud, el crecimiento individual y familiar, otorga una sensación de plenitud, perdón, evolución de la conciencia, paz interior que trasciende la crisis y el miedo a la enfermedad, el diagnóstico, la enfermedad, los traumas, y el cambio de la vida.
- El cuidado acepta una persona no sólo como es ahora, sino como lo puede llegar a ser, como se está transformando.
- Una relación de cuidado es la que invita al surgimiento del espíritu humano, la apertura a la autenticidad, lo que permite a la persona explorar opciones como por ejemplo, la opción de elegir sobre su tratamiento.
- El cuidado es más saludable que la curación.
- El cuidado es complementario a la curación.
- La práctica de cuidado es fundamental para la enfermería. Sus contribuciones sociales, morales y científicos se encuentran en su compromiso profesional con los valores, la ética y los ideales de la Ciencia.

- La disciplina reside dentro de un cuidado humanizado, abarca una amplia visión del mundo que responde a la evolución de la humanidad,

Lo anterior, nos lleva a reflexionar sobre el significado de cuidado que parte de una base global, pero termina siendo único e individual, que demuestra una relación de interés, cuando la existencia del otro importa (Bermejo J. , 2014). El cuidado humano es la fuente de nuestra consciencia y se manifiesta en el cuidado ofrecido, como la expresión de nuestra humanidad cuando damos atención a los pacientes en todos los aspectos que lo rodean. Ahora en tiempos modernos la globalización indaga sobre valores, creencias, costumbres, necesidades, gustos, idiomas de las personas como seres pertenecientes a grupos, por lo que se hace necesario tener talentos humanos competentes e instruidos en las diversas áreas de la vida, Innovadores y creativos, flexibles, pero también rigurosos (Rodríguez G. M., 2016).

Cuidar en enfermería implica un conocimiento propio de cada enfermo, un darse cuenta de sus aptitudes, actitudes, intereses y motivaciones y además de sus conocimientos, requiere de su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo. Enfermería es un arte que merece ser respaldado con el conocimiento propio (Bermejo & Muñoz, 2014).

Con respecto al cuidado, el Dr. Carlos Bermejo alerta sobre un elemento, no nuevo, siempre existente, más no siempre consiente “En el contacto con el paciente se produce la comunicación y esta puede ser en sí un elemento terapéutico o patógeno, nunca indiferente, si consideramos a la persona en su globalidad” (Bermejo, 2014). Aquí se nos habla de una relación de entrega

mutua, no desde el romanticismo, más bien desde el paciente comunicando sus necesidades desde el lenguaje verbal y no verbal y el enfermero leyendo y/o escuchando cada palabra y gesto que le permita descubrir su paciente, y así, construir cuidados para él.

### **3.4. Comportamientos de cuidado de enfermería**

Los comportamientos de cuidado son los indicadores más directos del acto de cuidar. Así, se entiende el cuidado de enfermería como “todos los comportamientos y actitudes que se demuestran en las acciones que le son pertinentes, o sea, aseguradas por derecho, y desarrolladas con competencia para favorecer las potencialidades de los sujetos a quienes se cuidan (incluyendo su familia), para mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir” (Torralba, 1998). Los comportamientos de cuidado, como intervención terapéutica, también pueden ser vistos como una oportunidad que tienen los profesionales de enfermería, al estar frente a la persona que requiere acciones cuidadoras, para demostrar sus habilidades y hacer presencia significativa, demostrando que su acción puede ir más allá de la ejecución de procedimientos técnicos, involucrando un proceso de aprendizaje respecto de sí mismo y el otro. Álvarez, Triana y Espitia (2011) determinaron y conceptualizaron las categorías de cuidado humanizado y plantearon los comportamientos de cuidado humanizado como:

1. Dar apoyo emocional: esta categoría comprende acciones de cuidado que trascienden al contacto físico. Hace referencia a la presencia intencional del/la enfermera por admirar, escuchar y reaccionar ante la singularidad de cada ser humano, generando relaciones intersubjetivas inspirada en valores como la confianza y el amor.

2. Dar apoyo físico: involucra acciones de cuidado de Enfermería relacionadas con el contacto físico, inspiradas en un tacto delicado y sutil que logra preservar la dignidad del otro.
3. Empatía: está representada en acciones de cuidado con carácter dialéctico que permiten a la enfermera comprenderse a sí misma y al otro en la experiencia vivida en el cuidado de enfermería. Es un sentirse cuidado en la totalidad del ser.
4. Cualidades del hacer de la enfermera: refleja las cualidades y valores que caracterizan la práctica de Enfermería, como son: la disponibilidad para el otro, el trato cordial, la identificación de las necesidades de cuidado, la explicación anticipada de los cuidados, la educación oportuna y suficiente para el promover y potenciar el autocuidado, la abogacía, la responsabilidad y el compromiso.
5. Proactividad: comprende acciones de la enfermera con una alta abogacía y disponibilidad hacia el otro para darle la información oportuna, clara y suficiente a la persona cuidada y a su familia acerca de su estado de salud para que puedan tomar decisiones sobre el cuidado de sí, a responder preguntas en un lenguaje comprensible, a explicarle los procedimientos, a dar orientaciones preventivas y promotoras del cuidado de la salud y a hacerlo más partícipe en su proceso de recuperación.
6. Priorizar al ser cuidado: esta categoría trae en forma implícita la valorización del ser cuidado como sujeto único, copartícipe en la experiencia del cuidado de Enfermería, donde hay un respeto por su subjetividad, es decir, un respeto a sus creencias, sus valores, su lenguaje, sus normas, sus formas de ser/estar en el mundo, sus decisiones e intimidad.

Una manera de acercarse a los comportamientos de cuidado es mediante el concepto percepción de cuidado, definido “como el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado” (Grupo de cuidado, 2000). La percepción se trata de un acto complejo en el que reducimos el mundo que nos rodea a hechos concretos, se interpretan las sensaciones que se producen en la interacción con el otro y se les da significado y organización o integración. Dicha percepción implica la actividad no solo de nuestros órganos sensoriales, sino también de nuestro cerebro y depende en gran medida de la calidad de la interacción interpersonal (Ariza, 2004).

Es decir, la percepción del cuidado está en íntima relación con la doble dimensión del ser humano como sujeto interior y sujeto exterior: como sujeto interior, dotado de un mundo personal, privado e íntimo, como ser exterior: el ser humano no se resuelve solo en la pura exterioridad de su ser, en la corporeidad, en el lenguaje, en el vestido, en la gestualidad, y aunque, el conocimiento de la dimensión exterior de la persona es fundamental, pues es la ventana de acceso a la interioridad y es un elemento fundamental de su identidad personal. (Torralba, 1998)

### **3.5. Instrumentos para evaluar la calidad del cuidado**

Los estudios sobre percepción del cuidado permiten concluir que la percepción del comportamiento de cuidado de enfermería, puede tener una importante repercusión en el desarrollo disciplinar y profesional, pues impacta no sólo la práctica profesional sino también los procesos de formación en el área, en sus tres frentes de acción: el asistencial, el docente y el gestor (Pérez, Alameda, & Albéniz, 2002). Para enfermería es importante identificar los

comportamientos de cuidado, en tanto que ello contribuye a revisar y proyectar su visibilidad social mediante un cuidado de excelencia, donde el paciente se constituye en el centro de preocupación de las enfermeras y está representado en profesionalismo, cuidado holístico, práctica y humanidad. A continuación, aparecen algunos instrumentos que evalúan el comportamiento de cuidado proporcionado por enfermería (Coulon, 1996):

- Caring Behaviors Assessment Tool”. CBA (cuestionario de comportamientos en la medida del cuidado) de Cronin y Harrison (1988); se basa en los planteamientos de Watson J. referentes a los factores cuidadosos. Consta de 63 conductas de comportamiento de cuidado de enfermería distribuidos en siete subescalas: el humanismo (sensibilidad a la fe y esperanza), la ayuda (confianza), las expresiones positivas/negativas, la enseñanza/aprendizaje, el soporte (protección/corrección), las necesidades humanas (asistencia) y la existencial/ fenomenológica.
- Comportamiento de cuidado profesional” forma A, elaborado por la Doctora Sharon Horner(1989, 1991) es un instrumento, derivado de las investigaciones de la práctica y de la literatura; fue desarrollado con el objetivo de valorar la percepción de comportamiento de cuidado de las enfermeras y pacientes adultos hospitalizados, basándose en el cuidado como la actividad que le permite a la enfermera una característica personal y una herramienta terapéutica en la interacción enfermera–paciente, donde el comportamiento del cuidado expresado por los pacientes y las enfermeras es importante; por lo tanto se debe considerar con el fin de mejorarlo. Este instrumento especifica actitudes verbales y no verbales, en su mayoría, basadas en las relaciones interpersonales. (Horner, 2005)

- Inventario de comportamientos de cuidado (CBI) Wolf, Colahan y Costello, (1986-1994) fue el segundo instrumento de medición de cuidado reportado en la literatura de enfermería después de la publicación de Larson (1984). Su concepto teórico fue derivado de la literatura de cuidado en general y de la teoría de Watson J. (Wolf & Coloaban, 1998)

El instrumento que se aplicará en el presente estudio es la tercera versión de la escala percepciones del comportamiento humanizado del personal de enfermería (PCHE), validado y adaptado por Oscar González 2014, compuesto de 32 ítems, con 3 categorías las cuales indagan por los siguientes aspectos:

Las cualidades y valores que caracteriza al personal de enfermería, la apertura de la comunicación de la enfermera y la disposición para la atención por parte del personal de enfermería.

La escala adaptada por Oscar Javier González. Es válido y confiable para su aplicación en ámbitos hospitalarios, disponible para la comunidad científica a nivel nacional e internacional. Cuenta con una validez facial y de contenido. Por contar con un índice de aceptabilidad de 0.92 y un índice de validez de contenido de 0.98 por expertos.

Se determinó que el instrumento para su nueva versión es confiable, ya que obtuvo un alfa de cronbach 0.96. lo cual significa que la correlación de los ítems dentro del instrumento mide las mismas características, en este caso asociadas al fenómeno de la humanización, y plantea que el instrumento es confiable para su aplicación.

## **4. Objetivo**

### **4.1. Objetivo general**

Describir las percepciones de las gestantes del comportamiento humanizado del personal de enfermería en una institución de salud privada de Medellín.

### **4.2. Objetivos específicos**

- Caracterizar las variables sociodemográficas y clínicas de las gestantes hospitalizadas.
- Identificar la percepción de cuidado que tiene la gestante con relación a las cualidades y valores que caracteriza al personal de enfermería.
- Identificar la percepción de cuidado que tiene la gestante con relación a la apertura de la comunicación de la enfermera.
- Identificar las percepciones de cuidado que tiene la gestante con relación a la disposición para la atención por parte del personal de enfermería.

## **5. Metodología**

### **5.1. Diseño del estudio:**

Estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo transversal. Este estudio pretendió describir de modo sistemático el comportamiento humanizado del personal de enfermería percibido por mujeres embarazadas en condición de alto “de alto riesgo, que se encontraban hospitalizadas, en una Unidad Materno Infantil de la ciudad de Medellín. Los datos se obtuvieron por autodiligenciamiento.

### **5.2. Población**

Población Blanco: Todas las mujeres gestantes en alto riesgo obstétrico.

Población accesible: Mujeres gestantes hospitalizadas en la Unidad Materno Infantil de una institución de salud de Medellín durante el primer semestre del año 2018.

Población de estudio: Es la población accesible que cumple los criterios de elegibilidad.

### **5.3. Tamaño de la muestra:**

El muestreo es no probabilístico a conveniencia. Se incluyeron todas las gestantes, teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad. Se calculó un tamaño de muestra para una proporción con el programa Epidat. El cálculo del tamaño de muestra se realizó con una población total de 244 pacientes, una confianza del 95%, una precisión del 5% y una prevalencia del 15%, para un total de 109 calculados según la prevalencia para Colombia.

<b>Tamaños de muestra. Proporción:</b>		
Datos:		
Tamaño de la población:		244
Proporción esperada		15,000%
Nivel de confianza		95,0%
Efecto del diseño		1,0
Resultado:		
	Precisión (%)	Tamaño Muestra
	5,000	109

#### **5.4. Criterios de inclusión y exclusión**

##### **5.4.1. Criterios de inclusión:**

- Gestantes mayores de edad
- Gestantes con mínimo 48horas de hospitalización.
- Gestantes con las patologías más frecuentes de acuerdo con el perfil epidemiológico
- Sangrados de la primera mitad del embarazo.
- Sangrados del segundo y tercer trimestre.
- Complicaciones en la duración del embarazo.
- Trastornos hipertensivos del embarazo.
- Complicaciones del crecimiento fetal.
- Enfermedades endocrinológicas.
- Infecciones del embarazo.
- Cardiopatías.
- Tumores.
- Complicaciones en la labor de parto.

#### **5.4.2. Criterios de exclusión:**

- Madres cuyo producto de la gestación sea un mortinato
- Gestantes que tengan déficit cognitivo que les impida dar respuesta al instrumento.
- Gestantes sanas.

#### **5.5. Técnicas e instrumentos de recolección**

Se utilizó una encuesta para medir las variables demográficas y obstétricas, la cual fue diseñada por los investigadores considerando los objetivos del estudio. Dichas variables son: Edad, estado civil, escolaridad, estrato socioeconómico, edad gestacional, paridad, cesáreas, abortos. Se utilizó la escala percepciones de las gestantes del comportamiento humanizado del personal de enfermería (PCHE). La aplicación del instrumento se hizo por auto-diligenciamiento y el investigador estuvo presente en caso tal de que el participante tuviera alguna duda.

#### **5.6. Instrumento**

##### **5.6.1. Historia de la construcción de la escala percepciones de las gestantes del comportamiento humanizado del personal de enfermería (PCHE)**

La primera etapa para la materialización del instrumento “Percepción de los Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería” surgió a partir de un estudio que retoman sus autores de la experiencia de tres enfermeras quienes en el año 2001 (Alvis, Moreno y Muñoz) , se encontraban en formación como especialistas en enfermería cardiorrespiratoria en la Universidad Nacional de Colombia y se interesaron en abordar el fenómeno del Cuidado Humanizado en pacientes hospitalizados en la ciudad de Bogotá. Ellas realizaron un estudio fenomenológico con

abordaje cualitativo, donde se procedió al desarrollo de entrevistas, con una pregunta central: ¿Cómo fue la experiencia de recibir cuidado de enfermería humanizado durante la hospitalización?

El grupo investigador encontró nueve categorías orientadas a

1. Sentimientos del paciente (sentirse apreciado)
2. Características de la enfermera (ser cálida)
3. Dar apoyo emocional (Dar buen trato)
4. Dar apoyo físico (tomar la mano)
5. Cualidades del hacer de la enfermera (Propiciar diálogo)
6. Proactividad (Dar explicaciones anticipadas)
7. Empatía (Escuchar)
8. Priorizar al ser cuidado (Respeto por la intimidad)
9. Disponibilidad para la atención (Preguntar cómo está)

La primera versión creada por (Rivera y Triana 2003), Construcción del instrumento PCHE versión 1, cuenta con 50 ítems con el uso de una escala Likert de 4 opciones (Nunca, algunas veces, casi siempre y siempre), donde se retoman las nueve categorías planteadas por el estudio de Alvis, Moreno y Muñoz.

En el 2005, con el fin de determinar y evaluar la validez del instrumento PCHE, los investigadores realizaron la aplicación del mismo, con un grupo de 274 personas entre pacientes y familiares. Dentro de las recomendaciones obtenidas a partir del estudio, se sugiere evaluar la confiabilidad y validez del constructo del instrumento PCHE, junto con el análisis de psicometría.

En el 2008, desde la experiencia de un espacio académico a nivel de maestría, se propuso desarrollar un estudio para determinar la validez de contenido y validez facial del instrumento. Este estudio realizado por Natalia Reina y asesorado por Elizabeth Vargas, presentó los resultados del proceso de validez a través de pruebas psicométricas en donde se señala que el instrumento tiene validez facial alta con pacientes, expresado en un índice de 0.94, una validez facial con expertos a nivel medio, con un índice de acuerdo de 0.78 y un índice de contenido de 0.83; sin embargo, los expertos del análisis cualitativo de la validez facial y de contenido hicieron diversas observaciones, entre estas fortalecer el respaldo teórico además, dentro del estudio se sugiere que se reduzcan el número de ítems, hacer ajustes semánticos de las preguntas y, finalmente, la autora del estudio sugiere enfrentar la investigación a la determinación del nivel de confiabilidad del instrumento.

Para el año 2010, y teniendo en cuenta lo anterior, los investigadores creadores del instrumento, junto con la participación de Sonia Espitia, enfermera de la Clínica del Country, inician un proceso de deconstrucción del instrumento PCHE versión 1, siguiendo los referentes teóricos del concepto del Cuidado Humanizado y los alineamientos de los expertos. Esto permitió la construcción de la 2º versión de PCHE y la realización de una validación facial y de contenido, presentando en la actualidad un instrumento de 32 ítems.

Finalmente, en el año 2014 se publica una tercera versión del instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE) Clinicountry”, adaptada por Oscar González, que, como trabajo de maestría, buscó determinar con base en ella, el grado de

validez y confiabilidad con la que cuenta. El instrumento PCHE versión 3 consta de las siguientes categorías (Anexo 1):

- Cualidades del hacer de enfermería.
- Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente.
- Disposición para la atención.

### **5.6.2. Definición de categorías a partir de la validez de constructo del instrumento PCHE 3 versión.**

#### **Variable: Cualidades del hacer de enfermería.**

Definición: Se refiere a cualidades y valores que caracterizan al personal de enfermería que brinda cuidado. En esta categoría se destacan aspectos como facilitar que el paciente experimente sensaciones de bienestar y confianza, logrando que perciba un vínculo respetuoso en la relación enfermero(a) – paciente.

Ítems relacionados: 1) Le hacen sentirse como una persona. 2) Le tratan con amabilidad. 6) Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted. 7) Le hacen sentirse tranquilo(a) cuando están con usted. 8) le generan confianza cuando lo (la) cuidan. 15) Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado. 17) Le demuestran respeto por sus creencias y valores.

#### **Variable: Apertura a la comunicación enfermero (a) – paciente**

Definición: Esta categoría se refiere a la apertura ´por parte de quien brinda el cuidado (enfermero (a)) a un proceso dinámico, fundamental para el crecimiento, el cambio y la conducta, que permiten la interacción con el sujeto de cuidado (paciente) a través de habilidades comunicativas que posibilitan la transmisión de una realidad y la interacción con la misma. Esta

apertura se orienta a la escucha activa, al diálogo, a la presencia y a la comprensión de quien es cuidado.

Ítems relacionados: 4) Les miran a los ojos cuando le hablan. 5) Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes. 9) Le facilitan el diálogo. 10) Le explican previamente los procedimientos. 11) Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas. 12) Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos. 14) Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud. 19) Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud.

**Variable: Disposición para la atención.**

Definición: Se refiere a la disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado, que no se limita a un acto de observar, sino que requiere en una inmersión en su realidad para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo que los une en el cuidado.

Ítems relacionados: 3) Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización. 13) Le dedican tiempo requerido para su atención. 16) Le llaman por su nombre. 18) Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal). 20) Le manifiestan que están pendientes de usted. 21) Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento. 22) Responden oportunamente a su llamado. 23) identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual. 24) Le escuchan atentamente. 25) Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo. 26) Le brindan cuidado cálido y delicado. 27) Le ayudan a manejar el dolor físico. 28) Le demuestran que son

responsables con su atención. 29) Le respetan sus decisiones. 30) Le indican que cuando requiera algo le pueden llamar. 31) Le respetan su intimidad. 32) Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico.

De acuerdo con los autores el instrumento puede alcanzar los siguientes resultados, teniendo en cuenta que la escala likert que usa el instrumento se le da una calificación de 1 a 4, por los 32 ítems:

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

Para utilizar el instrumento PCHE versión 3, se solicitó el permiso de su autor Oscar Javier González. El mismo autor sugiere que es importante solicitar su uso a las autoras de la primera versión.

### **5.7. Proceso de recolección de los datos**

- Se informó al personal de la institución sobre la ejecución de la investigación y sus objetivos
- Diariamente, la investigadora pasó ronda en el servicio de alto riesgo obstétrico para captar a las gestantes que cumplieran con los criterios de inclusión.

- Se explicó a las madres los objetivos del estudio y se les preguntó si deseaban participar de la investigación.
- Todas las madres firmaron el consentimiento informado, previa comprensión de la investigación.
- Se les preguntó a las gestantes por las variables sociodemográficas y clínicas.
- Las gestantes diligenciaron los instrumentos de manera autoadministrada.
- Ante cualquier duda en el diligenciamiento, siempre estuvo el investigador para aclararlas.

### **5.8. Prueba piloto**

Se desarrolló la prueba piloto en la unidad en la Unidad Materno Infantil, al 10% de la muestra, para valorar la aplicación del instrumento y realizar ajustes.

Para la selección de las participantes se verificó en un tablero electrónico la ubicación de la paciente, se revisó la historia clínica para considerar el cumplimiento de los criterios de inclusión, en total se realizaron 11 encuestas, y en el marco de las consideraciones éticas del estudio se les explicó el consentimiento informado, los beneficios y la importancia de su participación. Cada gestante diligenció el consentimiento informado y la encuesta, la cual fue revisada antes de ser depositada en la urna para verificar que la información estuviera totalmente diligenciada.

Los resultados fueron: un tiempo promedio de 15 a 20 min, identificando un horario pertinente para el diligenciamiento entre las 10:00 a.m. y la 1:00 p.m., dado que en estos tiempos se han realizado las actividades de enfermería como cambio de cama, toma de signos vitales, administración de medicamentos, el baño de la paciente, y antes de la 1 p.m. para evitar apuros relacionados con el alta o interrupciones en periodos de descanso.

No se requirió realizar cambios o ajustes al instrumento, Se probó la base de datos, la cual se diseñó en el programa IBM SPSS Statistics versión 23 (licencia Universidad de Antioquia). Luego de ajustado el instrumento se inició la recolección de la información.

### **5.9. Análisis estadístico de la información**

Una vez se recogió la información de las variables del instrumento y la encuesta sociodemográfica y obstétrica, se realizó el análisis descriptivo inicialmente con las variables categorizadas como son: Siempre, Casi siempre, Algunas veces y Nunca. Para realizar el análisis descriptivo, se contabilizó el número de casos de cada una de las categorías (Cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermera, disposición para la atención) y se clasificaron en los rangos propuestos por el autor de la escala (siempre, casi siempre, algunas veces, nunca), posteriormente se les realizó medidas de frecuencias absolutas y relativas y se reportaron las medidas en tablas.

Se realizó una descripción sociodemográfica, obstétrica de la población, cuantificando y caracterizando las variables cuantitativas y cualitativas. A las variables cuantitativas se les estimó la media acompañada de su desviación estándar y la mediana con rangos intercuartílicos.

A las variables cualitativas se les calculó las frecuencias absolutas y relativas. Se analizaron las variables nominales o numéricas como son: edad y paridad y se realizaron medidas de tendencia central: la moda, la media, la mediana. El programa utilizado fue SPSS versión 23.

### **Interpretación del Instrumento PCHE 3ª versión:**

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

Al analizar las respuestas del instrumento en total, el rango real del instrumento es de 32 a 128. Al clasificar las respuestas se dispone de cuatro rangos de medida de acuerdo con las calificaciones dadas por los participantes. Según el autor el establecimiento de los rangos se realizó a partir de la categorización por la Regla de Dalenius:

**Tabla 1 Medida de percepción 1**

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

Al analizar el instrumento por categorías, se tuvo en cuenta:

- Categoría Cualidades del hacer de enfermería. Esta categoría incluye los ítems 1, 2, 6, 7, 8, 15 y 17. El rango real es de 7 – 28. Se clasifican de acuerdo a la medida de percepción

de comportamientos de cuidado humanizado en el servicio en cuanto las cualidades del quehacer del personal de enfermería, teniendo en cuenta los rangos que se definen:

**Tabla 2 Medida de percepción 2**

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

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

**Tabla 3 Medida de percepción 3**

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

-

-

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

**Tabla 4 Medida de percepción 4**

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

### **5.10. Consideraciones éticas del estudio**

La presente investigación protegió y promovió el respeto a los principios éticos de conformidad con la Resolución 008430 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud, según la cual esta investigación es clasificada con riesgo mínimo, debido a que se emplean registros de datos a través de un instrumento que tiene que ver con la calidad del cuidado humano y puede movilizar sentimientos en la participante.

El estudio se ejecutó con la aprobación del Comité Científico de la institución de salud y el Comité de Ética de investigación en salud de la Universidad Pontificia Bolivariana. La información obtenida no fue utilizada para generar ningún tipo de juicios, ni calificación del proceso del cuidado de enfermería humanizado, ni de ningún otro proceso adelantado en la

institución de salud. La información fue salvaguardada por las investigadoras en un lugar dispuesto para tal fin, con la seguridad pertinente.

Previa autorización del Comité de Ética de la institución se dio a conocer al personal el objetivo del estudio y las actividades que se llevarían a cabo dentro del mismo. Se realizó una presentación de la investigación al total del personal de enfermería del piso 4B, en dicha presentación no se mostró el instrumento para de este modo evitar sesgos. El instrumento tiene la autorización de los autores para ser aplicado.

Para respetar los principios éticos de beneficencia – no maleficencia, respeto a la dignidad humana y justicia, se establecieron las siguientes consideraciones:

#### Beneficios:

Se esperó que la investigación generara resultados que favorecieran a la población gestante. Los resultados permitieron establecer cuáles son las percepciones de los comportamientos de cuidado humanizado en enfermería que deben mejorarse en la unidad obstétrica con mujeres embarazadas hospitalizadas por presentar patologías del embarazo y de esta forma direccionar los procesos de mejoramiento continuo de la calidad y al trato humano.

Se establecieron planes de cuidados, donde se tenga en cuenta el cuidado humanizado a la luz de los resultados de la presente investigación y se espera sean socializados con el grupo de enfermería como parte de la apropiación del conocimiento en las áreas del cuidado obstétrico.

Igualmente, la investigación contó con criterios definidos claramente para la selección de los sujetos participantes (mayor de edad, alfabetas, tener más de 48 horas de hospitalización y su gestación estar clasificada como alto riesgo obstétrico por cursar con las patologías según el perfil epidemiológico) acudiendo al principio de justicia distributiva.

#### Riesgos:

Esta investigación fue clasificada con un riesgo mínimo, debido a que la gestante respondió una encuesta que puede poner de manifiesto temas relacionados con el trato y movilizar sentimientos de malestar e insatisfacciones, en estos casos se actuará bajo parámetros de respeto, confidencialidad y profesionalismo.

No se presentó ninguna manifestación de inconformidad, disconfort o alteración en el bienestar, para lo que se tenía previsto suspender la aplicación del instrumento y el investigador permitiría que el encuestado se exprese libremente, luego, si la paciente lo autoriza, se direccionaría al jefe de enfermería de turno en el servicio y/o oficina de atención al usuario (Quejas y reclamos), para que manifesté su inconformidad.

Para garantizar que las respuestas de las gestantes fueran lo más sinceras posibles, se favoreció un ambiente de confianza y seguridad para la aplicación del instrumento, el cual fue aplicado por auto-diligenciamiento y el investigador estuvo presente en caso tal de que el participante tuviera alguna duda. El instrumento se aplicó en la unidad de obstetricia de alto riesgo obstétrico y en un horario concertado con cada participante de acuerdo con su disponibilidad y comodidad.

#### Confidencialidad:

La confidencialidad de la información en esta investigación se hizo a través de la privacidad de las pacientes y por lo tanto ningún instrumento tuvo el nombre, solo eran enumeradas, de esta forma se garantizaría la protección de la identidad de las personas. Se conservó el anonimato de la fuente de información y no se realizó ninguna revelación de actitudes personales que pudieran llevar a estigmatización, discriminación o prejuicio de la persona. Para ello los registros de la información no incluyeron nombres, ni datos personales. Los resultados sólo fueron utilizados con fines investigativos.

#### Respeto a la autonomía:

En la investigación se promovió el respeto a la autonomía, a ninguna de las personas que participó en esta investigación se le aplicó el instrumento sin su libre consentimiento, previa información clara y detallada acerca del estudio y sus propósitos.

Se elaboró el consentimiento informado, el cual se anexa y en el que se detallan las posibles molestias o riesgos que se podrían presentar, al igual que se le dio la plena confianza para exponer sus dudas e inquietudes

La participación en el estudio es de carácter voluntario, lo que significa que la gestante tuvo la libertad de decidir si participa o no, como también la libertad de retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que por ello tenga consecuencias negativas en su atención. Tampoco tendrían que dar explicación al respecto.

## 6. Resultados

### 6.1. Variables sociodemográficas y clínicas de las gestantes hospitalizadas.

El total de las personas encuestadas fueron 109. Con un promedio de edades de 28,5 años, con una edad mínima de 18 años y máxima de 41 años.

**Tabla 5** Caracterización de las gestantes hospitalizadas

<b>Variable</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	7	6,4%
Secundaria	46	42,2%
Técnica	36	33,0%
Universitaria	17	15,6%
posgrado	3	2,8%
<b>Estado Civil</b>		
Casada	24	22,0%
Soltera	19	17,4%
Unión libre	66	60,6%
<b>Estrato socioeconómico</b>		
Estrato 1	27	24,8%
Estrato 2	47	43,1%
Estrato 3	28	25,7%
Estrato 4	7	6,4%
<b>Zona de Residencia</b>		

Rural	24	22,0%
Urbana	85	78,0%

**Tabla 6** Antecedentes Ginecobstétricos

<b>Variable</b>	<b>N (109)</b>	<b>%</b>
<b>Gestaciones</b>		
Primigestante ( 1 gestación)	49	44,9%
Secundigestante ( 2 gestaciones)	40	36,7%
Multigestante embarazo (>= 3 gestaciones )	20	18,3%
<b>Semanas de Gestación</b>		
Primer trimestre (1- 12 semanas)	1	0,9%
Segundo trimestre (13-26 semanas)	27	24,8%
Tercer trimestre (27- 40 semanas)	81	74,3%
<b>Enfermedades de las gestantes durante hospitalización</b>		
Síndrome de parto pretermino (SPP)	36	33,0%
Trastornos hipertensivos asociados al embarazo	27	24,8%
Diabetes gestacional	20	18,3%
Trastornos de la hormona de la tiroides	9	8,3%
Infecciones urinarias en el embarazo	7	6,4%
Malformaciones fetales	6	5,5%
Embarazo gemelar	4	3,7%
Hiperémesis gravídica	5	4,6%

Diabética pregestacional	4	3,7%
Colestasis del embarazo	3	2,8%
Hemorragia del tercer trimestre	3	2,8%
Toxoplasmosis en el embarazo	3	2,8%
Alteraciones en el líquido amniótico; polihidramnios, anidramnios, oligoamnios	3	2,8%
Ruptura prematura de membranas	1	0,9%

**6.2. Resultados del instrumento PCHE 3ª versión, con las tres categorías planteadas para esta versión: Cualidades del hacer de enfermería, Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente y Disposición para la atención.**

Para el análisis de las respuestas del instrumento en total, se consideró el rango real del instrumento que es de 32 a 128. Al realizar una mirada global se evidenció que las participantes califican el comportamiento humanizado en un rango de 121 siempre.

**6.3. Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)**

**Tabla 7 La percepción de cuidado que tiene la gestante frente a las cualidades y valores que caracteriza al personal de enfermería.**

Ítem	Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)	Nunca		Algunas Veces		Casi siempre		Siempre		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
P1	Le hacen sentirse como una persona	0	0	3	2,8%	5	4,6	101	92,7%	109	100%
P2	Le tratan con amabilidad	0	0%	2	1,8%	6	5,50%	101	92,7%	109	100%
P6	Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted	0	0%	4	3,7%	11	10,1%	94	86,2%	109	100%

P7	El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted	0	0%	4	3,7%	8	7,3%	97	89%	109	100%
P8	Le generan confianza cuando lo (la) cuidan	0	0%	2	1,8%	12	11,00%	95	87,2%	109	100%
P15	Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado	0	0%	3	2,8%	10	9,2%	96	88,1%	109	100%
P17	Le demuestran respeto por sus creencias y valores	0	0%	3	2,8%	3	2,8%	103	94,5%	109	100%

Ahora, para el análisis de las respuestas del instrumento en la Categoría Cualidades del hacer de enfermería, el rango real es de 7 – 28. Se clasifican de acuerdo a la medida de percepción de comportamientos de cuidado humanizado en el servicio en cuanto las cualidades del quehacer del personal de enfermería. Para este caso, el resultado total fue 27 corresponde a la categoría siempre.

#### 6.4. Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona

Tabla 8 La percepción de cuidado que tiene la gestante frente a la apertura de la comunicaron de la enfermera.

Ítem	Apertura a la comunicación	Nunca		Algunas Veces		Casi siempre		Siempre		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
P4	Le miran a los ojos, cuando le hablan	0	0%	7	6,4%	20	18,3%	82	75,2%	109	100%
P5	Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes	0	0%	3	2,8%	17	15,6%	89	81,7%	109	100%
P9	Le facilitan el diálogo	0	0%	2	1,8%	23	21,1%	84	77,1%	109	100%
P10	Le explican previamente los procedimientos	0	0%	1	0,9%	6	5,5%	102	93,6%	109	100%

P11	Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas	0	0%	2	1,8%	18	16,5%	89	81,7%	109	100%
P12	Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos	0	0%	4	3,7%	11	10,1%	94	86,2%	109	100%
P14	Le dan indicaciones sobre su autocuidado -los cuidados que usted debe seguir- de manera oportuna	0	0%	4	3,7%	12	11%	93	85,3%	109	100%
P19	Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud	0	0%	1	0,9%	17	15,6%	91	83,5%	109	100%

Para el análisis de las respuestas del instrumento en la Categoría Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente, el rango real es de 8 – 32. Se clasifican de acuerdo con la medida de percepción de comportamientos de cuidado humanizado en el servicio en cuanto a la comunicación entre el paciente y el personal de enfermería, el resultado total fue de 30 que corresponde a la categoría siempre.

## 6.5. Cualidades del hacer de enfermería

**Tabla 9** Las percepciones de cuidado que tiene la gestante frente a la disposición para la atención por parte del personal de enfermería.

Ítem	Cualidades del hacer de enfermería	Nunca		Algunas Veces		Casi siempre		Siempre		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
P3	Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización	0	0%	1	0,9%	9	8,3%	99	90,8%	109	100%
P13	Le dedican el tiempo requerido para su atención	0	0%	5	4,6%	14	12,8%	90	82,6%	109	100%

P16	Le llaman por su nombre	1	0,9%	2	1,8%	13	11,9%	93	85,3%	109	100%
P18	Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)	0	0%	3	2,8%	16	14,7%	90	82,6%	109	100%
P20	Le manifiestan que están pendientes de usted	0	0%	1	0,9%	17	15,6%	91	83,5%	109	100%
P21	Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento	1	0,9%	5	4,6%	16	14,7%	87	79,8%	109	100%
P22	Responden oportunamente a su llamado	0	0%	9	8%	22	20%	78	71,6%	109	100%
P23	Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual	1	0%	7	6,4%	19	17,4%	82	75,2%	109	100%
P24	Le escuchan atentamente	0	0%	2	1,8%	11	10,1%	96	88,1%	109	100%
P25	Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo	1	0,9%	12	11%	15	13,8%	81	74,30%	109	100%
P26	Le brindan un cuidado cálido y delicado	0	0%	3	2,8%	16	14,7%	90	82,6%	109	100%
P27	Le ayudan a manejar el dolor físico	2	1,8%	10	9,2%	18	16,5%	79	72,5%	109	100%
P28	Le demuestran que son responsables con su atención	0	0%	3	2,8%	10	9,2%	96	88,1%	109	100%
P29	Le respetan sus decisiones	0	0%	2	1,8%	9	8,3%	98	89,9%	109	100%
P30	Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar	0	0%	2	1,8%	9	8,3%	98	89,9%	109	100%
P31	31. Le respetan su intimidad	0	0%	3	2,8%	8	7,3%	98	89,9%	109	100%
P32	32. Le administran a tiempo los medicamentos formulados por el médico	0	0%	1	0,9%	10	9,2%	98	89,9%	109	100%

---

Para el análisis de las respuestas del instrumento en la Categoría Disposición para la atención, el rango real es de 17 – 68. Se clasifican de acuerdo con la medida de percepción de comportamientos de cuidado humanizado en el servicio en cuanto a la comunicación entre el paciente y el personal de enfermería, el resultado total fue de 64 corresponde a la categoría casi siempre.

## **7. Discusión**

En el presente apartado se realiza la discusión de los resultados según las categorías del instrumento “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE), para posteriormente realizar un análisis global del resultado.

### **7.1. Caracterización de la población de estudio**

La población participante en el presente estudio tiene características que coinciden con el perfil de las gestantes a nivel nacional y regional. La media de edad de las gestantes en el presente estudio fue de 28,5 años (DE 6,0), ubicándolas dentro del rango de mayor tasa de fecundidad informado por el DANE en el año 2018, el cual se sitúa entre los 20 y 29 años. En Antioquia esta situación es similar en tanto que el 52,3 % de las gestantes del departamento se ubican en este rango de edad (DANE, 2018).

Con relación a la escolaridad la mayoría de las pacientes tienen secundaria completa y técnica en el 75,2%, contrario a lo reportada por Joven y Guaqueta donde la mayoría de los participantes tuvieron primaria completa (Joven Z, 2010). Con respecto al estrato socioeconómico de las

mujeres que participaron en el estudio se halló que predomina el estrato 2 con 43,1 % de las participantes, seguido del estrato 3 con 25,7 %. Estos datos guardan coherencia con los datos poblacionales del municipio de Medellín, donde la población también se ubica en estrato tres. (Tableau, 2016 ).

En el estudio de Haida Echevarría Schmidt, realizaron una correlación entre las variables sociodemográficas y la percepción, encontraron principalmente que las mujeres menores de 40 años con una hospitalización entre 2-5 días, eran variables que influían en la percepción del cuidado de los pacientes. (Echevarría, 2017).

## **7.2. Puntaje Global**

Se mostró que las pacientes hospitalizadas en el servicio de alto riesgo obstétrico perciben de manera positiva el cuidado de enfermería, en las tres categorías evaluadas a través del instrumento PCHE versión 3. Al realizar una mirada global se evidenció que las participantes califican el comportamiento humanizado en un rango de 121, siempre. Este resultado es similar al estudio de Joven y Guaqueta (2010) donde mostraron que, en la valoración global de la percepción del cuidado humanizado se obtuvo un puntaje de 123, es decir que los participantes percibieron que “siempre” recibieron un cuidado humanizado. De la misma manera, el estudio de Echevarría (2017) encontraron que, para la percepción del cuidado humanizado global, el 84% de pacientes lo calificó como excelente. En este sentido, el personal de enfermería del servicio donde se desarrolló el presente trabajo, toma en cuenta las necesidades de las gestantes para su bienestar integral, poniendo en práctica el respeto por la dignidad de la materna, el

reconocimiento de ella como un ser aportante a su condición de salud y como un individuo único que responde de manera diferente a la hospitalización.

### **7.3. Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)**

La primera categoría analizada es “Priorizar el sujeto de cuidado”, la cual describe las percepciones de las pacientes con relación a las cualidades y valores que caracterizan al personal de enfermería para facilitar que el paciente experimente sensaciones de bienestar y confianza, logrando que perciba un vínculo respetuoso en la relación del personal de enfermería y el paciente. En esta categoría, el presente estudio encontró que la mayoría de las pacientes puntuó en “siempre”, lo que demuestra que las pacientes se sienten bien atendidas dado que las tratan con amabilidad, dialogan con ellas, les hacen sentir confianza y tranquilidad, les explican todo usando un tono de voz pausado y les demuestran respeto por sus creencias y valores. De la misma manera, el estudio de Gutiérrez y Lázaro (2018) mostraron puntuaciones altas para la respuesta “siempre” especialmente para los ítems donde muestran respeto por sus creencias y valores 63% y los hacen sentir como una persona 54%. Sin embargo, este mismo estudio, mostró que solo el 21% les generó confianza cuando los cuidan y solo el 30% los tratan con amabilidad. En el estudio de Joven y Guaqueta (2010) encontraron que los enfermeros estuvieron muy atentos y brindaron las explicaciones pertinentes, además el 60% percibió como “siempre” la priorización del cuidado de enfermería y únicamente el 4% nunca percibió la priorización.

En la categoría “Priorizar el sujeto de cuidado”, el resultado total fue de 27 corresponde lo cual corresponde a la categoría de siempre, generándose como la mejor evaluada. Resultados acordes con otras investigaciones (Espinoza, 2019) (Bautista, Arias, & Carreño, 2016),

destacando el valor de la persona que se cuida como un ser único, donde prima el respeto a sus creencias, sus valores, su forma de ser y de estar en el mundo. Un estudio descriptivo transversal realizado en Bogotá a 97 mujeres en embarazo, atendidas en un hospital de alta complejidad en el servicio de ginecología que buscaba determinar las percepciones de comportamiento del cuidado humanizado de enfermería indagó este mismo aspecto obteniendo resultados similares. En dicho estudio, una de las variables mejor calificada guarda relación con priorizar el sujeto de cuidado en el 71% excelente, el 25% bueno, el 6% aceptable y el 1% deficiente. La presencia de la enfermera conecta con la experiencia de salud de las mujeres generando en ellas un cuidado integral como personas (Herrera, 2015).

Dentro de esta categoría se rescata la valorización del sujeto de cuidado como ser único, participe en la experiencia del cuidado de enfermería (Boff, 2002), generalmente, las experiencias que rodean a una mujer frente a embarazo de alto riesgo tiene un significado único que depende de la personalidad, la biografía y la participación de los individuos importantes para la persona afectada por el evento (Grande, 2005). En el presente trabajo, las pacientes percibieron que la enfermera, siempre, con el 92,7% durante la hospitalización las trataban con amabilidad, las hacían sentir como una persona y en el 94,6% de los casos las enfermeras demostraban respeto por sus creencias. De esta manera se generan experiencias para la construcción de una relación interpersonal enfermera- paciente como lo señala la teoría de cuidado humanizado (Boff, 2002).

Estudios recientes han evidenciado que la información que le brinda el personal de enfermería a la mujer durante el embarazo es determinante en la experiencia vivida durante su estado de

embarazo. Un estudio realizado en África, en el que participaron 921 mujeres durante el posparto, encontró que a la mayoría de ellas 77,5 % les explicaron los cuidados que se le iban a realizar durante la hospitalización, esto favorecía a que la mujer tuviera una experiencia positiva frente al cuidado durante su embarazo, el estudio reporta que existen cinco factores predictores de una buena experiencia durante el embarazo, entre los que se destaca una información oportuna y suficiente (OR = 1.44; IC 95 %: 1,03-2,00) (Laverde, 2000). En el presente estudio, las mujeres percibieron que dentro los comportamientos de cuidado humanizado que tuvieron las enfermeras el 88,1% de los casos siempre les explicaron los cuidados de manera oportuna y usando un tono de voz pausado y 9,2% casi siempre.

Desde una mirada cualitativa, también se han abordado las experiencias emocionales y psicológicas de las mujeres de embarazos de alto riesgo desde diferentes enfoques metodológicos y sus resultados. El estudio realizado por Isaacs y Andipatin (2020) hace una exploración de la investigación cualitativa sobre las experiencias emocionales y psicológicas del viaje de embarazo de alto riesgo de una mujer, desde 2006 a 2017, los estudios se llevaron a cabo en entornos propios de países de bajos ingresos, la revisión incluyó 17 estudios; se identificaron puntos en común con respecto la influencia negativa que tiene en la mujer la falta de apoyo emocional y psicológica durante su gestación en condición de vulnerabilidad frente a un embarazo con riesgo de su salud y riesgo de una pérdida fetal. Ellas perciben que no son escuchadas y que el personal de salud permite que miembros de la familia tomen por decisiones en su nombre. Sin embargo, los resultados del presente estudio dan cuenta de reconocimiento al sujeto cuidado a través de la amabilidad en la atención, el diálogo en la atención en la atención.

Esta categoría, permitió reconocer que enfermería debe responder a las necesidades de cuidado de sus pacientes como un ser único, copartícipe de la experiencia del cuidado, donde el paciente es el protagonista. En este sentido, se respeta, sus creencias, sus valores, sus formas de ser y sus decisiones con conocimiento, basadas en la confianza, el respeto y la dignidad humana. En apoyo a lo anterior Watson (2008) plantea que “el cuidado no es absoluto, tiene variaciones desde las creencias personales, culturales y desde la persona quien lo recibe o quien lo proporciona”, es por ello, que el profesional de enfermería puede ayudar a través del cuidado del otro, partiendo siempre desde sus necesidades.

#### **7.4. Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona**

La segunda categoría denominada “Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona”, se refiere a la percepción de cuidado que tiene la gestante frente a la apertura de la comunicación de la enfermera. El resultado total obtuvo una puntuación de 30 que corresponde a la categoría de siempre, resultado que muestra que hay una apertura del personal de enfermería desde un proceso dinámico, fundamental para el crecimiento, el cambio y la conducta, que permiten la interacción con el paciente a través de habilidades comunicativas que posibilitan la transmisión de una realidad y la interacción con la misma. Esta apertura se orienta a la escucha activa, al diálogo, a la presencia y a la comprensión de quien es cuidado. El personal de enfermería mira a los ojos cuando le hablan, dedica tiempo al paciente, promueve el diálogo, responde con seguridad y claridad a las preguntas, se presentan a los pacientes, le dan indicaciones sobre su atención, le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud. En el estudio de Gutiérrez y Lázaro (2010) encontraron que los mayores puntajes para la respuesta “siempre” fue en dar indicaciones 45%, explicar previamente los procedimientos 44% y dedicar tiempo para aclarar inquietudes 41%.

Los resultados del estudio de Joven y Guaqueta muestran que el 42 % de las pacientes "siempre" percibió una apertura a la comunicación para proporcionarle educación en salud y 24 % "casi siempre", mientras que solamente el 9 % "nunca" percibió dicha apertura.

Esta categoría evaluó la dedicación de la enfermera para entablar comunicación como punto de partida para interactuar con el paciente, brindando información necesaria, respondiendo dudas y especialmente educando. Los resultados de esta categoría son favorables frente a los comportamientos humanizados de enfermería y guardan relación con otros estudios, donde rescatan las habilidades comunicativas que brinda la enfermera, orientándose a la escucha activa, al diálogo, a la presencia y la comprensión de quien es cuidado. De igual manera, hay estudios que reflejan la deficiencia de la comunicación durante la hospitalización (Villalobos, 1994).

Un estudio descriptivo transversal realizado en México en el año 2017, con 150 pacientes quirúrgicos utilizó el instrumento de comportamiento de cuidado humanizado y en relación con la categoría apertura a la comunicación la puntuación obtenida fue favorable, los resultados indicaron que el 76,7% de los participantes percibieron que las enfermeras siempre respondían con certeza y claridad a las preguntas formuladas por las pacientes, asimismo el 73,3% dijo dan indicaciones de cuidado cada vez que se solicitan y brindan información suficiente y oportuna y el 72,7% percibió que las enfermeras les miran a los ojos cuando les hablan. Estos resultados guardan relación con los resultados de la presente investigación donde se rescatan aspectos como: la percepción del paciente frente a la explicación de los procedimientos antes de realizarlos en un 93,6%, la enfermera le indica su nombre y cargo antes de realizarle los

procedimientos siempre con 86, 2% y casi siempre 10,1% y responder con seguridad y claridad a las preguntas siempre 81,7%, y casi siempre 16,5%.

Siendo la comunicación una necesidad marcada en el paciente y su familia, el personal de enfermería debe establecer una relación de ayuda, para ello, una de las prácticas que no se debería perder es manifestar al paciente quién lo atenderá en el turno, mirar a los pacientes a los ojos, cuando le hablan, facilitar el diálogo. Una revisión narrativa y sistemática realizada en México 2015, con 58 artículos reportó que la comunicación verbal de los pacientes durante la aflicción y el padecimiento de una enfermedad puede ser difícil, por lo que las enfermeras deben tener en cuenta las formas de comunicación no verbal como la mirada, la expresión facial, y gestos favoreciendo la disposición al diálogo.

De acuerdo con los resultados, se genera un panorama en el que siempre y casi siempre el personal de enfermería les permite a las gestantes expresar sus inquietudes; es necesario trabajar en el fortalecimiento de una comunicación recíproca en la fase, en la que no solo se le brinde orientación, sino que también se le permita expresarse y ser escuchada, dando sentido a la importancia del cuidado humanizado frente el cual Jean Watson (2008) afirma que el cuidado de la enfermera es un fenómeno social universal, que resulta efectivo si se da esa relación interpersonal en la que el enfermo puede llegar a tener una mejor visión de la situación que vive; esto implica empatía, afecto y comunicación eficaz.

La apertura a la comunicación es fundamental para el cuidado de enfermería, dado que el paciente comunica sus necesidades desde el lenguaje verbal y no verbal y el enfermero lee y/o

escucha cada palabra y gesto que le permita descubrir a su paciente, para construir cuidados para él, en donde hay un crecimiento mutuo y una interacción para la adopción o mantenimiento de conductas saludables y de autocuidado. (Bermejo J. , 2014)

### **7.5. Cualidades del hacer de enfermería**

La tercera categoría es la “Disposición para la atención o cualidades del hacer de enfermería” que se refiere a la disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado, que no se limita a un acto de observar, sino que requiere una inmersión en su realidad para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo que los une en el cuidado. En el presente estudio se encontró que la mayoría de las gestantes puntuó 64 para la respuesta “siempre”. Con este puntaje se muestra que el personal de enfermería tienen interés por brindar comodidad durante su hospitalización, dedican tiempo para su atención, llaman a la paciente por su nombre, le atienden oportunamente sus necesidades básicas, le manifiestan que están pendientes de ellas, les permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento, responden oportunamente a su llamado, identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual, le escuchan atentamente, le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo. Le brindan cuidado cálido y delicado, le ayudan a manejar el dolor físico, le demuestran que son responsables con su atención, le respetan sus decisiones, le indican que cuando requiera algo le pueden llamar, le respetan su intimidad, le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico.

En el estudio de Joven y Guaqueta (2010), refieren que la puntuación mayor fue para la respuesta “casi siempre” para el 35% y “siempre” para un 27%. En la investigación de Gutiérrez

y Lázaro (2008) encontraron que la disposición para la atención lo perciben el 33% de los encuestados, cifras que son inferiores a las reportadas por el presente estudio. En esta categoría las respuestas de mayor puntaje para “siempre” fueron: le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento 79,8% y le indican que cuando requieren de algo le pueden llamar 89,9%.

Un estudio descriptivo transversal realizado en México en el año 2017, tiene unos resultados en esta categoría que coinciden con los resultados de la presente investigación. Los comportamientos percibidos como siempre fueron: 90,7% de los pacientes refirieron que el personal de enfermería les indicó que cuando requieran algo pueden llamar, el 85,3% expresaron que las enfermeras son responsables con el cuidado, y el 81,3% de ellos siempre percibió que las enfermeras “escuchan con atención”, “brindan una atención cálida y delicada” y “administran los medicamentos recetados a tiempo”.

De igual manera, el estudio realizado por Bautista y col en el 2015, coinciden con los resultados más bajos en relación a las cualidades del que hacer de enfermería en relación a la disponibilidad para la atención, la cual reporta que el 52% siempre tenían disponibilidad, el 25% casi siempre, el 18% siempre y el 6% nunca; lo que hace aún más necesaria la verificación del proceso de cuidado que brindan las enfermeras a sus pacientes.

En general, los pacientes perciben el compromiso que tiene el personal de enfermería al realizar procedimientos propios de enfermería: administración de medicamentos; permite expresar sentimientos y respetan sus decisiones. Asumiendo a la competitividad que tiene la enfermera en

habilidad, experiencia, conocimiento y juicio para responder a las demandas de las responsabilidades profesionales. En relación con el dolor durante el proceso de cuidado, es importante recurrir al paciente que presenta queja progresiva de dolor, ya que esta molestia genera que el paciente se torne molesto para la familia, la sociedad en general y necesariamente al trabajador de enfermería que tiene que atenderlo, ya que el dolor crónico expresa al mismo tiempo necesidades emocionales y fisiológicas, que se añaden al cuidado.

Los pacientes necesitan encontrar en la enfermera habilidades comunicativas como escuchar, interpretar, hablar y expresar para así, enriquecer el cuidado que brinda enfermería. Con estos aspectos manifestar la disposición que se tiene para impartir cuidado.

Los resultados de esta tercera categoría reflejan los patrones de conocimiento ético, personal, estético y empírico que caracterizan un cuidado de enfermería experto, reflexivo y crítico, así como lo expresa el estudio de Joven y Guaqueta (2010), el personal de enfermería requiere tener una amplia base de conocimientos, elementos y datos necesarios para comprender una situación, debe tener un conocimiento de sí mismo, que reconocer quién es y quién puede llegar a ser, debe tener claro lo que debe ser y lo que se debe hacer ante diversas situaciones y el fin último, es llegar a comprender la totalidad de la situación de enfermería, sus relaciones, y de forma artística crear abordajes de cuidado únicos.

## 8. Conclusiones

Los resultados de percepción de comportamientos respecto al cuidado humanizado por enfermería en la institución son satisfactorios, encontrándose una mejor percepción en relación a priorizar al ser de cuidado, dar apoyo emocional, las características personales y cualidades del hacer. Solo se presentó una percepción disminuida en relación a la disposición para la atención. Por ello, se hace necesario analizar y estudiar qué circunstancias impiden que haya una empatía y disponibilidad por parte de las enfermeras y establecer un plan de atención para la mejora de estas acciones en pro de otorgar un excelente cuidado humanizado.

La priorización del sujeto de cuidado es reconocida por las gestantes mediante las cualidades y valores que caracterizan al personal de enfermería durante el proceso de la hospitalización. La experiencia positiva frente a ellas depende de diversos elementos entre los que se destaca una adecuada información, demostrarle respeto por sus creencias y valores, hacerla sentir como persona y ayudarla a tranquilizarse, además de ayudarla a tranquilizarse, además de la resolución de sus necesidades frente al confort y la comodidad.

La categoría apertura a la comunicación se caracteriza porque en general se le da una adecuada información a la paciente, la cual se ofrece de manera clara y comprensible. Sin embargo, se identificó que es un proceso unidireccional, en el que es necesario fortalecer el reconocimiento de la gestante en su individualidad, mediante acciones concretas como identificarla por su nombre, y la escucha activa de sus expectativas y deseos frente a la

maternidad. La paciente necesita información y toda la ayuda para comprender y planificar el uso de los servicios que pueda prestarle el personal de enfermería.

En la categoría cualidades del hacer de la enfermera, que implica la participación del personal de enfermería para ayudar a la gestante a satisfacer sus necesidades, la percepción de estas es predominantemente positiva. Las madres identificaron que el personal de enfermería estaba interesado en ayudarles con sus necesidades y en ofrecerles medidas de confort y comodidad durante el trabajo de parto. En esta fase también se identificó que, en general, las madres experimentan diversos sentimientos y que un desafío importante para el personal de enfermería es lograr comprenderlos, para lo cual es necesario indagar acerca de lo que está experimentando la madre durante su proceso de hospitalización. El reconocimiento y la identificación de estas emociones y sentimientos permite favorecer la relación entre el personal de enfermería y la gestante.

## 9. Recomendaciones

### **Para la disciplina**

- Abordar el cuidado de las mujeres en alto riesgo obstétrico desde diversas posibilidades teóricas de la disciplina, con el fin de lograr una mejor comprensión de los múltiples fenómenos que rodean el proceso del embarazo. Para el caso de la teoría del cuidado humanizado, se rescata al ser humano y sus emociones, por lo que resulta pertinente como guía para la descripción y la elaboración del marco de análisis sobre la relación de las gestantes y el personal de enfermería.
- Llevar a cabo procesos investigativos desde diversos paradigmas para ampliar la comprensión de la relación entre el personal de enfermería y la gestante en un estado de vulnerabilidad

### **Para la profesión**

- Incrementar las posibilidades de una orientación inicial a las gestantes de manera completa y cercana, en la que se promueva la escucha activa y el reconocimiento de la individualidad de la gestante, llamándola por su nombre y considerando sus necesidades individuales y familiares.
- Fortalecer los procesos de orientación e información a la gestante dándole indicaciones sobre su autocuidado y las condiciones del cuidado durante el embarazo, generando en el personal de enfermería conciencia sensibilidad frente al atención de una mujer que tiene riesgo de tener complicaciones incluso de perder a su hijo

**Para la institución**

- Generar una propuesta educativa para mejorar la calidad de la atención del parto desde el componente humano, fortaleciendo aspectos relacionados con la comunicación, la orientación y el confort durante el mismo.
- Considerar las medidas de confort durante el cuidado como una estrategia relacional que mejora la experiencia que tiene la mujer ante una gestación de riesgo. De manera concreta se debe protocolizar los cuidados orientados a evitar a las pacientes comodidad durante la atención

## 10. Bibliografía

- Alligood, M., & Tomey, A. (2014). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier España.
- Álvarez, C., & García, J. (2011). *El Cuidado En Enfermería, Perspectiva Fenomenológica*. Rev Hacia Promoc Salud, 16(2):175-89.
- Ariza, c. (2004). *satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardiaco*. medwave.; *Medellín*, 4(2). Obtenido de <http://www.medwave.cl/enfermería/mar2004/1.act>
- Bacak, S., Callaghan, W., Dietz, P., & Crouse, C. (2005). *Pregnancy-associated hospitalizations in the United States, 1999-2000*. . American Journal Of Obstetrics And Gynecology, 192(2), 592-597. doi: 10.1016/j.ajog.2004.10.638.
- Báez, F., Nava, V., Ramos, L., & Medina, O. (2009 ). *El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería*. Obtenido de Aquichan: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/147>
- Bautista, L., Arias, M., & Carreño, Z. (2016). *Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional*. Rev Cuid .
- Bermejo, J. (2014). *Centro de Humanización de la Salud. Humanizar la asistencia sanitaria: aproximación al concepto*.
- Bermejo, J., & Muñoz, C. (2014). *Humanizar la gestión de la calidad: reflexiones desde el Centro San Camilo. Tres Cantos; Maliaño, Cantabria: Centro de Humanización de la Salud (Religiosos Camilos)*. Terrae, Sal.
- Boff, L. (2002). *El Cuidado esencial: ética de lo humano, compasión por la Tierra*. Madrid: Trotta.

- Clauson, M. (1996). *Uncertainty and Stress in Women Hospitalized with High-Risk Pregnancy*. .  
Clinical Nursing Research, 5(3), 309-325. doi: 10.1177/105477389600500306.
- Collière, M.-F. (1998). *Promouvoir la vie*. Elsevier Masson.
- Conde, A., Belizán, J., & Lammers, C. (2005). *Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study*. American Journal Of Obstetrics And Gynecology, 192(2), 342-349. doi: 10.1016/j.a.
- Coulon, L. (1996). *The pursuit of excellence in nursing care: What does it mean*. Journal of Advanced Nursing, 817-826., 24.
- Cronin, & Harrison. (1988 ). En: SNYDER, Mariah, *Measuring Intervention Outcomes: Impact of Nurse Characteristics* International Journal for Human Caring 2000. 38.
- DAES. (2015). *Agenda de Desarrollo* . Obtenido de Organización de las Naciones Unidas Departamento de Asuntos Económicos y Sociales:  
<http://www.un.org/es/development/desa/development-beyond-2015.html>
- DANE. (2018). *DANE: información estratégica Bogotá*. Obtenido de Departamento Administrativo Nacional de Estadística: <http://www.dane.gov.co/>
- De la Cuesta, B. C. (2007). *El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades*. Investig Educ En Enferm, 25(1):106-12.
- Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2005-2015). *Mortalidad Infantil y Materna en Antioquia por subregión/municipio 2005 – 2020*. Disponible en;  
<https://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/mortalidad/item/82%20mortalidad-infantil-y-materna-por-subregion-municipio-2005-2015>
- Donahue, M. (1993). *Historia de la enfermera'*. Barcelona: Doyma.

- Echevarría, H. (2017). *Percepción del paciente sobre calidad del cuidado humanizado brindado por la enfermera en una clínica-Lima*. . Revista Peruana de Salud Pública y Comunitaria. Cuid salud,, 3(1):239-248.
- Espinoza, S. (2019). *Percepción sobre cuidado humanizado de enfermería en pacientes atendidos en hospitales nacionales de Lima Norte*.
- Fernández, J. (1996). *Ética y legislación en enfermería*. Madrid: Editorial Universitas, S.a.
- Gaut, D. (1983). *Development of A Theoretically Adequate Description of Caring*. . Western Journal Of Nursing Research, 5(4), 313-324. doi: 10.1177/019394598300500405.
- González, O. (2015). *Validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión"*. Aquichán.
- Grande, L. (2005). *La Ética del Cuidado como modelo de la ética enfermera*. Metas Enferm. Grupo de cuidado. (2000). *avances conceptuales del grupo de cuidado. en dimensiones de cuidado, facultad de enfermería*. Bogotá: unibiblos.
- Herrera, J. (2015). *Percepciones de las gestantes en torno al cuidado humanizado por enfermería*. . Rev. cienc.
- Higuera, J. (1999). *Salir de la noche: Por una enfermería humanizada*. . Santander: Editorial SAL TERRAE.
- Horner, S. (2005). *Información sobre la validez y confiabilidad del instrumento de Comportamiento de cuidado profesional*. . University of Texas at Austin. School of Nursing.
- Joven Z, G. P. (2010). *Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería*. Av Enferm. 37(1):65-74. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1>.

- Laverde, M. (2000). Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. En: Cuidado y práctica de enfermería. *Obtenido de Universidad Nacional de Colombia: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1209566>*
- Lazarus, R. S. (1993). *Why we should think of stress as a subset of emotion*. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (p. 21–39). Free Press.
- Leichtentritt, R., Blumenthal, N., Elyassi, A., & Rotmensch, S. (2005). *High-Risk Pregnancy and Hospitalization: The Women's Voices*. . *Health & Social Work*, 30(1), 39-47. doi: 10.1093/hsw/30.1.39.
- Muñoz, J.-C. (2014). *Humanizar la gestión de calidad. Edición: 1. Tres Cantos; Maliaño. Cantabria: SAL TERRAE.*
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015: estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas* . Obtenido de OMS: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>
- Pérez, a. c., Alameda, c. a., & Albéniz, l. c. (2002). la formación práctica en enfermería en la escuela universitaria de enfermería de la comunidad de madrid. opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. *revista española de salud pública*.
- Poblete, M., & Valenzuela, S. (2007). *Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios*. *Acta Paul Enferm.* 20(4): 499-503.
- Rivera, L., Triana, Á., & Espitia, S. (2011 ). *Percepción del cuidado humanizado de enfermería (PCHE) 2ª. Versión*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

- Rodríguez, G. M. (2016). *Hacia la humanización en salud*. . ARS MEDICA Rev Cienc Médicas.
- Rodríguez, L., & Vásquez, M. (2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. . *Colomb Médica*, 38 Sup 2(4):98-104.
- Sánchez, F. (2021). *Diccionario de la Lengua Española*. La Real Academia Española.
- Tableau. (2016 ). *Encuesta de calidad Medellín: 2015-2016* . Obtenido de [https://public.tableau.com/views/ECV2015-2016Mapav2/Story1?:embed=y&:display\\_count=yes&:showVizHome=no#3](https://public.tableau.com/views/ECV2015-2016Mapav2/Story1?:embed=y&:display_count=yes&:showVizHome=no#3)
- Torralba, R. F. (1998). *antropología del cuidar*. Institut Borja de bioética. España: fundación Mapfre medicina.
- Victora, C., Aquino, E., Monteiro, C., Barros, F., & Szwarcwald, C. (2011). *aúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios*. Obtenido de <http://dms.ufpel.edu.br/ares/handle/123456789/279>
- Villalobos, M. (1994). El cuidado: pilar fundamental de enfermería. . *Av En Enferm.*, 12(1):16-23. .
- Watson, J. (2009). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. New York: Springer Publishing Company.
- Watsonm, J. (2008). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Rev. ed. Boulder, Colo: University Press of Colorado.
- Wolf, Z., & Coloaban, M. (1998). Relación entre el cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente. *MEDSURG Nursing*, Vol. 7, No. 2.

## 11. Anexos

**Anexo 1.** Autorización para el uso del instrumento percepciones de las gestantes del comportamiento humanizado del personal de enfermería (PCHE).

### ACUERDO DE RECEPCIÓN Y USO DEL INSTRUMENTO: "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"

Con el presente acuerdo las(os) receptoras(es) del INSTRUMENTO: "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN"

Reciben autorización para su uso en la investigación: Percepción de las gestantes del comportamiento humanizado del personal de enfermería por parte de los autores del mismo de acuerdo con los parámetros abajo pactados:

1. El Instrumento: "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE- 3ª versión-", es el producto del proceso de validación facial y de contenido del Instrumento: "Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE - 1ª y 2ª versión -", de autoría de la enfermera Luz Nelly Rivera y el enfermero Álvaro Triana, a partir de una investigación en la Clínica del Country, Bogotá – Colombia, en 2005. La adaptación, validez y medición de la confiabilidad del Instrumento PCHE en su tercera Versión fue desarrollada en el marco de la tesis de maestría, por el enfermero Oscar Javier González Hernández, en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en 2013.

2. Las(os) receptoras(es) del instrumento: docente(s), estudiantes y/o enfermeras(os): Jucy Heira Injilla Izquierdo ya, Claudia Patricia Henao Lopez, Dora Isabel Giraldo Montoya se comprometen a citar el origen y recorrido del Instrumento "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN" en cualquier informe, publicación o evento en el que se utilice.

3. Los autores del instrumento PCHE 3ª. Versión, una vez revisado el anteproyecto del presente estudio, estiman la viabilidad, coherencia y pertinencia del instrumento con los objetivos y metodología del estudio. En consecuencia, se autoriza su aplicación. Como también se garantiza el principio de confidencialidad delante del anteproyecto enviado.

4. El Instrumento: "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN", es cedido con el propósito académico e investigativo, y excluye cualquier uso comercial.

5. El Instrumento "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN", debe presentarse y aplicarse estrictamente acogiendo su formato (sin ningún logo o distintivo de alguna institución, mencionando los autores, el instructivo de aplicación y manteniendo el orden de los

ítems y la pregunta abierta). Y en la eventualidad de que se precise una modificación en cuanto a nombre, a la semántica de los ítems, a forma y contenido del instrumento "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN", debe ser conocido y autorizado por los autores del instrumento, de manera previa a la aplicación del mismo.

6. El instrumento "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN", no podrá ser reproducido ni presentado en los trabajos académicos resultantes de la investigación (entiéndase como artículos, libros, capítulos de libros, ponencias), excepto en las tesis de grado. En caso de precisar su utilización, los(as) posibles investigadores han de dirigirse a los autores del instrumento.

7. Los resultados del uso del instrumento: "PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA PCHE 3ª VERSIÓN", serán entregados de forma escrita y detallada en un documento en pdf, al finalizar la investigación.

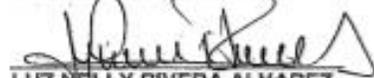
*Percepción de las gestantes del comportamiento humanizado del personal de enfermería en una institución privada de salud en Medellín.* a los autores del instrumento.

8. Se solicita que todos los(as) investigadores (entiéndase por director(a) de tesis, estudiantes y/o enfermeras/os) firmen el presente acuerdo, teniendo en cuenta que éste compromete ética y legalmente a las partes.

Dado en Bogotá D.C., el Dic. 12 de 2017

Firman en conformidad:

*En calidad de autores:*



**LUZ NELLY RIVERA ALVAREZ**

Enfermera. Mg en Enfermería. PhD en Educación y Sociedad.

**From:** Luz Nelly Rivera Alvarez <lnriveraa@unal.edu.co>

**Sent:** Thursday, December 14, 2017 11:52:13 AM

**To:** Lucy Neira Trujillo Bedoya

**Cc:** alvaro triana; Alvaro Triana

**Subject:** Fwd: scanner

Estimada Lucy,

Atentamente remito el acuerdo debidamente firmado, junto con el instrumento PCHE en su 3a versión y las categorías del mismo.

Cordial saludo,

**Luz Nelly Rivera Alvarez**

*Enfermera, Mg, PhD en Educación*

*Profesora asociada*

*Facultad de Enfermería*

*Universidad Nacional de Colombia*

*Tel (+571) 3165000 ext 17011/17081*

**Anexo 2.** Autorización del Comité de ética de la clínica privada de tercer nivel de atención,  
Medellín



Medellín, Noviembre 27 de 2017

Enfermera (s)  
**CLAUDIA PATRICIA HENAO**  
**LUCY NEIRA TRUJILLO**  
Investigadores

**Proyecto: PERCEPCIÓN DE LAS GESTANTES DEL COMPORTAMIENTO HUMANIZADO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD PRIVADA DE MEDELLÍN.**

La presente comunicación tiene por objetivo informarle que el Comité de Ética de Investigación en Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana, reunido el día 27 de Noviembre de 2017 y según consta en el acta N° 13, evaluó el proyecto de referencia y ha decidido otorgarle el aval ético correspondiente.

Los miembros del Comité se ponen a su disposición para resolver cualquier inquietud de tipo ético que surja durante la ejecución de la investigación. De igual manera, le recuerda que toda modificación que se le haga al proyecto debe ser sometida a nueva consideración del Comité.

Para finalizar, es importante que tenga en cuenta que el Comité, en el cumplimiento de sus funciones, podrá solicitar informes de seguimiento o realizar visitas de auditoría que permitan verificar que todo se esté llevando a cabo adecuadamente desde el punto de vista ético.

Se anexa a la presente comunicación el formato de consentimiento informado aprobado con el sello respectivo del Comité.

Atentamente

  
**Rbro. Dr. Guillermo Zuñeta Salas**  
Presidente



  
**Mg Gloria Ángel Jiménez**  
Secretaria

**Anexo 3. Consentimiento informado****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha de diligenciamiento: Día: \_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_ Año: \_\_\_\_

Investigación: percepciones de las gestantes del comportamiento humanizado del personal de enfermería en una institución de salud privada de Medellín, 2017

Investigadoras: Claudia Patricia Henao, Enfermera, estudiante de Maestría en Educación y desarrollo humano. (CINDE)

A usted señora \_\_\_\_\_ le estamos invitando a participar en una investigación que se realizará en la Clínica Universitaria Bolivariana y esperamos que usted nos pueda responder a una serie de preguntas que realizaremos en esta encuesta, la cual se encuentra diseñada para evaluar su percepción acerca del comportamiento humanizado del personal de enfermería que la atiende en su estancia en la unidad de obstetricia, es así como nos permitimos dirigirnos a usted con el propósito de solicitar su colaboración, con la plena seguridad de que su opinión será de gran utilidad para que podamos mejorar la atención humanizada por parte del personal de enfermería.

A continuación, se le dará toda la información al respecto y después de entender el estudio y decidir voluntariamente participar, se le pedirá que firme este consentimiento. Siéntase en total libertad y confianza para realizar todas las preguntas que desee y siempre estaremos dispuestos a responderle en cualquier momento. Es de gran importancia que todo quede claro para usted.

### Objetivo - Justificación:

El objetivo es describir las percepciones de las gestantes del comportamiento humanizado del personal de enfermería en alto riesgo obstétrico, mediante la aplicación del instrumento “percepciones de las gestantes del comportamiento humanizado del personal de enfermería” (PCHE) Con estos resultados pretendemos sugerir correcciones y acciones que mejoren el cuidado directo de las enfermeras a la paciente de alto riesgo obstétrico.

### Procedimiento:

Luego de firmar el consentimiento informado y para lograr el objetivo de la investigación, usted responderá una encuesta que contiene preguntas demográficas y obstétricas como: Edad, estado civil, escolaridad, estrato socioeconómico, edad gestacional, paridad, cesáreas y abortos ,orientadas por las investigadoras, Posteriormente se le aplicará una encuesta , usted responderá de manera autónoma e individual una escala de medición sobre la percepción que tiene de la enfermera de los siguientes aspectos: Las cualidades y valores que caracteriza al personal de enfermería, la apertura de la comunicación de la enfermera y la disposición para la atención por parte del personal de enfermería.

La duración de la encuesta demográfica y de la escala PCHE puede oscilar entre 3 a 5 minutos. La encuesta y la escala se realizará en el cuarto piso de alto riesgo obstétrico de la Clínica Universitaria Bolivariana, propiciándole un ambiente en el cual se sienta tranquilo, en confianza, y con privacidad.

### Participación voluntaria

La participación en el estudio es de carácter voluntario, lo cual significa que usted tiene la libertad de decidir si participa o no, como también la libertad de retirarse de la investigación en

cualquier momento, sin que por ello tenga consecuencias negativas en su atención. Tampoco tiene que dar explicación al respecto.

### Beneficios

Los resultados de la investigación podrán llegar a beneficiar a futuro a las pacientes que se encuentran hospitalizadas en alto riesgo obstétrico con enfermedades similares a la suya, pues le mostrará al personal de enfermería que es importante atender las necesidades integrales de los pacientes, entre ellas, el trato humanizado y la comunicación con el paciente.

### Posibles molestias o riesgos

El presente estudio es considerado como una investigación de riesgo mínimo debido a que moviliza temas relacionados con el trato que usted percibe del personal de enfermería y podría detonar sentimientos de malestar e insatisfacciones, no obstante, es importante tener en cuenta que se actuará con todo el respeto y profesionalismo en cada caso.

De acuerdo con lo anterior es posible que algunas preguntas lo confronten con el trato que ha recibido por parte de enfermería y pueda sentirse incómoda; si esto ocurre, usted puede dejar de responder o suspender la entrevista si así lo desea.

También puede llegar a ocurrir un evento de sensibilidad emocional, tener alguna inquietud o recordar algún evento en el cual se haya sentido vulnerada. En este caso, las enfermeras investigadoras la escucharán, le brindarán el apoyo que requiere en su momento con todo el profesionalismo y si es su voluntad la direccionarán hacia los entes encargados de resolver la

insatisfacción presentada. Esto bajo total confidencialidad y con la seguridad que no tendrá ninguna repercusión en la atención que se le está brindando. Debe tener en cuenta que si esto ocurre también podrá suspender su participación.

#### Confidencialidad

Es importante que tenga en cuenta que todos los datos obtenidos se manejarán con toda la confidencialidad del caso. Se mantendrá la confidencialidad relacionada con la información proporcionada, teniendo en cuenta su privacidad y anonimato. Se le garantizará que su nombre no aparecerá en ningún documento escrito que se genere de esta investigación. El instrumento es anónimo, los resultados son consolidados (no individuales), Las encuestas quedarán bajo la custodia de los investigadores, mientras dure la investigación, luego serán destruidos.

#### La custodia de la información:

Esta información será guardada en un archivo en Word, con una clave que solo conocerán las investigadoras y su asesora, durante el tiempo que dure la investigación.

#### Costos

La participación en este estudio no generará ninguna bonificación para usted. Como tampoco generara ningún costo para usted.

#### Persona a contactar

Si usted presenta alguna duda o pregunta puede llegar a contactar a la investigadora de este estudio, la enfermera, Claudia Patricia Henao López; escribir al correo [claudia.henao@upb.edu.co](mailto:claudia.henao@upb.edu.co) o llamar al teléfono 300 6037248

Declaración de Consentimiento Informado:

Confirmando que se me ha explicado el objetivo y propósito de esta investigación, que se me ha permitido hacer preguntas y se me han brindado las respuestas con las cuales he quedado satisfecha, que a continuación firmo de manera libre y voluntaria.

Por lo tanto, acepto participar, firmando a continuación como constancia de mi decisión.

Nombre, firma y documento de identidad del encuestado:

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

# de cédula \_\_\_\_\_

Nombre, firma y documento de identidad del testigo #1

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

# de cédula \_\_\_\_\_

Nombre, firma y documento de identidad del testigo #2

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

# de cédula \_\_\_\_\_

Investigador: Confirmando que he brindado información y explicación sobre este estudio y del presente consentimiento informado, he respondido preguntas y aclarado dudas al participante respetando su libertad y sin ejercer presión de ningún tipo.

Nombre, firma y documento de identidad del Investigador a cargo

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

# de cédula \_\_\_\_\_

**Anexo 4.** Operacionalización de las variables: Variables demográficas y obstétricas

¿Cómo perciben las gestantes de alto riesgo obstétrico el comportamiento humanizado del personal de enfermería en una unidad de hospitalización materno infantil?				
SUJETOS DE ESTUDIO: Gestantes hospitalizadas, con embarazo de alto riesgo obstétrico				
NOMBRE VARIABLE	DEFINICION	NATURALE ZA	MEDICI ON	VALORES
VARIABLES DEMOGRÁFICAS				
Edad	En años cumplidos	Cuantitativo	Razón	Numero años cumplidos
Escolaridad	Nivel de estudio de los padres	Cualitativo	Ordinal	1= analfabeta 2= primaria 3= secundaria 4= universitario 5= posgrado
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes	Cualitativo	Ordinal	1=Casada 2= Soltera 3= Unión libre

	del matrimonio			
Estrato socioeconómico	Según clasificación en cuenta de servicios públicos	Cuantitativo	Ordinal	Estrato 1=1 Estrato 2=2 Estrato 3=3 Estrato 4=4 Estrato 5=5 Estrato 6=6
Residencia actual	Zona de residencia actual	Cualitativo	Nominal	1= urbana 2= rural
<b>VARIABLES RELACIONADAS CON ANTECEDENTES GINECOBSTÉTICOS</b>				
Gestaciones	Estado de la mujer que lleva en el útero un embrión o un feto.	Cualitativo	Ordinal	1= Primigestante. 2= Secundigestante. 3= Multigestante embarazo (>= 3 gestaciones ).
Partos (cesárea o parto vaginal)	Es la culminación del embarazo humano hasta el período de la salida del bebé del útero.	Cualitativo	Ordinal	1= Sin parto. 2=1 3=2 4=3 5=4 6=5 7=6
Aborto	Interrupción	Cualitativo	Ordinal	1=Sin aborto.

	voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno.			2=1 3=2 4=3
Embarazos Ectópicos	Cuando el embarazo se desarrolla fuera de tu útero	Cualitativo	Ordinal	1= Sin ectópico. 2= 1

**Anexo 5.** Instrumento percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería (PCHE) clinicountry – 3ª versión, adjunto de la Enfermera Luz Nelly Rivera Álvarez

<b>ITEM</b>	<b>SIEMP RE</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>ALGUN AS VECES</b>	<b>NUN CA</b>
1. Le hacen sentir como una persona				
2. Le tratan con amabilidad				
3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización				
4. Le miran a los ojos, cuando le hablan				
5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes				
6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted				
7. El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted				
8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan				
9. Le facilitan el diálogo				
10. Le explican previamente los procedimientos				
11. Le responden con seguridad y				

claridad a sus preguntas				
12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos				
13. Le dedican el tiempo requerido para su atención				
14. Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud				
15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado				
16. Le llaman por su nombre				
17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores				
18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)				
19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud				
20. Le manifiestan que están pendientes de usted				
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y				

tratamiento				
22. Responden oportunamente a su llamado				
23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual				
24. Le escuchan atentamente				
25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo				
26. Le brindan un cuidado cálido y delicado				
27. Le ayudan a manejar su dolor físico				
28. Le demuestran que son responsables con su atención				
29. Le respetan sus decisiones				
30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar				
31. Le respetan su intimidad				
32. Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico				

**Anexo 6.** Definición de categorías del instrumento percepción del cuidado humanizado enfermería (PCHE) clinicountry – 3ª versión, adjunto de la Enfermera Luz Nelly Rivera Álvarez.

2015

<p>Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)</p>	<p>Está categoría rescata la valorización del sujeto de cuidado como ser único, copartícipe en la experiencia del cuidado de enfermería, donde prima el respeto por su subjetividad, es decir, un respeto a sus creencias, sus valores, su lenguaje, sus formas de ser/estar en el mundo y sus decisiones. El cuidado de enfermería se destaca por construir relaciones intersubjetivas (y terapéuticas) entre enfermera/o y sujeto de cuidado (paciente) soportadas en la confianza, el respeto y la presencia auténtica. Esta presencia de la/el enfermera/o, cuya intencionalidad es conocer y conectar con la experiencia de salud del otro (Boykin &amp; Schoenhofer, 1993; Newman,</p>	1. Le hacen sentirse como una persona
		2. Le tratan con amabilidad
		6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted
		7. El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted
		8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan
		15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado
17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores		

	Sime & Corcoran, 1991), e involucra un «estar ahí», y una preocupación inefable por el otro como persona, que genera en ésta sentirse cuidado en su integridad como persona	
Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona	Esta categoría se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado (enfermera/o) para construir una relación dialéctica (dialógica) entre enfermera/o y sujeto de cuidado (paciente), fundamental para el crecimiento mutuo, la adopción y/o mantenimiento de conductas saludables y de autocuidado. Esta apertura se orienta por cualidades como: la mirada atenta, la escucha activa, el dialogo y la adopción de actitudes como la proactividad y la de estar en disposición para el Cuidado del Otro. Reflejado en	4. Le miran a los ojos, cuando le hablan
		5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes
		9. Le facilitan el diálogo
		10. Le explican previamente los procedimientos
		11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas
		12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos
		14. Le dan indicaciones sobre su autocuidado -los cuidados que usted debe seguir-, de manera oportuna
19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda		

	<p>acciones como: proporcionar información oportuna, clara y suficiente acerca de su situación de salud para puedan tomar decisiones que promuevan el cuidado delante de ésta, responder preguntas en un lenguaje comprensible, explicar los procedimientos, y proporcionar orientaciones promotoras de salud.</p>	<p>tomar decisiones sobre su situación de salud</p>
<p>Cualidades del hacer de enfermería</p>	<p>Esta categoría refleja los patrones de conocimiento ético, personal, estético y empírico (Carper, 1978) que caracterizan un Cuidado de Enfermería experto, reflexivo y crítico. Comprende acciones de cuidado, en primer lugar, encaminadas a proporcionar soporte físico y a preservar la dignidad del otro (Watson), como son: la respuesta</p>	<p>3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización</p> <p>13. Le dedican el tiempo requerido para su atención</p> <p>16. Le llaman por su nombre</p> <p>18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)</p> <p>20. Le manifiestan que están pendientes de usted</p>

<p>oportuna al llamado, la identificación de las necesidades de tipo físico, psico emocional y espiritual de la persona, el manejo del dolor, la comodidad física de la persona, la administración del tratamiento a tiempo. En segundo lugar, acciones dirigidas hacia el apoyo emocional, tales como: la comprensión, la empatía, la presencia y escucha activa durante la expresión de sentimientos, la preocupación por el estado emocional del Otro, el cuidado por su intimidad y la responsabilidad hacia el Otro.</p>	21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento
	22. Responden oportunamente a su llamado
	23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual
	24. Le escuchan atentamente
	25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo
	26. Le brindan un cuidado cálido y delicado
	27. Le ayudan a manejar el dolor físico
	28. Le demuestran que son responsables con su atención
	29. Le respetan sus decisiones
	30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar
	31. Le respetan su intimidad

		32. Le administran a tiempo los medicamentos formulados por el médico
--	--	---