



2020 - "Año del General Manuel Belgrano"

Carrera de Licenciatura en Enfermería  
Asignatura: Taller de Trabajo Final 2020

Proyecto de Investigación

## **Cuidado humanizado de enfermería en la rehabilitación del Ictus**

(Estudio descriptivo transversal a realizar con pacientes del Servicio de Neurología del Hospital Córdoba de Alta Complejidad, ciudad de Córdoba Capital, en Octubre y Noviembre del año 2021)

**Asesora Metodológica:** Prof. Esp. Diaz, Estela

**Prof. Adscripta:** Lic. Leguizamón, Valeria

**Autor:** Gounagno, Sonia Viviana 18017387



**Datos de la autora:** mi nombre es Sonia Viviana Gounagno, nací en la Capital de la provincia de Córdoba, el 17 de Junio del año 1966. Complete mis estudios secundarios en el Bachillerato Acelerado para Adultos, del Instituto Domingo Faustino Sarmiento de esta provincia, en el ciclo del año 2015. Cursando luego la carrera de Enfermería en la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), desde el año 2016 hasta el 2018. En la actualidad, curso la carrera de Licenciatura en Enfermería en la misma institución.

**Agradecimientos:** mi sincero agradecimiento a quienes aportaron conocimientos y dedicación, en todo el proceso de mi aprendizaje. A mis padres, que hicieron posible que llegue hasta aquí. A mis hijos, razón de todo mi esfuerzo. A mi compañero de vida, que me apoyó incondicionalmente. A todos los que de una u otra manera, me alentaron en esta empresa. Y a Dios, que me acompaña en todo momento.

## INDICE

### CAPÍTULO I: El Problema de Investigación

Prólogo.....	1
Planteo y definición del problema .....	3
Justificación.....	18
Marco teórico .....	21
Objetivos.....	34

### CAPÍTULO II: Diseño Metodológico

Tipo de estudio.....	35
Operacionalización de la variable.....	36
Población y Muestra.....	38
Técnica e Instrumento de recolección de datos.....	39
Planes.....	40
Cronograma de Actividades y Presupuesto.....	46

### SECCIÓN ANEXO

Prueba Piloto.....	55
Notas de Autorización.....	64
Consentimiento Informado.....	65
Instrumento para la recolección de datos.....	66

## **PROLOGO**

Con este estudio se pretende determinar, la opinión respecto del cuidado humanizado que reciben por parte del personal de enfermería de Servicio de Neurología del Hospital Córdoba de Alta Complejidad, de la ciudad del mismo nombre, los pacientes que han sufrido un episodio de Ictus, para así valorar, el nivel de humanización del servicio, y mejorar la calidad de la asistencia sanitaria en la medida de lo posible.

El mismo está basado en una revisión documental, utilizando principalmente libros, textos, artículos y folletos en bases de datos Scielo, Lilacs, Pubmed, donde fueron seleccionados materiales de interés, que abordaron la teoría del cuidado de Watson, la cual sustenta la necesidad de integrar sus preceptos teóricos en las diferentes esferas del quehacer enfermero, gestión, asistencia, formación, docencia e investigación en situación de rehabilitación, realizándose una clasificación preliminar de los documentos obtenidos sobre la base de su contenido, considerando la información más sobresaliente en el tema. Fue revisada adicionalmente otra fuente bibliográfica que incluyo Google.

El siguiente proyecto de investigación, es un estudio con enfoque cuantitativo, del tipo descriptivo y de carácter transversal, que se aplicará sobre una muestra de pacientes que han sufrido un episodio de Ictus, y que han sido ingresados al servicio de Neurología del Hospital Córdoba de Alta Complejidad, en la República Argentina, durante los meses de Octubre y Noviembre del año 2021, con el objetivo de determinar su opinión acerca del cuidado humanizado brindado por el sector de enfermería de este nosocomio.

El desarrollo del mismo se organiza en dos capítulos:

Capítulo I: El Problema, incluye la descripción de la problemática planteada, la justificación y mediante la búsqueda de información el marco teórico donde se desarrollará las bases teóricas que sustentan la investigación como así también la definición conceptual de la variable en estudio, del cual se desprenderán los objetivos del mismo.

Capítulo II: Diseño Metodológico, describe la metodología que se empleará para el desarrollo del mismo, el tipo de estudio, la técnica e instrumento a utilizar, la operacionalización de la variable en estudio y las etapas de recolección, procesamiento, presentación y análisis de la información a recopilar.

Además, se encuentran disponibles las referencias bibliográficas consultadas y los anexos que sirven de respaldo al presente proyecto de investigación.

**Palabras claves: Humanización. Cuidado humanizado. Opinión. Ictus. Rehabilitación.**

## **CAPÍTULO I : El problema de investigación**

### **1. PLANTEO Y DEFINICION DEL PROBLEMA**

#### **CONTEXTUALIZACION TEMATICA**

Al desempeñar el cuidado se establece una relación enfermera-usuario, generando afecto, preocupación y responsabilidades de ambos. Este cuidado descubre lo humano, hace aflorar valores, principios, por lo que puede decirse que el cuidado profesional es sinónimo del cuidado humanizado. (Hinostroza, 2014)

Humanización no es tanto un proceso de estructuras y mecanismos, es más de actitudes. En una organización humanizada existe un compromiso personal y colectivo por humanizar la realidad, las relaciones, las conductas, el entorno y uno mismo, especialmente cuando tomamos conciencia de la vulnerabilidad ajena y de la necesidad de ayuda de los pacientes. Como expresa (Durán M, 2001) citado por (Rosso H, 2015) humanizar nuestro entorno contribuye inexcusablemente a mejorar la calidad de nuestras vidas en la búsqueda de la felicidad, desde el cuidado de lo cotidiano y desde el cuidado de otros cuando éstos nos necesitan.

Humanizar es mucho más que ser cortés. Es importante superar las reducciones populares de la mera cordialidad. Como lo define (Bermejo, 2017) humanizar tiene un significado profundo y conlleva numerosas implicaciones. Humanizamos cuando atendemos a las personas desde su concepción holística; son más que físico y corporeidad, son personas con emociones y sentimientos, personas que viven en entorno concreto y en una familia, barrio, comunidad y sociedad. Personas singulares, únicas, que requieren respuestas personalizadas a sus necesidades y expectativas. Personas capaces de decidir, deseosas de participar. Personas con autonomía que cuidan de su vida, salud y bienestar. Personas con derechos y responsabilidades, libres para elegir. Personas que, no solamente tienen problemas y dificultades, están llenas de recursos y potencialidades.

La humanización, por tanto, señala (Bermejo, 2017) es mucho más que ser amable. Es un compromiso activo y una responsabilidad de cada uno de nosotros. Se construye día a día cuando proveemos los cuidados y la atención expresando “tú eres persona y te trato en tu totalidad como ser humano”. Sin duda, a pesar de este gran valor compartido que es la humanización, sabemos que es posible despersonalizar la vida, la salud y la asistencia sanitaria. Hablamos de asistencia sanitaria humanizada porque, en ocasiones, existe la asistencia sanitaria deshumanizada.

La organización del sistema humanizado apuesta por sustentar, mejorar e innovar todos los aspectos y dimensiones de una asistencia sanitaria humanizada. Como expresa (Ariza - Olarte, 2012) citado por (Correa, 2016) según el concepto de individuo, paciente y sociedad que tengamos, así se humanizará. En este sentido, nuestra organización quiere reflexionar sobre la perspectiva humanizadora de la asistencia sanitaria a través del desarrollo de este plan. Se trata de poner todo el conocimiento existente en nuestra organización y en nuestros profesionales al servicio de las personas (ciudadanos, pacientes y sus personas cuidadoras), ofreciendo en primer lugar la sensibilidad y la ética en el acto del cuidado, resaltando así la dignidad humana (Correa, 2016).

En este sentido, resulta fundamental la actitud de los profesionales. Esta actitud se muestra en ocasiones en cómo hablamos sobre las persona que atendemos. Cuando hablamos del “ICTUS de la 33”, sin querer, expresamos una falta de reconocimiento a la dignidad, singularidad y valor de cada una de las personas. Con nuestra expresión, hemos despersonalizado la relación del cuidado. Cuando hablamos con un paciente y le llamamos por su nombre, estamos reconociendo su singularidad, su dignidad y valor como persona. El ser no es un objeto o una cosa, es su sujeto. (Plan de humanización de la asistencia sanitaria 2016-2019).

Son muchas las barreras para dar una atención humanizada: la tecnificación, la medicalización de la vida, la burocratización, la centralización del poder, el exceso de demanda y utilización de los servicios sanitarios, la rigidez de las organizaciones, el lenguaje tecnificado incomprensible, la falta de formación en comunicación y relación de ayuda de los profesionales.

Otros impedimentos, no menos importantes, son la falta de coordinación entre servicios y profesionales, las dificultades de acceso/retraso a pruebas o consultas, el aumento de las exigencias de los ciudadanos y el supuesto corporativismo

Sobre la tecnificación de la sanidad, cabe recordar la frase de (Ortega y Gasset, 1968) citado por (Castañeda, Orozo, Rincón, 2015) donde indica que “la técnica es incapaz de determinar el contenido de la vida”. La tecnología puede contribuir a aliviar o quitar peso del trabajo para poder dedicar tiempo a una atención relacional. Hay que entender la tecnología de modo que sirva al hombre y no lo destruya. Quien humaniza es el ser humano, quien deshumaniza es el ser humano, no la tecnología, como señala Bermejo. Cuanto más se tecnifican los cuidados más se hacen mecánicas las relaciones con las personas, esto constituye un riesgo evidente.

Como señala (Raventós, 1984) citado por (Castilla, León 2018) en el “Plan de Humanización de la asistencia hospitalaria del Insalud”, un sistema sanitario humanizado significa tener organizaciones al servicio de la persona, pensado y concebido para las personas. La humanización tiene que ver con la gestión, con la concepción del sistema sanitario, con el funcionamiento de las estructuras, con la mentalidad de las personas involucradas y con la competencia profesional.

“Lo técnico no lo es todo”. Considera la asistencia sanitaria de manera global e integral, destaca que no es sólo la tecnología, y la alta cualificación y profesionalidad, señalan (Castilla y León 2018) que si bien es cierto que identifica la profesionalidad como una característica de la humanización de la asistencia, sin una asistencia efectiva, segura, de calidad, no habría atención humanizada. Ahora bien, esto no es suficiente, junto a la calidad científico técnica, tiene que existir una atención que cuide las emociones de las personas, que tenga en cuenta el entorno y las condiciones sociales, que valore las necesidades, deseos e inquietudes de las personas. Destacan la importancia de que el profesional valore y cuide el estado de ánimo del enfermo.

Define (García, Cabeza 2014) que para los ciudadanos, recibir una asistencia humanizada es que se pongan en su lugar, que les hablen con cariño, sinceridad, respeto y educación, sin hacerles daño; que les dediquen el tiempo necesario, que no tengan que esperar inútilmente,

que les acojan al entrar, que sepan de su proceso porque han leído previamente su historia, que su plan sea personalizado y consensuado con ellos. Señalan especialmente la calidez, la cercanía, diferenciando que la relación no tiene que ser de amigos.

La humanización como componente elemental en la entrega de cuidados, asociados a la atención de salud por parte de los profesionales, constituye un rol de suma importancia, debido a que avala de manera concreta, las bases teóricas en las cuales se sustenta la práctica de Enfermería.

La Organización Mundial de la salud (OMS, 2015) define a esta, como un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida.

Al decir de (Correa, Zambrano, 2016) la humanización trata de proporcionar cuidados programados que aseguren la dignidad de los pacientes. Cuando este concepto se traslada al ámbito de la salud implica ofrecer cuidados centrados en la persona, su respeto y autonomía.

Los actuales sistemas de salud buscan la mejoría constante de sus estándares de calidad, centrándose en las necesidades del usuario, y deben enfocarse a la calidad global y mejora continua, no solo en los procesos puntuales y de connotación como lo es la acreditación y certificación, qué si bien son importantes, exigen sólo características mínimas, que no apuntan concretamente al trato digno y humanizado. Así, la posibilidad de medir la percepción de los usuarios en relación al cuidado humanizado entregado por los profesionales de Enfermería es fundamental.

En relación a lo anterior (Meleis ,1989), citado por (Gavis M, 2015) enfatiza que dichos sistemas se sustentan en las relaciones que se establecen con las personas, siendo estas, el centro de los servicios otorgados por los profesionales de Enfermería. Desde esta perspectiva es fundamental ahondar en el ámbito del cuidado humanizado, entendido como: el cuidado que va más allá de la resolución de carencias físicas, englobando ámbito psicológico, social, cultural, espiritual y de valores.

La disciplina de Enfermería cuenta como eje de su quehacer, al Cuidado Humanizado en la atención y prestación de servicios sanitarios en salud que se ha llevado a cabo desde el principio de los tiempos y no existe otra disciplina tan comprometida con la entrega de cuidados.

En un principio no poseía la connotación de profesión ni disciplina, fue a mediados del siglo XX cuando adquirió su rol profesional gracias a los emprendimientos de Florence Nightingale Citado por (Del Rio L, 2019) a finales del siglo anterior, quién incluyó el pensamiento científico y ético a la práctica del cuidado, otorgando las bases teóricas a la disciplina y por ende autonomía, considerando que hasta ese entonces el quehacer enfermero dependía completamente de las órdenes médicas.

La disciplina, entendida como especificidad de una formación, aludiendo al ámbito de sus conocimientos y orden académico, le dio mayor relevancia y cimiento a la profesión, ganando posicionamiento social. Lo anterior es sustentado en los diferentes postulados teóricos, los cuales han ido evolucionando y adaptándose a las necesidades de cada población.

Durante los años 50 la Enfermería comienza a pretender la búsqueda de una identidad propia, y en 1952 se publica el primer modelo conceptual de enfermería de Hildegard Peplau, que tiene por título: “Interpersonal Relations in Nursing”. De manera concomitante en este mismo año apareció la revista Nursing Research, que se convierte en un órgano de difusión de primer orden en la investigación para la profesión como tal. Ya a mediados de la década del 50 y apoyado en los estudios anteriormente mencionados es que surgen definiciones de Enfermería de Virginia Henderson, la cual posteriormente es adoptada por el Consejo Internacional de Enfermería en el año 1961 (García, Martínez, 2001) citado por ( Fain, 2016 ).

La investigadora Jean Watson (1999) citada por (Colchón Alcantara, 2018), reconocida teórica en el ámbito de enfermería, reafirma el carácter humano de la atención, incorporando conceptos de humanización de cuidados, altruismo, toma de valores, cultivo de la sensibilidad y establecimiento de relación de ayuda entre los individuos, que avalan el carácter socio-psico-biológico de la disciplina

El cuidado, considerado como la razón de ser de la disciplina, es un proceso de protección de la vida humana, que se dispone como eje de la reflexión y desarrollo de la profesión. Este proceso se lleva a cabo en el contexto del ciclo vital individual y familiar, teniendo como mayor característica el dinamismo, del proceso salud - enfermedad a nivel personal y comunitario.

Señala (Pérez, Benítez, 2017), a consecuencia del aumento de la expectativa de vida, la baja natalidad y la disminución de las enfermedades infectocontagiosas, se está produciendo a nivel mundial, un marcado crecimiento de la población adulta mayor, aspecto que refleja el complejo contexto en el que las patologías que atacan ese grupo de riesgo, se constituyen en algunos de los desafíos actuales que enfrentan los sistemas de salud de todo el mundo.

Uno de estos flagelos, lo constituye el Ictus, más conocido como ACV o Accidente Cerebro Vascular, se caracteriza por un ataque súbito que puede traer consecuencias de todo tipo, además de un período prolongado de rehabilitación, ausencia de resolución espontánea y porque, rara vez, la persona que lo sufre se cura totalmente ( Díaz ; Soto, 2016).

La historia natural del ictus, muestra sus consecuencias negativas, debido a que comienza inesperadamente, progresa con manifestaciones clínicas, y produce un posterior deterioro de la funcionalidad, con la consecuente aparición de discapacidad (García, Alonso 2019). La adaptación a esta situación supone para la persona, enfrentarse a secuelas como problemas físicos, disfagia, disfunción vesical o intestinal, pérdida de movilidad, fuerza y sensibilidad, problemas para comunicarse, cambios en la visión, problemas para pensar y recordar, cambios en el comportamiento, percepciones y emociones, lo que influirá directamente en la manera de percibir, construir y organizar su vida, por lo que se hace imprescindible el cuidado humanizado de la enfermería, utilizando para ello diferentes estrategias, en las que habrá avances, pero también retrocesos.

Afirma (Pigretti, 2019) en cada una de las fases de su evolución, se pueden establecer diversas medidas terapéuticas destinadas a la detección oportuna, al manejo y control, con el propósito de evitar la progresión y las consecuencias de la situación.

La enfermería participa activamente en todas las etapas de la historia natural del ictus, es decir, se enfoca tanto en la promoción y prevención, como en la evaluación clínica, terapéutica, control y seguimiento, tanto a nivel individual como comunitario.

Cuando la persona ha sufrido un accidente de este tipo, el profesional de enfermería planifica y gestiona los cuidados de enfermería orientados al bienestar y la disminución del riesgo de presentar complicaciones y discapacidades, para buscar su bienestar y control.

En este aspecto, dice (Sánchez Lozano, 2018) la esencia de enfermería consiste en entregar un acompañamiento holístico, que apoye el proceso de adaptación posterior, y en abogar por el empoderamiento de las personas para el manejo y control de estas situaciones. El impacto social del Ictus, es bastante importante por tratarse de una situación incapacitante, causando dependencia tanto física como cognitiva, constituyendo una gran carga social, sanitaria y económica, generando del mismo modo una importante demanda de cuidados de larga duración, repercutiendo sobre la calidad de vida del paciente y también la de sus familiares.

En este sentido, resulta esencial incorporar al cuidado enfoques filosóficos y con bases espirituales, considerarlo como un ideal moral y ético de la enfermería, y tratarlo desde el punto de vista relacional, transpersonal y subjetivo. Este es el tema central sobre el que se reflexionará en este ensayo.

Las enfermedades cerebro vasculares son en la actualidad, un problema de salud pública a nivel mundial, de tendencia creciente en relación con la mayor expectativa de vida, ya que atacan en general, a personas de edad avanzada. Constituyen la tercera causa de muerte, la primera de discapacidad, y la segunda de demencia senil. Según la OMS 2020 (Organización Mundial de la Salud) 15 millones de personas sufren anualmente de un episodio de este tipo, que es reconocido a través de denominaciones como: ACV sigla que sintetiza al Accidente Cerebro Vascular, ICTUS que proviene del latín y significa golpe o ataque, y se corresponde en la lengua anglosajona con el de STROKE, porque ambos expresan lo mismo y describen el carácter brusco y súbito del proceso.

La atención a los pacientes de edad avanzada, constituye uno de los principales retos para la mayoría de los sistemas de salud.

En Europa existe una gran preocupación por implantar buenas estrategias para su abordaje, problema que deriva de la situación existente ante el progresivo envejecimiento de la población.

El envejecimiento de la población mundial en los países desarrollados y en desarrollo es un indicador de la mejora de la salud en el mundo (OMS 2020) Esto es algo positivo ya que las personas mayores realizan una importante contribución a la sociedad, ya sea en el seno de sus familias, realizando labores de carácter voluntario o participando de forma activa en la fuerza de trabajo. La experiencia que han adquirido a lo largo de su vida los convierte en un recurso social fundamental. Sin embargo, estas ventajas van acompañadas de desafíos sanitarios especiales para el siglo XXI.

Es importante preparar a los proveedores de atención sanitaria y a las sociedades para que puedan atender las necesidades específicas de las personas de edad (Bacas Casas, 2018) Esto incluye proporcionar formación a los profesionales sanitarios sobre la atención de salud de las personas de edad; prevenir y tratar las enfermedades crónicas asociadas a la edad; elaborar políticas sostenibles sobre la atención paliativa de larga duración; y diseñar servicios y entornos adaptados a las personas de edad.

“ Según los datos oficiales, del total de los afectados aproximadamente 5,5 millones fallece, y otros 5 millones quedan con alguna discapacidad permanente. En más del 40% de los casos se verifica déficit motriz, entre el 30 y el 35% presentan déficit cognitivo, y un porcentaje menor los pacientes tienen trastornos visuales, en el lenguaje, sensitivos, de la marcha, de la deglución, así como del control de esfínteres”.(El Atlas del Ictus ,2019, pag 19)

De esto resulta clara la necesidad, de que aparte de todos los programas de prevención, detección, y rápida y eficiente atención de estas situaciones, son necesarios planes concretos que definan detalladamente los procedimientos a seguir para el correcto acompañamiento posterior, y el logro del máximo grado de rehabilitación y recuperación del paciente, que estará a cargo del plantel enfermero designado a tal efecto, en un primer momento y, los futuros cuidadores que generalmente son sus familiares más directos.

Debido a que el ictus es la primera causa de incapacidad a nivel mundial, las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la detección precoz de signos y síntomas, así como la

realización y planificación de cuidados a través del proceso de atención de enfermería con el fin de asegurar la calidad de los cuidados usando como herramienta de trabajo los planes de cuidados estandarizados. ( Gonzalez, Piña y Martínez, 2016 )

El accidente cerebro vascular, es considerado como una emergencia médica vital, se juega en contra del tiempo tanto en la fase pre-hospitalaria, como en la intrahospitalaria. Es imprescindible el diagnóstico precoz de signos y síntomas ya que de ello va a depender en gran medida la recuperación del paciente, es decir, es necesario que los recursos sanitarios disponibles se organicen de forma eficiente asegurando así la correcta accesibilidad a los tratamientos y la adecuada aplicación de estos programas.(Valle, 2014)

Por otra parte, (Puerta Dominguez, 2018) cabe agregar que en estas situaciones aparecen una serie de inconvenientes, que van desde el propiamente dicho de salud, económicos sin dudas y hasta de carácter social también, ya que los tratamientos son extensos y requieren, no solo de disponibilidad financiera y temporaria, sino hasta de espacios físicos para la debida atención de cada caso en particular.

En las diferentes situaciones de discapacidad posterior a los ataques, se puede observar una combinación de ayuda formal e informal. La primera está dada por la que realizan todos los profesionales de la salud, en equipos interdisciplinarios que actúan tratando de asistir al individuo en todas sus necesidades de una manera holística adecuada. Por ayuda informal se entiende a aquella que es brindada por sus familiares y allegados, y no se encuentra remunerada; la sociedad en general la incluye habitualmente como una tarea doméstica, por lo que acaba siendo poco valorada ( Doussoulin,2019).

Señala (Torres, 2015) en la mayoría de las ocasiones el cuidado de estos pacientes queda a cargo de una única persona, y esta asume la mayor parte del trabajo, debido a que la sustitución del cuidador principal por otros familiares, se produce en un porcentaje muy pequeño. Estas tareas de cuidado suponen un esfuerzo que se puede comparar con una dependencia laboral, dado que las necesidades del paciente no cesan y se requieren en determinados momentos que no se pueden posponer. El familiar posee una sobrecarga de obligaciones que afecta negativamente su calidad de vida, y en ocasiones la sensación de estrés o de incapacidad para hacerles frente, terminan en el abandono parcial o total de las mismas (Díaz Ávila, 2020).

Para la OMS (2017), la rehabilitación es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad, en individuos con condiciones de salud en la interacción con su entorno. Las condiciones de salud se refieren a enfermedades (agudas o crónicas), trastornos, lesiones o traumatismos. Una condición de salud también puede incluir otras circunstancias como el embarazo, el envejecimiento, el estrés, una anomalía congénita o predisposición genética, y es uno de los servicios esenciales definidos en la Cobertura Universal.

En lo que se refiere a Enfermería, el papel educativo y rehabilitador del enfermero, a nivel mundial, comienza a ser considerado desde el llamado inicio de la Enfermería Moderna, cuando Florence Nightingale (1859) citado por (Gutiérrez, 2018) en la Guerra de Crimea, prueba la eficiencia de las enfermeras capacitadas, para lograr la recuperación de los soldados heridos en batalla.

Los registros de la literatura, muestran que las primeras actuaciones de la enfermería propiamente en rehabilitación, son del año 1944, cuando el Sr. Ludwig Guttmann crea en Gran Bretaña el primer centro especializado de ese país (Ferrante, 2014).

A partir de 1980, organizaciones internacionales, estimulan la formación y el desarrollo de profesionales capacitados para la atención de personas portadoras de deficiencias, para que esas personas puedan integrarse en la comunidad de forma productiva, marcando con ello el despunte de la rehabilitación, con enfoque en el ser humano como un todo. Para conseguir ese objetivo, se hace necesario la presencia del profesional de enfermería dentro del equipo de rehabilitación, para que actúe en el área del autocuidado, y en el de la educación para la salud.

Afirma (Hernández, 2019) El proceso de atención al paciente en rehabilitación en la toda la Historia, desde su fase aguda, muestra la necesidad de trabajo en equipo interdisciplinar y transdisciplinar y la importancia del profesional de enfermería como parte integrante de ella. Es notable, a lo largo de los últimos 30 años, la inclusión del enfermero en la rehabilitación de niños, adultos y ancianos con incapacidades y deficiencias, además de enfermedades crónicas.

Borrel, M. (1994) citado por (Testa, 2018) muestra la necesidad del profesional enfermero en la rehabilitación de pacientes con incapacidades neurológicas y neuroquirúrgicas.

Es de esta forma que enfermería comienza a definir mejor su papel en este contexto, mostrando su importancia junto a esos servicios y procesos de rehabilitación.

Para conseguir sus objetivos, la rehabilitación deber ser aportada por un equipo multidisciplinar, y puntualmente en los casos de Ictus (Stroke), es primordial que se inicie lo antes posible. Este concepto da origen en el año 2015, a las Unidades de Rehabilitación de Ictus (Rehabilitation Unit Care), creadas con el fin de integrar a los pacientes que han sufrido un ACV, desde las primeras fases del proceso crónico de esa enfermedad.

La rehabilitación tras un episodio de Ictus tiene como objetivo conseguir que la persona que lo ha sufrido, pueda alcanzar el mejor nivel posible de independencia y ser tan productivo como sea posible. (Portilla-Cuenca, 2014)

Para el personal de enfermería el conocimiento de la clasificación diagnóstica de los ACV reviste importancia, pues esto les permite trazar las acciones encaminadas a la recuperación de los enfermos, tales como la prevención de complicaciones, recuperación y rehabilitación, indicadas en el plan de cuidados con la aplicación del proceso de atención de enfermería al 100 % de los pacientes ingresados. Por ello es importante, qué dentro de la UCI, donde se viven los momentos más críticos de evaluación y diagnóstico del paciente y posterior a esto, su proceso de adaptación, se cuente con personal de enfermería entrenado y capacitado para una atención segura y de calidad hacia estos pacientes, una atención especializada en el cuidado, lo que conlleva a múltiples beneficios para ellos. (Clarke, 2014)

El cuidado de un personal de enfermería, capacitado y entrenado en la atención a pacientes con enfermedad cerebrovascular, trae consigo grandes beneficios porque realiza intervenciones más específicas a este tipo de pacientes, lo que agiliza y prioriza procesos, y logra que se realicen de una manera más eficiente y eficaz, qué si se brindara por personal no entrenado, y que brinda cuidados básicos y generales que aplican a la mayoría de pacientes con diversas patologías en general.(Vergel, 2020 )

Dentro del proceso de rehabilitación al paciente, las funciones que desarrolla el enfermero son de vital importancia, pues realiza acciones encaminadas a planificar una atención individualizada, a desarrollar actividades orientadas a la educación y promoción con enfoque

en el autocuidado, involucra al paciente y a su familia en el cuidado, a fin de prepararlos progresivamente para el egreso hospitalario (Organización Mayo-Clinic, 2019)

## CONTEXTUALIZACION DE LUGAR

El lugar tomado como referencia para la investigación, es el Hospital Córdoba de Alta Complejidad, de la ciudad del mismo nombre, en la región central de la República Argentina, este nosocomio cuenta con servicios únicos en esa provincia, como lo son el Instituto del Quemado, el Centro de Diálisis, el de Diabetes, la red de Infartos Agudos, y un Laboratorio de Bioquímica modelo en el país; posee departamentos que atienden especialidades como: Cardiología, Nefrología, Clínica Médica, Cirugía General, Cirugía Bariátrica, Vascular Periférica, Cirugía de Tórax, Cardiovascular, Neurología, Neurocirugía, Neuroclínica, Gastroenterología, Oftalmología, Kinesiología, Fisioterapia, Nutrición, Fonoaudiología y Salud Mental, entre otras. Consta de Unidad de Terapia Intensiva, Unidad de Terapia Media, Unidad de Cuidados Intensivos, un Laboratorio de Hemodinámica, una Guardia Central, y un Quirófano de amplias dimensiones.

Cabe mencionar que el Hospital Córdoba de Alta Complejidad, es de carácter público, fue fundado en el mes de Julio del año 1950, y se dedica en la actualidad primordialmente, a la atención de neurocirugías y trasplantes. Desde la década del '90 es un centro formador de médicos residentes de la especialidad de Terapia Intensiva, que luego se repartirán por todo el país. Este programa posee certificación del Ministerio de Salud de la Provincia y de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), y es avalado por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU). También asisten al servicio, enfermeros profesionales que realizan el post grado de Enfermería Crítica de la UNC, a la cual se haya adherido, además apoya la formación de residentes de la especialidad de Fisioterapia, y es cede de numerosas conferencias y ateneos.

El Servicio de Enfermería, está dirigido por una Jefa de Departamento, con título de Licenciada, que tiene a su cargo a dos Sub Jefas, una de las cuales se encarga del control del

personal de cabecera de los diferentes servicios especiales, en cuanto a asistencias, ausencias, permisos, licencias ordinarias y extraordinarias; y la restante a tareas administrativas sobre capacitaciones, cursos, charlas, y presentaciones de planes y proyectos. La cantidad total de enfermeras del hospital ronda en las 250 aproximadamente, incluyendo las del Instituto del Quemado, que funciona en forma diferenciada.

Respecto del tratamiento de los casos de Ictus, son tomados por el Servicio de Neurología, que se encuentra emplazado en el Quinto Piso del edificio central, y consta de 4 salas con 6 camas cada una, y con un plantel de enfermeras que está a cargo de una Jefa de Servicio, y un grupo de colaboradoras que se dividen de la siguiente forma: 5 enfermeras de cabecera y una adicional por francos, por la Mañana; 4 enfermeras y una adicional por la Tarde; y 3 y una adicional por la Noche. Durante los turnos de tarde y noche, se agregan 3 Supervisoras para completar el equipo.

El promedio de pacientes ingresados por Ictus por mes, oscila entre los 20 y 30, con un marcado incremento en los meses de invierno, por lo que se alcanza aproximadamente a los 250 durante todo el año. Y resultaría entonces una proporción de una enfermera por cada 4 o 5 pacientes en cada turno, siempre dependiendo de las variaciones impredecibles, para las que se agregaran camas y personal consecuentemente.

## OBSERVACIONES DE LA REALIDAD

En el estudio de campo realizado en el Servicio de Neurología del Hospital Córdoba de Alta Complejidad, se ha podido observar en el desempeño del personal de enfermería, tanto en el ingreso, acompañamiento y en la rehabilitación de los pacientes que han sufrido un episodio de Ictus, un trato mecanizado y algo distante, una excesiva carga laboral de todo el equipo, y una notable escasez de recursos humanos respecto de las necesidades concretas de atención de toda la institución.

## INTERROGANTES

Cabe entonces preguntar: ¿Cuál es la opinión acerca del cuidado humanizado recibido por los pacientes ingresados con un episodio de Ictus, en el Hospital Córdoba de Alta Complejidad, en la provincia del mismo nombre de la República Argentina? ¿Se está brindando un cuidado humanizado satisfactorio o se debe mejorar? ¿Cómo se ordenan las distintas dimensiones que componen el cuidado humanizado, de acuerdo a la opinión de los pacientes?

## ANTECEDENTES

Con el fin de comparar resultados, una vez obtenidas las respuestas a estos interrogantes sobre este nosocomio local, se ha realizado una búsqueda de antecedentes en estudios concretados en los últimos años, referidos a este tema, en instituciones de salud de América Latina que han demostrado interés por mejorar la calidad de atención de sus servicios, poniendo énfasis en el cuidado humanizado, y dando principal importancia a la opinión del usuario, en cuanto a la satisfacción de sus expectativas, convirtiéndose esta, en un indicador esencial para el control, la evaluación, la retroalimentación y la mejora continua.

Algunos autores, han realizado investigaciones en Latinoamérica, abordando el cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Watson, utilizando el instrumento denominado “Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería (PCHE)” para valorarlo. Este, consta de una encuesta auto dirigida de 32 ítems, con una escala Likert de 4 opciones, en donde se asigna un valor a cada pregunta; de manera que: “nunca” = 1 punto, “algunas veces” = 2 puntos, “casi siempre” = 3 puntos, y “siempre” = 4 puntos; tiene un puntaje mínimo de 42 y un máximo de 168 puntos. Como ejemplos de estos estudios, se pueden citar:

Colombia, (Romero et al. 2013) que aplica un estudio de tipo descriptivo y transversal, con el objetivo de determinar la opinión acerca del cuidado humanizado de enfermería en 132 pacientes del Hospital Nacional, obteniendo como resultados, que el resultado global de cuidado humanizado fue: 55.4% siempre lo recibió, 35% casi siempre, 7.9% algunas veces y al 1.7 %

nunca se lo brindaron. Por dimensiones, los resultados fueron: cualidades del hacer con el 58.8%, apertura a la comunicación con 57.5%, y disposición para la atención con 56.2%.

En Perú se realizó un estudio similar en el Hospital Público de Lima, con el objetivo de determinar el parecer del paciente ambulatorio en terapia de hemodiálisis, sobre los cuidados humanizados brindados por el personal de enfermería. Se encuestaron a 34 pacientes, obteniendo como resultado que la opinión global sobre cuidado humanizado fue de 55.9% medianamente favorable, 36.2% favorable, 5.9% medianamente desfavorable y 2,30% totalmente desfavorable. Las dimensiones se ordenaron así: cualidades del hacer, medianamente favorable con el 50% y 47% favorable, seguida por apertura para la comunicación 50 % favorable, y un 41.2% medianamente favorable (Rodríguez et al. 2015).

En México, con una muestra de 115 usuarios hospitalizados en un Hospital Público de la Secretaria de Salud de la Mujer, y 70 en un Hospital de Seguridad Social Regional (ISSSTE) de Morelia, Michoacán, la Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE) en el año 2013, en una investigación sobre el mismo tema, obtiene como resultados que en el Hospital Público de la Mujer, aproximadamente el 50% de las usuarias hospitalizadas refieren que el personal de enfermería, se preocupó por brindar cuidado humanizado durante su estancia hospitalaria. En el Hospital de Seguridad Social (ISSSTE) un 30% aprox. menciona lo mismo, y que casi la mitad de las pacientes del Hospital de la Mujer, precisaron que los profesionales de enfermería les informan sobre los cuidados o actividades que les van a realizar. En el ISSSTE una mínima parte de los usuarios objeto de estudio, refieren lo mismo. Al comparar el nivel global de la atención de enfermería en ambos hospitales, se precisa que en el de la Mujer, el cuidado humanizado de enfermería es mejor, que en el Regional del ISSSTE. (Recuperado de Revista de Técnicas de la Enfermería y Salud - Septiembre 2017 - © ECORFAN-Perú [www.ecorfan.org/republicofperu](http://www.ecorfan.org/republicofperu))

## SINTESIS EXPLORATORIA

Realizando una síntesis exploratoria, basándonos en los resultados obtenidos en estos antecedentes, se puede concluir exponiendo que las dimensiones que predominaron con “siempre” fueron recibidas, son las de “apertura a la comunicación” y “cualidades de hacer” de la enfermera; y que la categoría con mayor porcentaje de que “nunca” fue brindada, resultó ser la de “disposición para la atención”. Respecto a la atención general de “cuidado humanizado” de enfermería, quedo expresada la opinión de que “siempre” fue recibida, por más del cincuenta por ciento de los pacientes encuestados.

## VACIO DEL CONOCIMIENTO

Debido a que no se han podido ubicar, antecedentes de investigaciones específicas respecto del tema en cuestión, a nivel de la provincia de Córdoba, figurando oficialmente solo recomendaciones que aconsejan la implementación de estos cuidados, la intención de este proyecto es determinar la opinión acerca del cuidado humanizado de salud recibido del equipo de enfermería, por parte de los pacientes que han sufrido un episodio de Ictus, conjuntamente con la de sus familiares, desde su ingreso y durante el período de su rehabilitación, en un nosocomio de la ciudad Capital de esta provincia de la República Argentina.

## DEFINICION DEL PROBLEMA

Para lograr este cometido, se tratará de responder al interrogante que plantea determinar: ¿Cuál es el la opinión acerca del cuidado humanizado brindado por el equipo de enfermería, por parte de los pacientes que han sido ingresados por un episodio de Ictus, al Servicio de Neurología del Hospital Córdoba de Alta Complejidad, en la provincia del mismo nombre de la República Argentina, durante el período que comprende los meses de Octubre y Noviembre del año 2021?

## **2. JUSTIFICACION**

Una de las inquietudes que preocupan a los profesionales, a los usuarios del sistema, y a la comunidad misma, está referida al trato personal que estos reciben durante su permanencia en los servicios de salud. Por esta razón se hace necesario reflexionar sobre los aspectos humanos de la relación proveedor de servicios de salud y el usuario. Esta situación se viene constituyendo en una amenaza, presente en todos los ámbitos de las relaciones sociales, y se ha venido insertando como una relación de deshumanización también en los servicios de salud, además de marcar una tendencia que va en aumento.

Los enfermeros tienen la oportunidad de intervenir en los procesos curativos de los pacientes relacionándose e interactuando con ellos. El cuidado de enfermería se constituye en acciones transpersonales para mejorar, proteger y preservar la vida, apoyando a las personas a entender el proceso de la enfermedad, el dolor o el sufrimiento, en búsqueda del autocontrol y autoconocimiento de su recuperación. Para el abordaje de este proceso, el cuidado humanizado, consiste en lograr que el paciente encuentre la armonía entre el cuerpo, la mente y el alma, con la generación de una relación de confianza entre el cuidador y la persona a quien se cuida, la misma que debe rescatar siempre la dignidad el respeto mutuo y la asistencia del enfermero en un contexto de sentimientos puros.

En muchos lugares la forma como se cuida a un paciente ha venido siendo cuestionado por el distanciamiento que existe entre el profesional de enfermería y los usuarios, a pesar de ser quienes están atendiendo de manera permanente a los pacientes, otorgan poco valor a la interrelación con los mismos. El denominado “cuidado” se centra cada día más en procedimientos o en la técnica que está provocando hoy en día la llamada “crisis profesional”. En los servicios de emergencia la gran demanda de pacientes, genera en los profesionales de enfermería una mayor exigencia laboral que se constituye en un reto la atención de pacientes, toda vez que tanto el cuidado que se brinda, como el que se recibe, no cubre las expectativas de los usuarios, ni tampoco las del proveedor

De acuerdo a las estadísticas que proporcionan los países desarrollados, donde es más completa y fidedigna la información, los accidentes cerebrovasculares representan a nivel mundial, la tercera causa de muerte, la segunda de demencia, y la primera de invalidez o

discapacidad, causando un elevado gasto sanitario, económico y social. Su prevalencia e incidencia están aumentando debido al progresivo envejecimiento de la población, ya que el 75% de los Ictus afectan a mayores de 65 años de edad.

Los porcentajes y la diversidad de las incapacidades resultantes, demarcan claramente la necesidad de acompañar las políticas de prevención, rápida detección y atención adecuada, con programas específicos de formación en los cuidados humanizados, para los agentes de la salud encargados del acompañamiento y de los tratamientos de rehabilitación, y así lograr disminuir el riesgo de reiteraciones, minimizar las secuelas, alcanzar el máximo grado de afrontamiento y adaptación de los pacientes, además de procurar transmitir de la mejor manera posible estos conocimientos, a los familiares cercanos que continúen con la atención de los afectados en sus respectivos hogares, después del alta hospitalaria.

El resultado del presente estudio, permitirá determinar la opinión acerca del cuidado humanizado que brinda el personal de enfermería del Servicio de Neurología del Hospital Córdoba de Alta Complejidad, de la ciudad del mismo nombre, teniendo como base los criterios plasmados en la teoría de Jean Watson, basada en los valores humanísticos que fortalecen el cuidado en los servicios que se brindan, teniendo en cuenta cada caso y circunstancias en particular. Se pretende remarcar la importancia del papel de enfermería en el acompañamiento del paciente en la etapa de rehabilitación, a partir del cumplimiento de un plan de cuidados dirigido no solo al perfil biomédico, sino que incluya también los aspectos interpersonales, transpersonales y espirituales, para lograr la adhesión terapéutica del individuo que ha sufrido un Ictus, abarcando también a sus familiares cercanos, con el fin de minimizar al máximo las posibles complicaciones y secuelas, y reducir en lo posible la estancia hospitalaria del mismo.

El propósito de este trabajo se sustenta, en fomentar la búsqueda de nuevas formas de evaluar el cuidado brindado a los usuarios, por parte de los profesionales de enfermería, mejorando la calidad de la atención dispensada, y la satisfacción de quienes la experimentan, complementando así el modelo de salud actual, predominantemente biomédico, con una mirada psicosocial que priorice el cuidado humanizado.

Por otra parte, posibilitaría el mejoramiento del posicionamiento del profesional de enfermería en la sociedad, distinguiéndolo de otras disciplinas del área de la salud, ante la mirada de los usuarios y de toda la comunidad. Sus finalidades entonces, se podrían dividir en dos ámbitos:

#### UTILIDAD SOCIAL

- Aumenta la calidad de la atención en salud, desde una perspectiva humanizada.
- Cumplimiento de demandas biopsicosociales en la atención de salud.
- Contribuye al alcance de las metas sanitarias propuestas a nivel organizacional.
- Aumento de la satisfacción de los usuarios
- Ayuda a la construcción de estándares de calidad en la atención de salud, por parte de profesionales de Enfermería.

#### INTERÉS PROFESIONAL

- Aumento del posicionamiento de la profesión a nivel social y sanitario.
- Contribución a la atención y al cuidado, con sensibilidad y calidad humana.
- Contribuye a mejorar la actividad, permitiendo evaluar a los profesionales en su práctica diaria.

### **3. MARCO TEORICO**

El cuidado en Enfermería se define 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 (Vera 2014).

Por competencia, a su vez, se entiende a todas las cualidades necesarias al desarrollo de las actividades del enfermero traducidas en conocimiento, habilidades y destrezas, creatividad, pensamiento crítico, juicio y capacidad de toma de decisiones.

En cuanto a la Humanización, cada uno de nosotros existe como persona, porque su ser, está en relación con el misterio trascendente del Ser. Si bien es verdad que cada uno de nosotros se humaniza en el momento en el que viene acogido en una red de relaciones interhumanas, es también verdad que la acogida por parte del otro, no constituye a la persona en su ser y valor. El otro no me atribuye ser y valor, sino que lo reconoce, porque mi ser y mi valor están constituidos por mi relación con la alteridad fundante, con Dios. (Rodríguez, 2013) citado por (Chamba Guano, 2020)

Relacionando estos términos, se puede exponer que:

“Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de Enfermería” (Ceballos, 2010 citado en Chamba Guamo, 2020 pag 31)

Así mismo Ceballos (2010) citado por (Chamba Guamo, 2020) sostiene que, al observar el trabajo de los profesionales de salud, es difícil mantener los valores humanitarios en el acto de cuidar en las instituciones públicas de salud, en donde parecen no visibilizarse los cuidados de Enfermería por las labores biomédicas, pero las enfermeras deben mantener aún entonces las virtudes de comunicarse con el otro, ayudarlo y sostenerlo en esta difícil etapa de su vida.

Durante mucho tiempo en los sistemas de salud ha primado el modelo biomédico, descuidando las necesidades del usuario, en el ámbito psicológico y/o social.

La humanización (Monjes, 2018) hace alusión al ser humano y todo lo concerniente a él. La atención personalizada es el interés de los profesionales por las personas. El trato humanizado ha sido definido como: “interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad”.

En los cuidados de enfermería, el trato humanizado tiene relevancia ya que en el quehacer cotidiano se trata con personas que poseen sentimientos, dudas y temores respecto al acto sanitario y a la continuidad salud-enfermedad, por este motivo es necesaria la incorporación de pautas que midan la calidad de la atención desde la perspectiva humanizada (García, 2017).

“Un sistema sanitario humanizado es aquél cuya razón de ser es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre. Para que esto se realice debe ser un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud, que corrija las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al ciudadano en el mismo y, en definitiva, que garantice la salud de todos los ciudadanos”. (Francesc Raventós, Director General del Insalud, 1984) citado por (Gutierrez ,Fernandez, 2017).

En el contexto sanitario, el concepto de humanización hace referencia al abordaje integral de la persona, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual. Humanizar la asistencia significa hacerla digna del ser humano y coherente, por tanto, con los valores que él siente como peculiares e inalienables. Es un hecho innegable que los hospitales tiene algunas asignaturas pendientes que han de ser afrontadas desde una ética asistencial que se fundamente en la dignidad personal, tal y como recogen todos los códigos deontológicos de los profesionales de la salud (Sanchez ,2020).

Según (Melei, 1989) citado por (Zárate, 2017), la gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que dan las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería; es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería.

A partir de lo anterior (Susan Kérouac, 1996) citado por (Zárate, 2017) define la gestión del cuidado enfermero como "un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud" .

El rol de la enfermera responsable de la gestión de los cuidados consiste en apoyar al personal que otorga cuidados. La gestión de los cuidados va dirigida a alcanzar el objetivo que busca la práctica de enfermería, esta gestión como proceso recurre a la creatividad, la indagación y la transformación, en este sentido el mismo se considera heurístico.

Señala (Guerrero, 2015) que la contribución de la enfermera jefe responsable de la gestión en enfermería es única, representa una acción necesaria para asegurar servicios de salud

humanizados y de calidad en un contexto de utilización óptima de los recursos disponibles. De esta manera las enfermeras responsables de la gestión del cuidado se enfrentan a grandes retos, ejercer su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos y dentro de éste buscar alternativas con un enfoque de gestión dirigido a garantizar la calidad del cuidado a la persona que vive experiencias de salud.

La gestión de los cuidados está entonces orientada hacia la persona, el cliente, su familia, el personal de enfermería, los equipos interdisciplinarios. La gestión se identifica como un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, de la motivación y la participación, la comunicación y la colaboración, utilizando el pensamiento enfermero, la enfermera gestora favorece una cultura organizacional centrada en el cuidado de la persona.

El código deontológico del Consejo Internacional de Enfermería 2012 hace referencia a los deberes principales: promover la salud, prevenir la enfermedad, contribuir a la restauración de la salud y aliviar el sufrimiento; además, demostrar respeto de los derechos humanos, los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección y a la dignidad de las persona citado por (Arco, Canoles, 2018)

Se entiende como Gestión de Cuidado la realización de un conjunto de acciones bajo ciertos criterios éticos y profesionales propios de la enfermería, que se llevan a cabo para el logro de las metas establecidas por las diferentes entidades y/o instituciones a las que pertenece el profesional. Su finalidad es el cuidado de las personas, tomando en cuenta sus derechos y situación actual de salud (Borquez, 2019).

La importancia de la gestión del cuidado radica en: preservar y promover la calidad de los cuidados, mejorar la oferta de servicios a las personas con necesidades de salud insatisfechas, reforzar la eficacia de los recursos, favorecer la desconcentración de las decisiones en un proceso clínico, facilitar la contribución activa de los distintos grupos profesionales, enriquecer la comunicación y disminuir la rigidez institucional. (Borquez, 2019)

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) a su vez, define calidad como el “desempeño apropiado de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad puede costear y que tienen la capacidad de producir impacto sobre la mortalidad y morbilidad”

Considerado el padre de la calidad (Avelis Donabedian, 1980) citado por (Nogueras, 2015) que define calidad de la atención en salud como: “el tipo de atención que espera que va a maximizar el bienestar del paciente ,una vez tenido en cuenta el balance de ganancia y pérdidas que se relacionan con las catorce partes del proceso de atención”, y propone tres dimensiones para la calidad: los aspectos técnicos de la atención, las relaciones interpersonales que se establecen entre proveedor y usuario y el contexto o entorno de la atención. Estas influyen de manera directa en la percepción del cuidado de los usuarios.

En relación a lo anterior el mismo autor (Avelis Donabedian, 1980) citado por (Nogueras, 2015) plantea que existen diferentes perspectivas de calidad: la de los usuarios externos, paciente y comunidad, quienes focalizan su visión en relación a su mejoría y recuperación, cobertura y oportunidad de los servicios, accesibilidad y la relación con los profesionales, la cual es fundamental para evaluar satisfacción usuaria. Desde la perspectiva del equipo de salud: otorgar atención segura, oportuna, basada en sólidos conocimientos, con tecnología avanzada y recursos disponibles. Y en cuanto a los administradores y financiadores: eficiencia, eficacia, compromiso y competencias del equipo de salud.

Hace algunos años, la calidad no se consideraba medible, (Vuori y Donabedian, 1996) citado por (Sánchez, Jacas, 2016) indica tres motivos generales para el necesario control de la calidad éticos, estos son: sociales y de seguridad y económicos. A partir de esto se hizo necesario plantear métodos, que permitieran controlar la calidad dentro del contexto sanitario.

El documento de “Salud Pública en las Américas” del año 2002 (citado en la OPS, 2017) define como novena función esencial la “garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos”. Aquí se responsabiliza al Estado de velar por la calidad de la atención en salud en el sector público y privado a través del monitoreo continuo de la calidad,

la evaluación de las tecnologías sanitarias, la producción de normas, y la aplicación de metodología científica en la evaluación de las intervenciones de salud.

Se señala (Forrelat, Barrios, 2014) que la atención sanitaria de calidad, como “la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”. Sin embargo, el profesional de enfermería no solo se aboca a la resolución de las necesidades biológicas del individuo, si no que engloba un todo biopsicosocial, basado en la entrega de cuidados de calidad.

A partir del año 1990 las instituciones de salud se fueron acreditando en Infecciones Intrahospitalarias (IIH) y ya entre los años 1996 a 2000 se empezaron a acreditar instituciones más complejas y de urgencias.

El Programa de Evaluación de calidad de la atención hospitalaria (PECAH) empezó a desarrollarse entre los años 2000 a 2004, elaborando estándares en conjunto con los servicios de salud. Fue un programa poco conocido, sin embargo, los temas expuestos son la base del modelo actual (Tocornal, 2010) recuperado por (Gonzalez, 2016).

Los cuidados en salud deben enfocarse a la calidad global y mejora continua, no sólo en los procesos aislados como la acreditación y certificación, qué si bien son importantes, exigen sólo características mínimas, que no apuntan concretamente al trato digno y humanizado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. La OMS desde sus inicios, ha volcado sus esfuerzos en la lucha por una asistencia sanitaria de calidad para todos los individuos y ha hecho numerosos llamamientos a la cooperación entre estados e instituciones para lograr la promoción y protección de los derechos de los pacientes. En 1946 la OMS hizo universal el concepto del derecho a la salud.

En la legislación Argentina por su parte, existen varias leyes que se refieren específicamente a este tema de los derechos del paciente: La ley 26.529 derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, promulgada 2009 y la Ley 26.742 sobre los derechos del paciente, la historia clínica y el consentimiento informado, promulgada 2012, modifica algunos artículos de la ley anterior y agrega ciertas especificaciones (citado por Nuñez, 2015).

La ley 26.529, derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud enumera los derechos del paciente (artículo 2): Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

- a) Asistencia
- b) Trato digno y respetuoso.
- c) Intimidad.
- d) Confidencialidad.
- e) Autonomía de la Voluntad.
- f) Información Sanitaria
- g) Interconsulta Médica

Desde la perspectiva de la Bioética, la humanización en el ámbito de la salud implica un compromiso ético, permite valorar a la persona en su totalidad y es un reflejo de los valores que guían la conducta del personal en el ámbito de la salud. Los valores centrados en la persona permiten establecer políticas, programas, efectuar cuidados de calidad y respetar la dignidad de todo ser humano. (Bermejo, Villaceros, 2013)

La humanización genera una reflexión intrínseca, que compromete a la organización y a los trabajadores a considerar al ser humano como un ser integral, cuya vida transcurre en un entorno familiar, social, económico y laboral (Navarro, 2014)

La humanización ha favorecido paulatinamente una gestión del cuidado centrada en la persona. La forma de preservar la humanización en la atención de salud corresponde al personal que atiende en los diferentes ámbitos al paciente; en este contexto, enfermería es la

responsable de brindar un cuidado humanizado. El cuidado a un enfermo, es cada vez más distante de una atención humanizada de excelencia, humanizar es ayudar a las personas a mantener las funciones fisiológicas, psicológicas y sociales para proporcionar bienestar a su salud, siguiendo la premisa de que cada paciente tiene el derecho a una atención calificada, respeto a la dignidad personal y a una información clara y oportuna. (Castellano, 2018)

Para regular la conducta humana en los aspectos relacionados con los actos que afectan la vida de las personas y el cuidado de la salud surge la bioética, la cual provee los principios para distinguir entre lo que “debe ser o debe hacerse y lo que no debe ser o no debe hacerse” (Ávila, 2013) citado por (Castellano, 2018).

Para brindar un cuidado humanista, enfermería cuenta con modelos y teorías que permiten una visión más amplia, en su modo de actuar. Watson, refiere que “el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente”, por lo tanto el cuidado debe tener una calidad única y auténtica, basada en la reciprocidad entre el enfermero y el paciente; el enfermero debe convertirse en un agente humanitario y moral, copártcipe en las interacciones del cuidado humano. (Castellano, 2018)

Humanizar la salud, constituye un compromiso ético de considerar a la persona en su globalidad. Y una intervención holística, global, integral, necesita de una particular capacitación de los agentes sociales en el ámbito de la inteligencia del corazón, de las habilidades para entrar en el mundo personal y particular de la persona a la que se quiere acompañar, identificar y movilizar en ella no solo los problemas y necesidades, sino el mundo de los significados, los recursos, las habilidades y los valores que pueden permitirle trabajarse a sí mismo y ser el mayor protagonista del proceso.(Castellano, 2018)

En la actualidad, y debido al auge de las investigaciones sobre marketing y consumo en todas las esferas de la vida cotidiana, se ha expandido hasta el ámbito de la salud el concepto de valorar la “opinión del usuario”. La etimología de la palabra opinión, viene del latín “*opinio*” y quiere decir “acción y efecto de formarse un juicio”; se genera a través de una valoración

subjetiva en relación a un determinado tema; es totalmente personal y pueden coexistir muchas opiniones sobre una misma cuestión, hasta el punto de ser completamente opuestas. De allí que se sostenga que todas las opiniones deben ser respetadas, para lograr una convivencia pacífica e inclusiva. Esta información resulta de vital importancia para corregir desviaciones, proponer alternativas de acción y fijar políticas que persigan revertir imágenes negativas. (Ramos AC , 2020)

En el marco de la calidad de atención y con base en las normativas vigentes, es cada vez más corriente medir la percepción usuaria de la atención entregada por parte de los profesionales de salud. En las últimas décadas, el elemento comunicativo se ha establecido como un componente esencial para la salud y el bienestar, pasando a ser parte de los mismos recursos que intervienen en una buena entrega de salud por parte de los funcionarios sanitarios. Según (Muñoz RL, 2018), basándose en la OMS rescata de manera imperativa, que la habilidad para comunicar y de buena manera, contribuye positivamente a una vida saludable.

En la década del 70' a nivel mundial se manifiesta la satisfacción usuaria como “una medida del resultado de la interacción entre los profesionales de la salud y el paciente” , mientras que (Cafferata y Righmann, 1978) citado por (Galli,Pages y Swiesakowki, 2017) plantean que puede ser entendida como una “entrada” a esa interacción, porque se trata de una variable que predispone al paciente hacia una determinada actitud y condiciona su conducta ante los profesionales de la salud, principalmente.

A partir de esto comienza a surgir la valoración del “trato humanizado”, el cual ha sido enmarcado dentro de cinco elementos fundamentales; excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final en su salud. Existe una estrecha relación entre calidad de atención y satisfacción de los usuarios, para lograr el equilibrio del Sistema de Salud. La calidad de la atención en salud es un tema que adquiere cada vez más relevancia, debido a la libertad con que opinan los usuarios acerca de los servicios recibidos, por parte de las instituciones que los brindan.

Refiriéndonos ahora estrictamente al plano científico, las bases que sustentan la Teoría del Cuidado Humanizado, provienen tanto de las ciencias naturales, como de las humanidades,

incluyendo además una orientación espiritual (Raile, 2018). Y podríamos citar como sus fuentes principales a autores como:

- Florence Nightingale: “La enfermería moderna” (1859). Obra esencial y origen de muchas otras. (recuperado de Raile, 2018)
- Hildegard E. Peplau: “Teoría de las relaciones interpersonales” (1952) citado por (Raile, 2018) Dio inicio a la escuela de la interacción. Fenómenos de la relación enfermera-paciente, aspectos comunicativos y roles de enfermería.
- Ernestine Wiedenbach: “El útil arte de la enfermería clínica” (1959) citado por ( Raile, 2018) Conformar la escuela de las necesidades, y tuvo un gran impacto en la formación, y en la práctica asistencial de enfermería.
- Virginia Henderson: “Definición de la enfermería” (1966) recuperado por (Raile, 2018) Iniciadora de la escuela de las necesidades. Su propuesta de las 14 necesidades, es utilizada en la actualidad en la academia y en los escenarios clínicos de varios países.
- Lydia E. Hall: “Modelo de esencia, cuidado y curación” -*Core, Care, Cure*- (1962).citado por (Raile, 2018) Pertenece a la escuela de los efectos deseables, con gran aceptación en las unidades de atención de enfermería.
- Joyce Travelbee: “Modelo de relaciones entre seres humanos” (1966) recuperado por ( Raile, 2018) Adhiere a la escuela de la interacción. Fenómenos de la relación enfermera-paciente.
- Sor Callista Roy: “Modelo de adaptación” (1976).citado por (Raile, 2018) Con un significativo análisis de las interacciones enfermera-paciente.
- Madeleine M. Leininger: “Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales” (1978). Precursora en esos temas.( recuperado por Raile, 2018)
- Jean Watson: “Filosofía y teoría del cuidado transpersonal” (1979) citado por (Raile, 2018) Con enfoques filosóficos y de base espiritual.
- Kristen M. Swanson: “Teoría de los cuidados” (1985). Relación, compromiso y responsabilidad en el cuidado de salud (citado por Raile, 2018)

Apoyándose en todas estas teorías como respaldo científico, la autora de esta investigación adhiere expresamente para este estudio a la “Teoría del Cuidado Humano” de Jean Watson (1999) citado por (Raile, 2018), por considerar que esta incluye aspectos interpersonales y espirituales, en la relación enfermera-paciente, que abarcan cuerpo, alma y espíritu dando un sentido holístico al cuidado de salud.

La Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, presenta el concepto de cuidado como base de la disciplina de Enfermería que a través de la relación de ayuda entrega al paciente las herramientas necesarias para lograr un equilibrio entre: cuerpo, mente y alma; haciendo especial énfasis en la dignidad humana (Raile, 2018).

En cuanto a las premisas que sustentan su teoría, son principalmente tres: la primera, plantea que el cuidado y por ende la enfermería han existido siempre, sin embargo, la oportunidad de acceder a educación superior por parte de enfermeros en formación, ha permitido combinar la orientación humanística con los conocimientos científicos que sustentan los cuidados. (Cualidades del hacer de enfermería).

La segunda premisa, se enfoca a la claridad y calidad de la comunicación de necesidades y sentimientos, siendo la base de la relación transpersonal (Apertura a la comunicación enfermero-paciente).

Por último, la premisa número tres, pone especial énfasis en la genuinidad de la expresión de la enfermera y su honestidad en el acto del cuidado (Disposición para la atención).

Por otra parte, los conceptos del meta-paradigma de Enfermería según la teoría de Watson, son:

- Persona: “Unidad de mente, cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente la configuración, que es la causa de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería”.
- Medio ambiente: “Realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. Incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado”.
- Salud: “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu). Asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado”.
- Enfermería: “experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta” citado en (Ventocilla, 2015)

Mientras que como enunciados de su teoría, se pueden citar los siguientes:

- Interacción Enfermera-paciente: protección, mejora y preservación de la dignidad humana.
- Campo fenomenológico: marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana.

- Relación del cuidado transpersonal: unión espiritual entre dos personas que trasciende persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno.
- Momento del cuidado: el foco en el espacio y el tiempo en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada.

Según Watson la relación del cuidado transpersonal se basa en la capacidad del enfermo de tener una visión objetiva de su situación de enfermedad y la capacidad de los profesionales de enfermería, de mostrar una genuina preocupación por la persona en todos los ámbitos del ser, creando una conexión espiritual, que facilite la curación o afrontamiento de la enfermedad; asumiendo una posición de trascendencia frente al sufrimiento que permita lograr la armonía interior. (Raile, 2018)

Los supuestos de Watson se enmarcan en la espiritualidad de la vida, las facultades de adaptación humanas que permiten crecer y cambiar, el respeto y aprecio por la persona y la vida, la libertad para tomar decisiones y por sobre todo la importancia de una relación enfermera-paciente basada en sentimientos y emociones que permitan una cognición compartida y consenso.

El cuidado es el eje central de la enfermería y la única forma de llevarlo a cabo es a través de relaciones interpersonales usuario-enfermera. (Raile, 2018)

Adentrándonos en lo referido al Ictus, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), lo define como un síndrome clínico, presumiblemente de origen vascular, que se caracteriza por el desarrollo rápido de signos de afectación neurológica focal, que duran más de 24 horas, y pueden llevar a la muerte. De acuerdo a datos de esta organización, 15 millones de personas sufren en el mundo, un ACV por año.

Para (Choreño, 2019), el ictus es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. También se la conoce como Accidente Cerebro Vascular (ACV) y ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro, se rompe o es taponado por un coágulo u otra partícula. Debido a esta ruptura o bloqueo, parte del cerebro no consigue el flujo de sangre que necesita. La consecuencia es que las células nerviosas del área del cerebro afectada no reciben oxígeno, por lo que no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos.

Al decir de (Abellán, 2011), citado por (Palazón, Cabanes, 2017) el ataque cerebrovascular (ACV) o Stroke, se define como un síndrome clínico de origen vascular, caracterizado por la aparición de signos y síntomas rápidamente progresivos, debidos a una pérdida de una función focal y que dura más de 24 hs.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el año 2050 la mitad de la población mundial de 65 años podría acabar sufriendo un ictus. En España, el ictus, junto con las enfermedades cardiovasculares y cancerosas, es una de las causas de muerte más frecuentes.

De acuerdo a su origen se clasifican en: isquémicos y hemorrágicos

“El ictus es una entidad compleja y heterogénea que incluye tanto a la enfermedad cerebro vascular isquémica como a la hemorrágica” (Alvarez, 2017, p 86)

Según la naturaleza de la lesión encefálica. El ictus de origen isquémico es el más frecuente, representa en torno al 85% de los casos y está producido por la disminución o cese del flujo sanguíneo cerebral de manera total (isquemia global) o parcial (isquemia focal)

El 15% corresponde al hemorrágico y se debe a la rotura de un vaso sanguíneo del territorio cerebral con extravasación de sangre hacia el parénquima o interior de los ventrículos cerebrales (hemorragia cerebral) o hacia el espacio sub-aracnoideo (hemorragia sub-aracnoideo)

## DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

En relación a todo lo expuesto, la autora de la presente investigación considera muy importante conocer la “opinión” del paciente respecto del Cuidado Humanizado recibido. Como se había mencionado anteriormente, la etimología de la palabra opinión viene del latín “*opinio*” y quiere decir “acción y efecto de formarse un juicio”, resulta entonces necesario relevar ese juicio de valor personal, por medio de una valoración subjetiva del usuario, sobre la atención humanizada que recibe de todo el equipo sanitario que lo atiende, y especialmente de las enfermeras que están asistiéndolo permanentemente, ya que estas acciones están directamente dirigidas a Ellos, y sobretodo, porque suele suceder que esta opinión no coincide con la que los agentes

de la salud entienden le están brindado. Para ello, se posiciona en la “Teoría del Cuidado Humano“ de Jean Watson (1999) recuperado por Raile (2018), que estudia el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos, como el existencial-fenomenológico, y le agrega una base espiritual. Tomando al cuidado de salud, como una relación terapéutica básica entre los seres humanos, que debe responder a las condiciones del alma, espíritu y cuerpo del paciente.

Desde esta perspectiva, se define conceptualmente a la variable de estudio como: la opinión acerca del cuidado humanizado que reciben los pacientes que han sufrido un episodio de Ictus y han ingresado al Servicio Neurológico del Hospital Córdoba de Alta Complejidad, en la provincia del mismo nombre, de la República Argentina, durante los meses de Octubre y Noviembre del año 2021.

Tomando como base su división en tres dimensiones:

**“cualidades del hacer de enfermería”, “apertura a la comunicación enfermero-paciente”, y “disposición para la atención”**, categorías que se evaluarán a través de treinta y dos “indicadores”, que brindarán una acabada descripción de las condiciones profesionales y personales de los agentes de salud, respecto de características específicas para cada una de ellas, como lo son:

Para las “cualidades del hacer de enfermería”: la percepción del paciente como persona, tratarlo con amabilidad, brindarle comodidad y buena atención, demostrarle tranquilidad, generarle confianza, y demostrar respeto por sus creencias y valores. Para la “apertura a la comunicación enfermero-paciente”: establecer contacto visual, dedicarle tiempo, facilitar el dialogo, explicarle los procedimientos, identificarlo por su nombre, escucharlo atentamente, y brindarle orientación en la atención de salud. Y referidos a la “disposición para la atención” como: compartir información para que pueda tomar decisiones, responder prontamente a sus llamados, identificar sus necesidades integrales, preocuparse por su estado de ánimo, brindarle una atención de calidad y con calidez, ayudarlo en el manejo del dolor, darle un cuidado responsable, respetar sus decisiones, una atención rápida y directa, respetar su intimidad, y administrarle oportunamente los medicamentos indicados.

#### **4. OBJETIVOS**

## OBJETIVO GENERAL

Determinar la opinión, acerca del cuidado humanizado brindado por el sector de enfermería, de los pacientes ingresados por Ictus, al Servicio de Neurología del Hospital Córdoba de Alta Complejidad, de la República Argentina, Octubre y Noviembre del año 2021.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la opinión, acerca del cuidado humanizado que brinda la enfermera en dimensión a las “cualidades del hacer”, de pacientes ingresados por Ictus, en Octubre y Noviembre de 2021.
- Identificar la opinión, acerca del cuidado humanizado que brinda la enfermera en dimensión a la “apertura de la comunicación”, de pacientes ingresados por Ictus, en Octubre y Noviembre de 2021.
- Identificar la opinión, acerca del cuidado humanizado que brinda la enfermera en dimensión a “disposición para la atención”, de pacientes ingresados por Ictus, en Octubre y Noviembre de 2021.

## **CAPÍTULO II: Diseño Metodológico**

### DISEÑO METODOLOGICO

#### **1. TIPO DE ESTUDIO**

Se utilizará el método Cuantitativo, ya que se necesita obtener datos, para posteriormente analizar y comprender, generando así nuevos conocimientos, con un estudio del tipo descriptivo, ya que el fenómeno objeto del mismo, será definido por medio de la caracterización de sus atributos, y transversal por realizarse en un momento determinado.

Será realizado con los pacientes del Servicio de Neurología del Hospital Córdoba de Alta Complejidad, de la ciudad del mismo nombre en la República Argentina, ingresados por un episodio de Ictus, durante los meses de Octubre y Noviembre de 2021.

## 2. OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

( CUADRO EXPLICATIVO )

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
OPINION ACERCA DEL CUIDADO HUMANIZADO	Es el Cuidado Humano, según la Teoría de Jean Watson, que brinda la enfermería en la rehabilitación del paciente que ha sufrido un episodio de Ictus	Opinión acerca de las cualidades del hacer de enfermería	Aptitudes y valores que facilitan a que el paciente experimente sensaciones de bienestar y confianza, al lograr que perciba un vínculo afectivo en la interrelación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percibe y trata al paciente como una persona</li> <li>• Muestra amabilidad en su accionar y en el modo de expresarse</li> <li>• Lo hace sentir cómodo preguntándole cómo se siente</li> <li>• Le demuestra tranquilidad mediante su forma de actuar</li> <li>• Le genera confianza con sus actitudes</li> <li>• Le brinda orientación adecuada toda vez que el paciente se lo requiere</li> <li>• Le demuestra respeto por sus creencias, valores y sentimientos</li> </ul>

		Opinión acerca de la apertura a la comunicación enfermero-paciente	Grado de apertura de la enfermera a un proceso recíproco, fundamental para la adaptación, y el afrontamiento, a través de habilidades comunicativas que se orientan a la escucha activa, al diálogo, a la presencia real y a la comprensión de quien es cuidado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo mira a los ojos cuándo le habla</li> <li>• Maneja correctamente el tiempo que le dedica</li> <li>• Le facilita el dialogo a través de preguntas abiertas</li> <li>• Lo escucha atentamente cuándo Ud. quiere dialogar</li> <li>• Le explica los Tratamientos antes de realizarlos</li> <li>• Lo llama por su nombre o alias</li> <li>• Le brinda consejos en la atención de su salud para ayudar a su pronta mejoría</li> <li>• Comparte información oportuna para que tome decisiones acertadas en cuanto a su recuperación</li> </ul>
		Opinión acerca de la disposición para la atención	La enfermera no se limita al acto del acompañar al paciente, sino que profundiza en su realidad, para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo interpersonal que los une, tomando al cuidado, como un ideal moral y ético de la profesión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responden con claridad a lo que se les pregunta</li> <li>• Le dan su nombre y cargo antes de atenderlo</li> <li>• Explican los cuidados con buen tono de voz</li> <li>• Atiende sus necesidades de manera integral</li> <li>• Le proporcionan información suficiente</li> <li>• Siempre están pendientes del paciente</li> <li>• Permiten que el paciente exprese sus sentimientos</li> <li>• Brindan una atención rápida y directa</li> <li>• Identifican todas las necesidades</li> <li>• Se preocupa diariamente por su estado de ánimo</li> <li>• Habitualmente le atiende con calidad y con calidez</li> <li>• Le enseña técnicas de manejo del dolor</li> <li>• Siempre le brinda</li> </ul>

				una atención responsable • Respeto sus decisiones • Indican que no les molesta que las llamen • Respeto la intimidad • Administra los medicamentos según las indicaciones
--	--	--	--	---

### 3. POBLACION Y MUESTRA

Se tomará como población, a la cantidad total de pacientes que habiendo sufrido un episodio de Ictus, ingresaron al Servicio de Neurología del Hospital Córdoba de Alta Complejidad, de la ciudad de Córdoba, durante los meses de Octubre y Noviembre del año 2021.

Para la obtención de un tamaño de muestra representativa, se aplicará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N-1) e^2 + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

- n = tamaño de la muestra
- N = población
- z = porcentaje de confianza 95% (0.95)
- p = variabilidad positiva 0.5
- q = variabilidad negativa 0.5
- e = porcentaje de error de 5% (0.05)

Convertida a cifras:

- n = tamaño de la muestra
- N = 40 (20 x mes)
- z = (0.95)

p = 0.5  
q = 0.5  
e = 0,05

$$n = \frac{0,90 \times 0,5 \times 0,5 \times 40}{39 \times 0,025 + 0,90 \times 0,5 \times 0,5} = \frac{9}{0,32} = 28 \text{ pacientes}$$

Criterios de inclusión:

- \* Pacientes hospitalizados en el Servicio de Cuidados Especiales del Hospital Córdoba de Alta Complejidad, que han sufrido un episodio de Ictus, en los meses de Octubre y Noviembre de 2021.
- \* Pacientes hospitalizados que pudieran leer y escribir para el momento de la autorización del consentimiento informado. (Anexo N° 3)
- \* Pacientes que han accedido a colaborar, y que han firmado el consentimiento informado.
- \* Paciente lucido, orientado en tiempo, espacio, persona.
- \* Pacientes mayores de 18 años de edad.

Criterios de exclusión:

- \* Quienes no firmaron consentimiento informado. (Anexo N° 3)
- \* Quienes no desean colaborar con la investigación.
- \* Pacientes con alteraciones cognitivas.
- \* Pacientes con problemas mentales.
- \* Pacientes que permanecerán en el servicio menos de 24 horas.

#### **4. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

La fuente a utilizar será del tipo primaria, ya que existe un contacto directo con el origen de los datos, la técnica será la de encuesta, y el instrumento a utilizar, un formulario del tipo cuestionario prediseñado.

El instrumento para medir la opinión acerca del Cuidado Humanizado de enfermería, será un formulario tipo cuestionario Clinicountry – 3ra versión, con escala de Likert para su valuación. Este consta de introducción, datos generales, y contenido de 32 ítems, con 4 alternativas de respuesta, cada una valorada de 1 al 4 según una tabla de puntaje. Los puntajes asignados a cada pregunta para evaluar el cuidado humanizado, varían según el tipo de respuesta que emitan en referencia a si consideran la periodicidad de su cumplimiento como: “siempre”, “casi siempre”, “algunas veces” o “nunca”. Siendo sus dimensiones: cualidades del hacer, apertura a la comunicación y disposición para la atención.

El instrumento que se utilizará para la recolección de datos, fue elaborado en la Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería de Bogotá, en el año 2014 por parte de los autores Rivera y Triana, y fue declarado como válido y confiable a través del instrumento “Percepción del Comportamiento del Cuidado Humanizado de Enfermería PCHE Clinicountry - 3ra versión”. (Anexo N° 4)

A este procedimiento se le aplicó la prueba Alfa de Crombach, obteniendo como resultado 0,987, es decir que existe significación estadística, ya que la probabilidad de error es menor del 5% (0,05).

## **5. PLANES**

### **RECOLECCION DE DATOS**

La recolección de los datos, se realizará por medio de un formulario del tipo cuestionario a completar, que se entregará a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, para que conjuntamente con sus familiares o acompañantes, en un lapso de veinticuatro horas, den respuestas a los interrogantes planteados, marcando solo una tilde o cruz, en los casilleros dispuestos a tal fin, según la alternativa que consideren que más se ajusta a cada pregunta, en caso de dudas, se les explicará con más detalle al momento de la entrega del mismo.

## PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

- Una vez aplicado el instrumento, se realizará el primer control de calidad de los datos, revisando el completo llenado del mismo.
- Seguidamente se registrarán los datos obtenidos en una matriz de consolidado, preparada exclusivamente para dicho fin en MS Excel, en el programa SPSS 25, teniendo en cuenta la codificación previa de los valores atribuidos a cada respuesta.
- Posteriormente se realizará el procesamiento de los datos, presentándolos en tablas y gráficos que serán analizadas de manera individual, haciendo uso de la estadística descriptiva de los 32 ítems, distribuidos en tres áreas de análisis, según las dimensiones en que se dividió a la variable:
  - \* Cualidades del hacer de enfermería: (7 indicadores)
  - \* Apertura a la comunicación enfermera - paciente: (8 indicadores)
  - \* Disposición para la atención: (17 indicadores)

Y luego otra en forma global, para determinar la opinión general acerca del Cuidado Humanizado

Se puede agregar además, un indicador estadístico que aportará más datos para el análisis posterior; es el llamado valor del “Nivel de Incertidumbre” (NI) que de acuerdo a la información relevada, servirá para evaluar con un puntaje “directo”, la opinión acerca del Cuidado Humanizado por parte de los pacientes. (Anexo N° 5: Tabla Matriz)

Puntaje mínimo: 32 puntos (32 preguntas contestadas con 1 = NUNCA)

Puntaje máximo: 128 puntos (32 preguntas respondidas con 4 = SIEMPRE)

Rango de calificación puntaje MALO: 32 – 63

Rango de calificación puntaje REGULAR: 64 – 87

Rango de calificación puntaje BUENO: 88 – 111

Rango de calificación puntaje MUY BUENO: 112 – 128

## PLAN DE PRESENTACION DE DATOS

A continuación se exponen ejemplos de Tablas de Presentación de los datos que se obtendrán, separados de acuerdo a los indicadores de cada una de las Dimensiones de la Variable, que derivan de la información consolidada en la tabla Matriz. Estas tablas serán acompañadas por gráficos estadísticos del tipo “Cartesiano o de Barras”, y “Circular o de Torta”, para ayudar a su comprensión.

**TABLA DE PRESENTACION DE DATOS PARA CADA DIMENSION DE LA VARIABLE:**

**TABLA N°1:** Opinión acerca del cuidado humanizado brindado por el sector de enfermería en dimensión a las “**Cualidades del hacer de enfermería**”, de los pacientes ingresados por Ictus al Servicio de Neurología del Hospital Córdoba, durante los meses de Octubre y Noviembre del año 2021.

<b>INDICADORES PARA LA DIMENSION DE LAS CUALIDADES DEL HACER DE ENFERMERIA</b>	<b>NUNCA</b>	<b>CASI NUNCA</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
Percibe y trata al paciente como una persona				
Muestra amabilidad en su accionar y en el modo de expresarse				
Lo hace sentir cómodo preguntándole cómo se siente				
Le demuestra tranquilidad mediante su forma de actuar				
Le genera confianza con sus actitudes				
Le brinda orientación adecuada toda vez que el paciente se lo requiere				
Le demuestra respeto por sus creencias, valores y sentimientos				
<b>FRECUENCIA TOTAL PARA CADA OPCIÓN</b>				
<b>PORCENTAJE PARA CADA OPCIÓN</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>

**TABLA N°2:** Opinión acerca del cuidado humanizado brindado por el sector de enfermería en dimensión a las “**Apertura a la comunicación enfermero-paciente**”, de los pacientes ingresados por Ictus al Servicio de Neurología del Hospital Córdoba, durante los meses de Octubre y Noviembre del año 2021.

<b>INDICADORES PARA LA DIMENSION DE LA APERTURA A LA COMUNICACIÓN ENFERMERO-PACIENTE</b>	<b>NUNCA</b>	<b>CASI NUNCA</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
Lo mira a los ojos cuándo le habla				
Maneja correctamente el tiempo que le dedica				
Le facilita el dialogo a través de preguntas abiertas				
Lo escucha atentamente cuándo Ud. quiere dialogar				
Le explica los tratamientos antes de realizarlos				
Lo llama por su nombre o alias				
Le brinda consejos en la atención de su salud para ayudar a su mejoría				
Comparte información oportuna para que tome decisiones acertadas				
<b>FRECUENCIA TOTAL PARA CADA OPCIÓN</b>				
<b>PORCENTAJE PARA CADA OPCIÓN</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>

**TABLA N°3:** Opinión acerca del cuidado humanizado brindado por el sector de enfermería en dimensión a las “**Disposición para la atención**”, de los pacientes ingresados por Ictus al Servicio de Neurología del Hospital Córdoba, durante los meses de Octubre y Noviembre del año 2021.

<b>INDICADORES PARA LA DIMENSION DE LA DISPOSICION PARA LA ATENCION</b>	<b>NUNCA</b>	<b>CASI NUNCA</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
Responden con seguridad y claridad a sus preguntas				
Indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos				
Le explican los cuidados usando un tono de voz adecuado				
Atiende sus necesidades básicas de manera integral				
Siempre está pendiente de Usted				
Le escucha atentamente				
Se preocupa diariamente por su estado de ánimo				
Permite que exprese sus sentimientos				
Responde siempre a sus llamados				
Habitualmente le atiende con calidad y con calidez				
Le enseña técnicas de manejo del dolor				
Siempre le brinda una atención responsable				
Respeto sus decisiones				
Le brinda una atención rápida y directa constantemente				
Le indica que no le molesta que le llamen				
Siempre respeta su intimidad				
Le administra los medicamentos según las indicaciones				
<b>FRECUENCIA TOTAL PARA CADA OPCIÓN</b>				
<b>PORCENTAJE PARA CADA OPCIÓN</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>

## PLAN DE ANALISIS DE DATOS

El análisis de los datos se realizará detalladamente, mediante la aplicación de la estadística descriptiva, en donde luego de ser procesados a través del programa informático Microsoft Office MS Excel SPSS 25, se compararán los resultados de la frecuencia con que se lleva a cabo la actividad especificada en cada pregunta indicador (32 items), según la opinión del paciente encuestado, para luego transformarla en un porcentaje sobre el total de respuestas posibles de acuerdo a las cuatro opciones de la escala de Likert (Nunca=1, Casi Nunca=2, Algunas Veces=3, Siempre=4) , que determinará finalmente su grado de concreción.

Los indicadores brindarán, de acuerdo a la opinión de cada paciente encuestado, una acabada descripción de las condiciones profesionales y personales de los agentes de salud, respecto de características específicas para cada una de las dimensiones, a saber: Para las “Cualidades del hacer de enfermería” (siete indicadores): percibir al paciente como persona, tratarlo con amabilidad, brindarle comodidad y buena atención, demostrarle tranquilidad, generarle confianza, y mostrar respeto por sus creencias y valores. Para la “Apertura a la comunicación enfermero-paciente” (ocho indicadores): establecer contacto visual, dedicarle tiempo, facilitar el dialogo, explicarle los procedimientos, identificarlo por su nombre, escucharlo atentamente, y brindarle orientación en la atención de salud. Y referidos a la “Disposición para la atención” (diecisiete indicadores) : compartir información para que pueda tomar decisiones, responder prontamente a sus llamados, identificar sus necesidades integrales, preocuparse por su estado de ánimo, brindarle una atención de calidad y con calidez, ayudarlo en el manejo del dolor, darle un cuidado responsable, respetar sus decisiones, una atención rápida y directa, respetar su intimidad, y administrarle oportunamente los medicamentos indicados. Análisis que en su conjunto, determinará la opinión global sobre el “Cuidado humanizado” recibido.

## 6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PRESUPUESTO

### CRONOGRAMA

Las actividades que se llevarán a cabo para realizar el proyecto se organizarán utilizando el siguiente gráfico de Gantt:

Etapas	2021				- 2022	
	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Febrero	Marzo
Revisión del proyecto						
Recolección de datos						
Tabulación y análisis de datos						
Presentación de resultados						
Análisis de resultados						
Elaboración de informe final						
Publicación						

## PRESUPUESTO

Se indican los recursos humanos, materiales y económicos con los que se debe contar para la realización del proyecto:

<b>Recursos</b>	<b>Rubro</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Precio Unitario</b>	<b>Precio Total</b>
<b>Humanos</b>	Investigadores	1	\$ 2.500.-	\$ 2.500.-
	Analista de sistemas	1		
<b>Materiales</b>	Art. de librería	Varios	\$ 1.500.-	\$ 16.060.-
	Art. de oficina	Varios	\$ 800.-	
	Fotocopias	420	\$ 1.260.-	
	Impresiones	2500	\$ 10.000.-	
	Encuadernación	5	\$ 2.500.-	
<b>Comunicación</b>	Telefonía	2 hs.	\$ 500.-	\$ 1.500.-
	Internet	60 hs.	\$ 1.000.-	
<b>Transporte</b>	Público	Varios	\$ 600.-	\$ 2.600.-
	Privado	Varios	\$ 2.000.-	
<b>Imprevistos</b>	Varios	Varios	\$ 1.000.-	\$ 1.000.-
<b>TOTAL GENERAL</b>				\$ 23.660.-

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Arco Canoles, O., Suarez Calle, Z.K. (2018). *Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud Colombiano*. Univ. Salud. ; 20(2):171-182.DOI:  
<http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121>

Bacas, C. (2018). *Atención y seguridad del paciente (Código Ictus, Infarto y Sepsis)*  
Disponible en: <https://scielo>

Bermejo, J. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria*. Editorial Bilbao

Bermejo, J. (2017). *Humanización y relación*. [www.josecarlosbermejo.es](http://www.josecarlosbermejo.es) › humanización y relación. Disponible en: <https://scielo>

Boletín de la Organización Mundial de la Salud. (2018). *Boletín Anual*. 96:799.DOI:  
<http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.226266>

Bórquez, O. (2019). *Las tendencias globales que impactan la gestión de Recursos Humano*. Disponible en: <https://scielo>

Castañeda Orozco, M.J., Rincón, G.P. (2015). *Empoderamiento, una utopía posible para reconstruir la humanización en Unidades de Cuidado Crítico*. 20(1): 13-34. DOI:  
[10.17151/hpsal.2015.20.1](https://doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.1)

Castilla y León, M. (2018). *Estrategia de humanización*.  
Redacción Médica. Disponible en: <https://goo.gl/qc7qRB>

Chamba Guamo, L. (2020). *Intervenciones de Enfermería en la vida de un paciente y su familia tras un ICTUS*. Revista Ocronos. Vol. III. N° 2 – Junio 2020. Pág. Inicial: Vol. III; N°2:1

Choreño-Parra, J.A., Carnalla-Cortés, M., Guadarrama-Ortíz, P. (2019). *Enfermedad vascular cerebral isquémica, revisión para el médico interno*. [www.medicinainterna.org.mx](http://www.medicinainterna.org.mx) Artículo de revisión. Med Int Méx.<https://doi.org/10.24245/mimv35i1.221>

Clarke, D., Holt, J. (2014). *Understanding nursing practice in stroke units: a Q-methodological study*. *Disability and Rehabilitation*. Cited 2017 ;37(20):1870-1880. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638288.2014.986588>

Colchón Alcantara, K. (2016). *Tesis Cuidado humano: saber, ser y hacer del estudiante de enfermería, según la teoría de Watson*. Universidad Nacional de Lambayeque

Congreso sobre accidente cerebrovascular isquémico agudo. (2019). Vol.79 (Supl.)  
II: 1-46ISSN 1669-9106 Buenos Aires - Argentina.

Correa, M.L. (2016). *La humanización de la atención en los servicios de salud*. Cuid.; 7(1): 1227-31. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300> © 2016 Universidad de Santander Albacete. Rev Clin Med Fam vol.10 no.1

Díaz Avila, S. (2020). *Guía para un plan de egreso en personas con secuelas por enfermedad Vascular Cerebral*. <http://orcid.org/0000-0003-3988-5937>\_ Scielo univ vol.16 no.4 México <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.746>

Donabedian, H. (1985). *Explorations in quality assessment and monitoring*. Vol. 1. The definition  
quality and approaches to its assessment, Vol. II. The criteria and standards of quality,  
; Vol. III. The methods and findings of quality assessment and monitoring: An illustrated  
analysis. Ann Arbor: Health Administration Press.

Doussoulin, A. (2019). *Efectos de la espasticidad en la recuperación motora posterior a un ACV*. Versión On-line ISSN 0717-9227

Escobar-Castellanos, N. (2018). El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico  
en salud. Versión On-line ISSN 1726-569XActa bioeth.vol.24 no.1 Santiago jun.  
2018<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>

Estadísticas globales de accidentes cerebrovasculares. (2017). Thrift AG, Thayabaranathan T, Howard G, Howard VJ, Rothwell PM, Feigin VL, et al. Global stroke statistics. Int J Stroke 01; 12(1):13-32.

Fain, A. (2016). *Journal of Holistic Nursing*American Holistic Nurses Association. Volume 34  
Number 1March 2016 35 –41© 5<http://jhn.sagepub.com>35Older adults, Nursing / Vol.  
10 Peplau's Theory of Interpersonal /

- Ferrer Pérez, R., Ferrer Carrión, M., & Miranda Quintana, J. A. (2018) *Acciones de enfermería en pacientes con afecciones cerebrovasculares*. Revista Cubana de Enfermería, 18(3), 189-193. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-)
- Ferrante, C. (2014). *Investigación de Desarrollo Científico y Tecnológico*. Universidad Católica del Norte. Av. Angamos, 610 1270709 – Antofagasta – Chile  
caferrante@gmail.com Hist. cienc. saude-Manguinhos vol.21 no.2 Rio de Janeiro
- Forrellat Barrios, N. (2014.) *Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible*. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter vol.30 no.2 Ciudad de la Habana
- Galli, A., Pagés y Swieszkowsk, N. (2017). *Residencias de cardiología*. Buenos Aires-Argentina.  
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
- Galvis MA. (2015). *Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica*. Rev Cuid. 2015; 6(2): 1107-19.<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>© 2015
- García Alfonso, P. (2019). *Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo*. ISSN 0041-9095 Med.2019;60(3).  
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-3.actuDOI>
- García Cabeza, C. (2014). *Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario*. Metas Enferm; 17(1): 70-74. Barcelona.
- García Gavilán, H. (2017). *DUE en Servicio Andaluz de Salud*. Revista Electrónica de Portales Médicos
- González Piña, M. (2016). *Epidemiología, y clasificación de la enfermedad vascular Cerebral*. Archivos de Medicina (Col)IS16320Xmedicina@umanizales.edu.co Universidad de Manizales Colombia
- Gonzalez, I. (2016). *El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud*. Pages 8-19

- Guerrero-Núñez, M. (2015). *Una reflexión sobre la autonomía y el liderazgo en enfermería*. Aquichan vol.15 no.1 Bogotá Jan./Mar. 2015 <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.12>
- Gutiérrez Fernández, L. (2017) *Revista Clínica de Medicina de Familia*. versión On-line ISSN 2386-8201 versión impresa ISSN 1699-695X Rev Clin Med Fam vol.10 no.1 Albacete
- Gutiérrez, T. (2018). *Nightingale a timeless* citado en trabajo fin de grado. 2017/2018 Facultad de enfermería Universidad de Cantabria.
- Hernández, E. (2019). *Revista cuba. inf. cienc. Salud*. vol.30 no.3 La Habana jul.- set. 2019. Ed. pub 30-Oct-2019
- Higuera-Dagovett, E., Rojas-Gil, M., Garzón, D. (2015). *Experiencia de hipertensión arterial en la relación paciente, familia y contexto de ayuda*. Rev. Salud Pública. 17 (6): 874-85.
- Hinostroza, N. (2014). *El cuidado profesional de enfermería un enfoque humanístico*. Rev .enferm. vanguard.; 2 (1):86-97.
- Izquierdo, M. (2015). *Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana*. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686/131>
- Joan Montaner Villalonga, M., David García Dorado, E., Hernández-Guillamón, M.del M., (2016). *Tesis en la Universitat Autònoma de Barcelona*. España [españolhttps://dialnet.unirioja.es/tesiso](https://dialnet.unirioja.es/tesiso)
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Martínez-Sánchez, P., Fuentes, B., Ruiz Ares, G. (2015). *Ictus isquémico, infarto cerebral y ataque isquémico transitorio*. Medicine 11(71): 4230-4241. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541215300020>
- Meleis, A., Jennings, B. (1989). *Theoretical Nursing Administration: Today's Challenges, Tomorrow's Bridges*. Dimensions of Nursing Administration: Theory, Research, Education, Practice, Blackwell Scientific Publications. p. 7-18. Boston

Ministerio de Salud de la Nación. Edición (2015). *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Enfermedades Crónicas no Transmisibles*. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt->

Monje, P. (2018) *Ciencia y enfermería*. versión On-line ISSN 0717-9553 vol.24 Concepción Epub 25-<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100205>

Muñoz, R.L. (2018). *Habilidades de comunicación*. Disponible en: <https://www.compartemente.com>

Nightingale, F. (1989). *Notas sobre Enfermagem*. São Paulo. Brasil

Nogueras Pau, N. (2016). *Gestión de la calidad en los servicios asistenciales. Fundamentos de la calidad asistencial*. comtec 1 pag 8

Núñez, A. (2015). *El enfoque de derechos en salud*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Instituto de Derechos Humanos. Maestría en Derechos Humanos. Agosto de 2015. PG 66

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Salud en las Américas, edición del 2017. Washington, D.C.: OPS; 2017.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estrategia de la OMS sobre la medicina tradicional 2014-2023*. Ginebra, Suiza: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades cardiovasculares*. Disponible en: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Accidentes cerebro vasculares*. Disponible en: [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/es](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/es)

Palazón-Cabanes, N. (2017). *Análisis de factores de riesgo cardiovascular: indicadores de Calidad intrahospitalaria en ictus isquémico agudo*. Recuperado de science Direct. Aten Fam.2017;24(4):150-155 <https://doi.org/10.1016/j.af.2017.10.003>Get rights and content

- Pigreitti, S.G. (2019). *Congreso sobre accidente cerebrovascular isquémico agudo*. Buenos Aires - Argentina; Vol. 79 (Supl. II): 1-46ISSN 1669-9106
- Ramos, A.C. (2020). *Opinión de los facultativos y usuarios sobre los avances de la e-salud en la atención primaria*. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com>
- Rangel Gomes, S., Senna, M. (2008). *Assistencia de enfermagem a pessoa com acidente vascular cerebral Cogitare Enfermagem*. Abril - Junio, 13(2) 220-226. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/4836/483648979008/>
- Raile Alligood , A. M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Edición 9. 616 pág. Recuperado de: Elsevier Health Sciences
- Rehabilitación de accidente cerebrovascular. (2019). Obtenido de: Mayo Clinic <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/stroke/in-depth/stroke>
- Rodríguez del Rio, C. (2019). *Cuidados enfermeros y humanización de asistencia sanitaria*. Revista Enfermería CyLVol 11 - Nº 1 Revista Enfermería CyLVol 11 - Nº 1 Zamora
- Rodríguez, P., Parra Carrillo, G., Arias Torres, M. (2015). *Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3º y 4º nivel de atención*. Ciencia y Cuidado; 12(1):105-118. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/331/345>
- Rodríguez Serrano, M. (2018). Trabajo fin de grado RB sobre *La protocolización de los cuidados en enfermería en ACV*. 4210
- Rosso, H. (2015). *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 4(1), 12-16. [https://doi.org/10.22235/ech.v4i1.513\\_Montevideo](https://doi.org/10.22235/ech.v4i1.513_Montevideo)
- Sanchez, M. (2020). *El consejero de Sanidad. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria*. Session ID: 2020-10-11:f535348e662ec110fe7f4166 Player Element ID: 5f838f7a65088.

- Sanchez, I. (2016). *El diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad en salud*. 20(4):546. Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba
- Sánchez Lozano, M. (2018). *Calidad de vida de pacientes a los 6 meses de un ictus isquémico*. [http://scielo.sld.cu/scielo.phpscript=sci\\_arttext&pid=S1729Rev.Finlay.vol.8no.1](http://scielo.sld.cu/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S1729Rev.Finlay.vol.8no.1) Cienfuegos
- Sociedad Española de Neurología. (2017). *La fundación del cerebro. El Ictus*. Disponible en: <http://www.fundaciondelcerebro.es/index.php/enfermedades-neurologicas/121-el-ictus0>
- Testa, D.E. (2018). *Apuntes vol.45 no.83.Universidad de Buenos Aires*. Universidad Nacional de San Martín, Argentina <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.21678/apuntes.83.919>
- Tomas, R. (2016). *Portal de salud y Medicina. Última revisión médica*. Publicado en Onmeda
- Torres, M. (2015). *Características clínico epidemiológicas de pacientes ingresados por enfermedad cerebrovascular en una unidad de cuidados de Santiago de Cuba*
- Valle, L. (2014). *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. versión impresa ISSN 1137-6627 vol.37 N°1 Pamplona Madrid <http://dx.doi.org/10.4321/S113766272014000100013>
- Vera Regina, W. (2014). *Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia*. Index de Enfermería, 23.
- Vergel, Francisco Álvarez (2020). *Intervenciones de enfermería en la vida de un paciente*. Disponible en: <http://scielo>
- Watson, J. (1999). *Teoría del Cuidado Humano*. New York: Harcourt-brace. Disponible en: <http://scielo>
- Watson, J. (1999). *Postmodern nursing and beyond*. New York: Harcourt-brace. Disponible en: <http://scielo>
- Zarate Grajales, D. (2017). *La Gestión del Cuidado de Enfermería*. Disponible en: <http://scielo.isci>

## SECCIÓN ANEXOS

### Anexo N° 1

#### PRUEBA PILOTO

Un aspecto importante y fundamental en la construcción de un instrumento de evaluación es la Prueba Piloto, actividad que consiste en examinar en la práctica el funcionamiento y la utilidad del mismo, en una cantidad reducida de participantes con características semejantes a las de la población que será objeto del proyecto de investigación.

De acuerdo a los resultados del relevamiento de los datos, recogidos por medio del formulario en forma de cuestionario (Anexo N°2), utilizado en una prueba piloto realizada sobre Cinco pacientes que reunieron todas las características arriba mencionadas, luego de volcar sus respuestas en una Tabla Matriz y en un Cuadro de Frecuencias (Anexo N°3), y apoyándonos en los gráficos que se exponen a continuación, podemos indicar respecto de las tres dimensiones en que se dividió a la variable para su estudio, que la primera (ítems 1-2-3-6-7 y 8 de la Tabla Matriz) referida a la ***“Opinión de los pacientes acerca de las Cualidades del Hacer de Enfermería” (Gráfico N°1), fue alcanzada “Algunas Veces” en un 49%, “Siempre” un 31%, “Casi Nunca” el 17% y “Nunca” el 3%.*** La segunda: (ítems 4-5-9-10-13-14-16 y 19) ***“Apertura a la Comunicación Enfermero-Paciente” (Gráfico N°2) se logró “Casi Nunca” en un 57%, “Algunas Veces” un 22%, “Siempre” el 12% y “Nunca” el 9%.*** En cuanto a la tercera dimensión (ítems 15-18-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31 y 32), referida a la ***“Disposición para la Atención” del cuerpo de enfermeras (Gráfico N°3), se concretó según la opinión de los pacientes y sus familiares, “Algunas Veces” en un 49%, “Casi Nunca” un 29%, “Nunca” el 13% y “Siempre” el 9% de los casos.***

Respecto de la ***Opinión general de los pacientes acerca del Cuidado Humanizado, brindado por parte del sector de enfermería (Gráfico N°4), fue recibido: “Algunas Veces” un 43%, “Casi Nunca” un 34%, “Siempre” el 14% y “Nunca” en el 9% de las ocasiones.*** También queda expuesto que de acuerdo al ***Nivel de Incertidumbre (NI) planteado previo al procesamiento de los datos, el 60% de los encuestados califica al cuidado recibido como***

**“Regular” (64 a 87 puntos), y el restante 40% como “Bueno” (88 a 111 puntos). (Anexo N°3-Tabla Matriz).**

A continuación se presentan las correspondientes tablas y gráficos descriptivos:

**TABLA N°1:** Opinión acerca del cuidado humanizado brindado por el sector de enfermería en dimensión a las **“Cualidades del hacer”**, de los pacientes ingresados por Ictus al Servicio de Neurología del Hospital Córdoba, durante los meses de Octubre y Noviembre del año 2021.

<b>INDICADORES</b>	<b>NUNCA</b>	<b>CASI NUNCA</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
Percibe y trata al paciente como una persona?	0	0	0	5
Muestra amabilidad en su accionar y en el modo de expresarse?	0	0	3	2
Lo hace sentir cómodo preguntándole cómo se siente?	1	1	3	0
Le demuestra tranquilidad mediante su forma de actuar?	0	0	4	1
Genera confianza con sus actitudes?	0	1	4	0
Le brinda orientación adecuada toda vez que el paciente se lo requiere?	0	2	1	2
Demuestra respeto por sus creencias, valores y sentimientos?	0	2	2	1
<b>FRECUENCIA TOTAL PARA CADA OPCION</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>17</b>	<b>11</b>
<b>PORCENTAJE PARA CADA OPCION</b>	<b>3%</b>	<b>17%</b>	<b>49%</b>	<b>31%</b>

**TABLA N°2:** Opinión acerca del cuidado humanizado brindado por el sector de enfermería en dimensión a las **“Apertura a la Comunicación”**, de los pacientes ingresados por Ictus al Servicio de Neurología del Hospital Córdoba, durante los meses de Octubre y Noviembre del año 2021.

INDICADORES	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
Lo mira a los ojos cuándo le habla?	1	4	0	0
Maneja correctamente el tiempo que le dedica?	0	3	2	0
Le facilita el dialogo a través de preguntas abiertas?	0	3	2	0
Lo escucha atentamente cuándo Ud. quiere dialogar?	0	2	2	1
Le explica los tratamientos antes de realizarlos?	3	2	0	0
Lo llama por su nombre o alias?	0	4	1	0
Le brinda consejos en la atención de su salud para ayudar a su mejoría?	0	1	2	2
Comparte información oportuna para que tome decisiones acertadas?	0	4	0	1
<b>FRECUENCIA TOTAL PARA CADA OPCION</b>	<b>4</b>	<b>23</b>	<b>9</b>	<b>4</b>
<b>PORCENTAJE PARA CADA OPCION</b>	<b>9%</b>	<b>57%</b>	<b>22%</b>	<b>12%</b>

**TABLA N°3:** Opinión acerca del cuidado humanizado brindado por el sector de enfermería en dimensión a las “Disposición para la Atención”, de los pacientes ingresados por Ictus al Servicio de Neurología del Hospital Córdoba, , durante los meses de Octubre y Noviembre del año 2021.

INDICADORES	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
Responden con seguridad y claridad a sus preguntas?	3	1	0	1
Indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos?	0	4	1	0
Le explican los cuidados usando un tono de voz adecuado?	0	2	3	0
Atiende sus necesidades básicas de manera integral?	0	0	4	1
Siempre está pendiente de Usted?	3	1	1	0
Le escucha atentamente?	0	3	2	0
Se preocupa diariamente por su estado de ánimo?	0	0	5	0
Permite que exprese sus sentimientos?	0	1	4	0
Responde siempre a sus llamados?	0	3	2	0
Habitualmente le atiende con calidad y con calidez?	0	1	3	1
Le enseña técnicas de manejo del dolor?	0	1	4	0
Siempre le brinda una atención responsable?	2	1	2	0
Respeto sus decisiones?	1	2	2	0
Le brinda una atención rápida y directa constantemente?	1	1	3	0
Le indica que no le molesta que le llamen?	0	3	1	1
Siempre respeta su intimidad?	0	1	2	2
Le administra los medicamentos según las indicaciones?	0	0	3	2
<b>FRECUENCIA TOTAL PARA CADA OPCION</b>	<b>10</b>	<b>25</b>	<b>42</b>	<b>8</b>
<b>PORCENTAJE PARA CADA OPCION</b>	<b>13%</b>	<b>29%</b>	<b>49%</b>	<b>9%</b>

**GRAFICO N°1: Opinión de los pacientes acerca de las cualidades del hacer de enfermería**

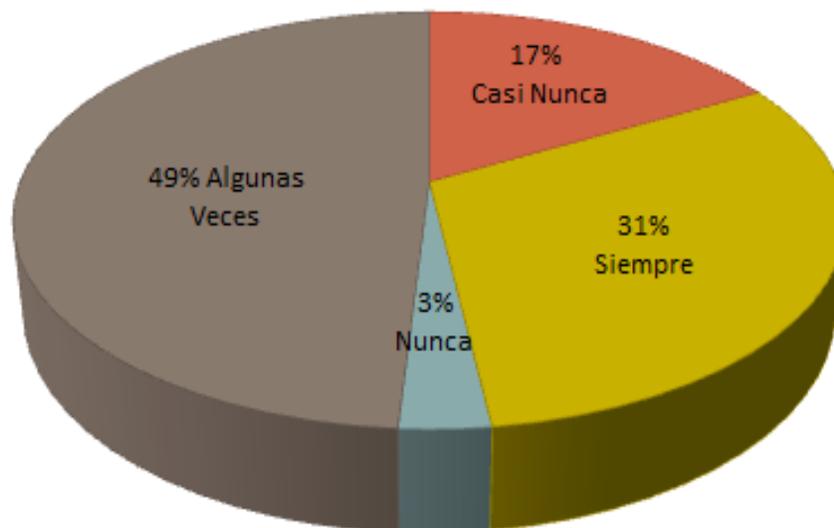
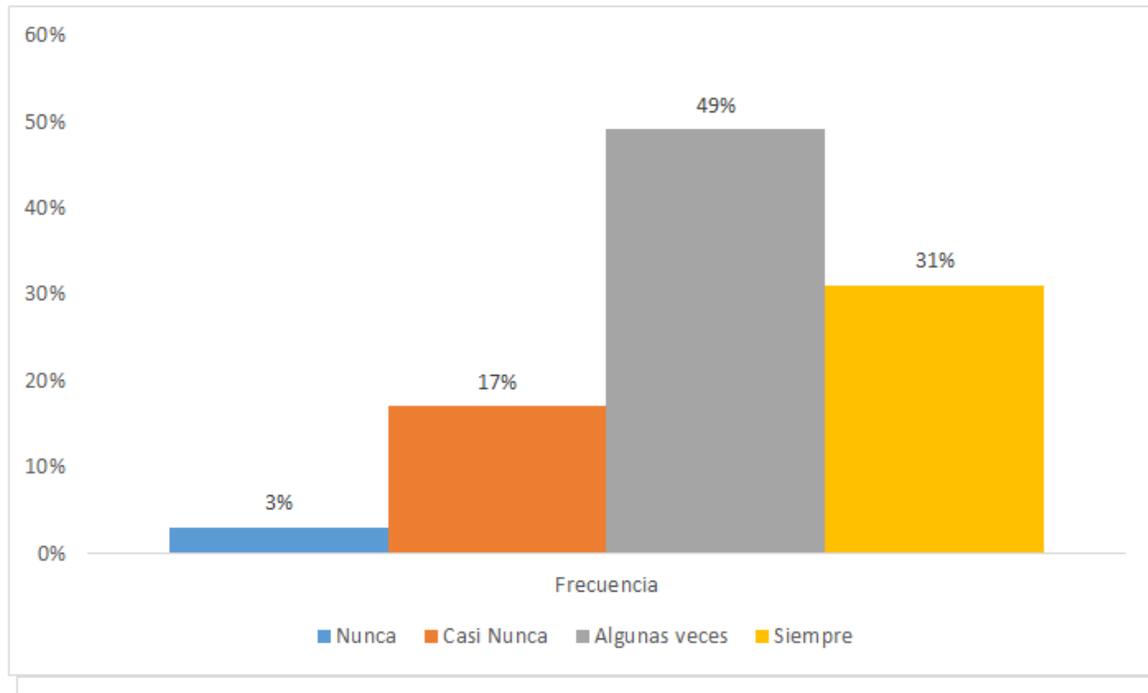


GRAFICO N°2: Opinión de los pacientes acerca de la apertura a la comunicación enfermero-paciente

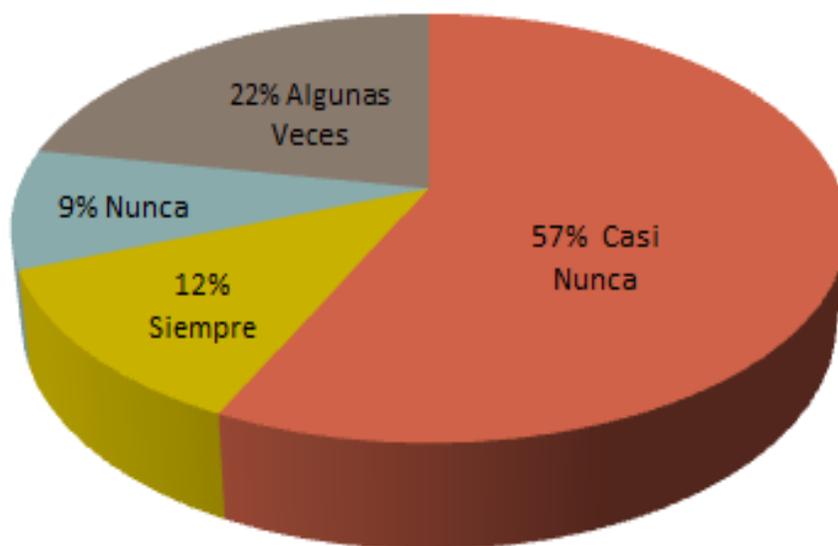
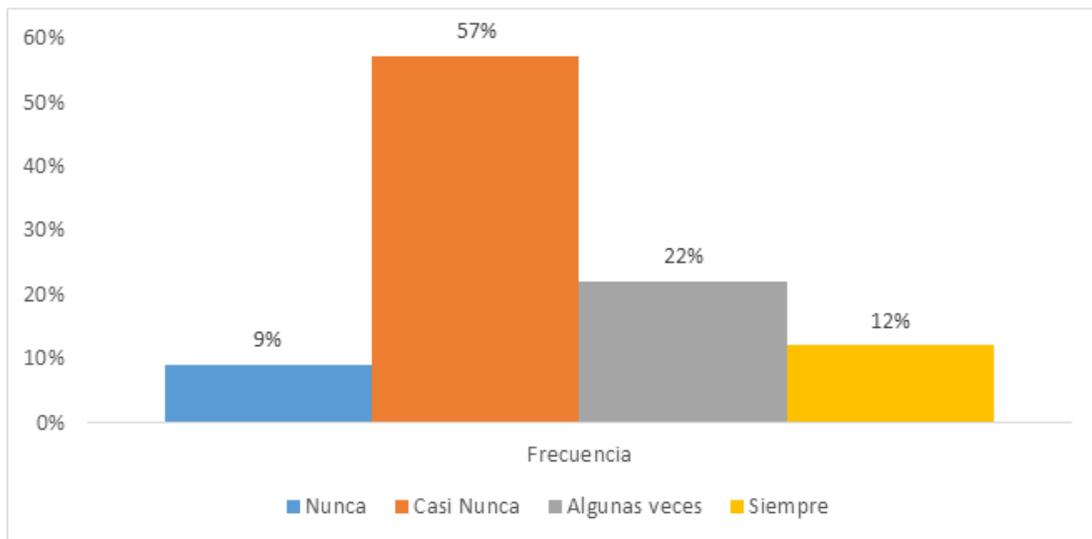


GRAFICO N°3: opinión de los pacientes acerca de la disposición para la atención

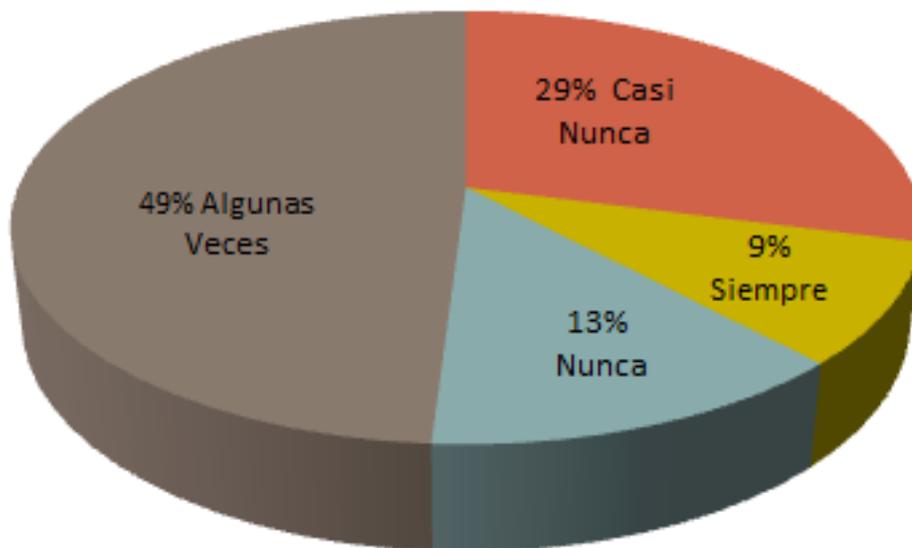
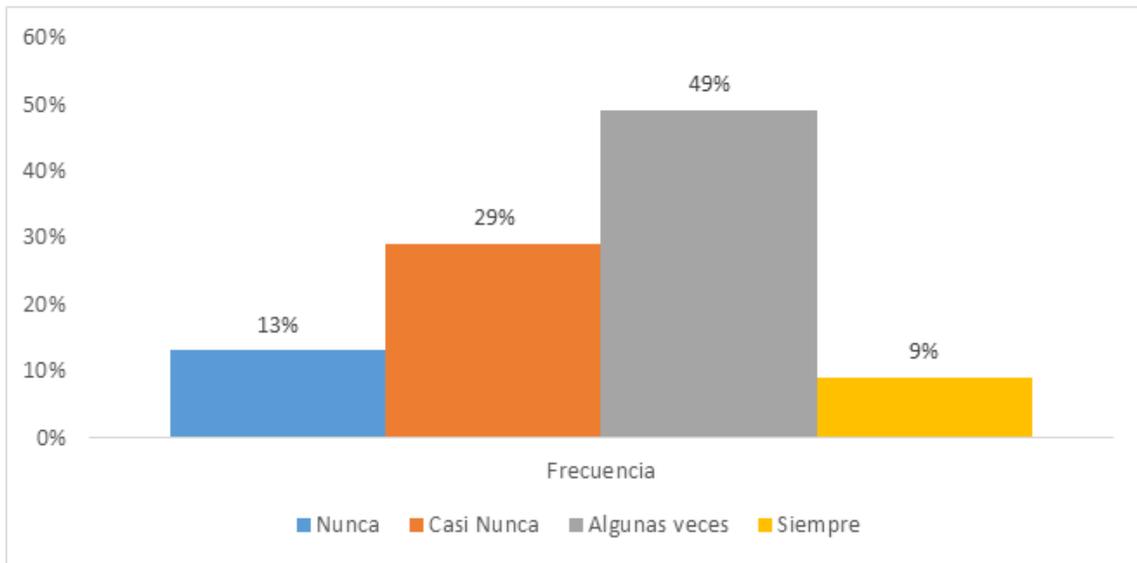
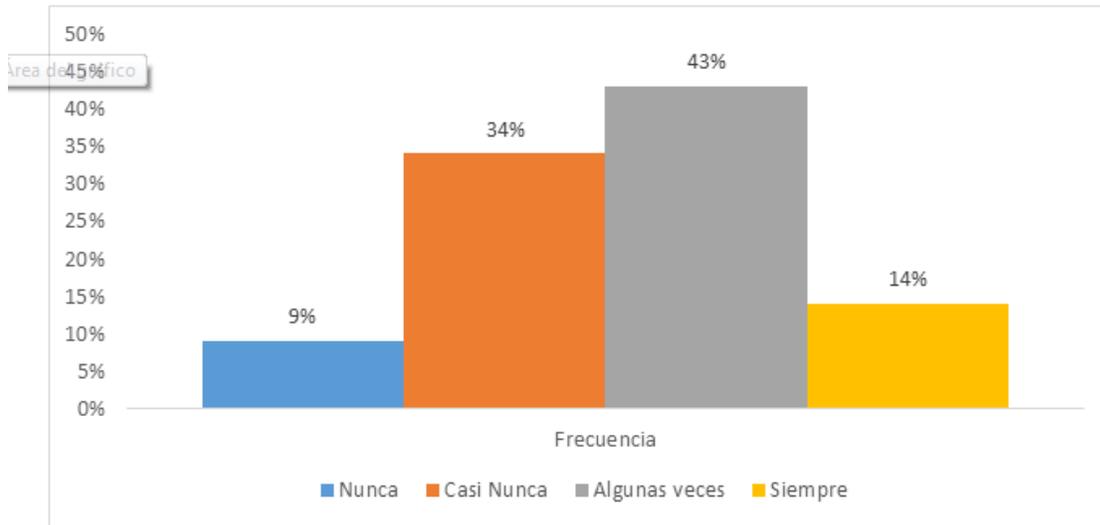


GRAFICO N°4: opinión de los pacientes sobre el cuidado humanizado que brinda el sector de enfermería



ANALISIS DE LOS DATOS DE LA PRUEBA PILOTO

Analizando los datos obtenidos en la prueba piloto, se puede observar que en cuanto a las tres dimensiones en que se dividió la variable de estudio, según la opinión de los pacientes que respondieron el cuestionario a través de las preguntas que funcionaron como indicadores, la referida a la “Apertura a la Comunicación Enfermero-Paciente” es la que peor consideración recibe, ya que entre las opciones de que fue brindada “Casi Nunca” y “Nunca”, suma el 66% de las respuestas; le sigue la de “Disposición para la Atención” con un acumulado del 42% para las alternativas de “Casi Nunca” y “Nunca”; y la dimensión de las “Cualidades del Hacer de Enfermería” aparece como la mejor recibida, con un porcentaje del 80% en la suma de las opciones positivas de “Algunas Veces” y “Siempre”.

Referido a la opinión global del cuidado recibido por los pacientes internados por esta afección, se puede determinar que es bastante negativa, ya que sumando las respuestas por “Algunas Veces” y “Siempre” se alcanza solo el 57% de la muestra, quedando el 43% para “Casi Nunca” y “Nunca”. En cuanto al Nivel de Incertidumbre general, alcanza un concepto apenas de rango “Regular” (puntaje de 82-Anexo N°3), como resultado para esta prueba.

Queda claro entonces, qué en la opinión de los pacientes y sus familiares acerca del Cuidado Humanizado brindado por el sector de Enfermería referido, este no alcanza niveles aceptables, ya que no colma las expectativas de los usuarios que son los destinatarios principales de este accionar; debido a que la indispensable y fluida relación comunicacional entre la enfermera y el paciente no se da con la habitualidad deseada, perciben un escaso contacto visual directo, demuestran que no se les otorga el tiempo que requieren, ni toda la información que necesitan (dimensión apertura a la comunicación); y que si bien existe un trato amable por parte de las enfermeras, que genera confianza y tranquilidad, le brindan comodidad y lo tratan como persona (dimensión cualidades del hacer), el interno no recibe una atención cálida y afectiva, no responden oportunamente a sus llamados, no siente que estén pendientes de Él, ni que se identifiquen la totalidad de sus necesidades (dimensión disposición para la atención), en resumen opina, que la profesional se limita a cumplir sus tareas específicas, en los tiempos establecidos para realizarlas, sin explayarse como debiera, en otras actitudes de cuidado humanizado, que está comprobado, contribuyen de manera primordial en el tratamiento holístico y en la rehabilitación de este tipo de afecciones.



## Anexo N° 2: NOTA DE AUTORIZACION



2020 - "Año del General Manuel Belgrano"

Córdoba, Septiembre de 2021

Hospital Córdoba de Alta Complejidad

Sr. Director

Dr.

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, con el fin de solicitarle la debida autorización para realizar dentro del sector del Servicio de Neurología, de la institución que dirige, una intervención de recolección de datos para el proyecto de investigación del que soy autora, y que trata sobre "Cuidado humanizado de enfermería en la rehabilitación del Ictus".

La actividad consiste en recabar la opinión acerca del cuidado humanizado que reciben por parte del servicio de enfermería, los pacientes que han sido ingresados por un episodio de Ictus a esta entidad, durante los meses de Octubre y Noviembre del año 2021, mediante el llenado de un cuestionario con el formato PCHE Clinicountry-3ra versión, debidamente aprobado para su utilización en este tipo de prácticas, respetando para ello las normas éticas de la institución, cumpliendo con la firma del respectivo consentimiento informado, garantizando la confidencialidad de las respuestas, el anonimato de los participantes, y la presentación posterior de los datos relevados, ante las autoridades de este nosocomio.

Sin otro particular, aguardando una respuesta favorable a lo solicitado, agradezco vuestra deferencia, y aprovecho la oportunidad para saludarlo atte.

.....  
Sonia Viviana Gounagno  
DNI N° 18017387  
Escuela de Enfermería-FCM-UNC

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### PROYECTO DE INVESTIGACION SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERIA EN LA REHABILITACION DEL ICTUS EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES DEL HOSPITAL CORDOBA DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE CORDOBA-REP ARGENTINA

Investigador Responsable: Gounagno, Sonia Viviana. Enfermera profesional. Estudiante del quinto año de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba – Argentina

Teléfono móvil: 155415495. Email: [sonia.gounagno@gmail.com](mailto:sonia.gounagno@gmail.com)

Revisado y autorizado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud del Hospital Córdoba

Se me ha informado que se está ejecutando un estudio cuyo objetivo es determinar la percepción que tienen los pacientes hospitalizados por Ictus en la Unidad de Cuidados Especiales del Hospital Córdoba, de la ciudad del mismo nombre, del cuidado humanizado que otorgan los profesionales de enfermería de ese departamento, durante los meses de Octubre y Noviembre del año 2021.

Dado que cumplo con las características y requisitos de incorporación al estudio, se me ha solicitado mi aprobación y consentimiento para participar, respondiendo una encuesta con la colaboración de mis familiares o acompañantes.

Se me ha explicado que la incorporación al estudio no implica riesgos ni costos y que mi participación, es absolutamente libre y voluntaria. De manera que puedo negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones, sin derivar esto en ninguna sanción ni menos aún, provocar un menoscabo en la atención que recibo o que necesite a futuro, yo o la persona que me acompaña.

Por último, si decido participar se me ha asegurado que toda información obtenida de datos y resultados, de las evaluaciones será manejada con reserva, y sólo para los fines de esta investigación, por las personas involucradas en el estudio.

Afirmo que he tenido la oportunidad de realizar libremente todas las consultas, y que se han aclarado mis dudas con respecto al estudio. Si requiriera efectuar consultas adicionales sobre el proyecto y sus procedimientos podré contactar al investigador responsable, cuyo teléfono y dirección se especifican al comienzo de este formulario.

Yo, \_\_\_\_\_ he sido debidamente informada(o)  
(Nombre del paciente/tutor)

Por el Sr./Sra./Srta. \_\_\_\_\_ respecto de este estudio.  
(Nombre de la persona que aplica el consentimiento)

Y he decidido: Aceptar  No aceptar  , mi participación en el mismo.

-----  
Firma del paciente/tutor

-----  
Firma persona que aplica el consentimiento

Córdoba, ..... de..... del 2021

Anexo N° 4: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

**INSTRUMENTO PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO  
DE ENFERMERÍA (PCHE) Clinicountry – 3ª versión**

Estimado(a) Señor(a): A continuación, le presentamos un cuestionario que describe los comportamientos de los agentes de Enfermería de este Hospital. De acuerdo a cada afirmación, marque con una X, la respuesta que según su percepción corresponde, a la forma en que se presentaron estos durante su hospitalización. Le sugerimos completarlo junto con sus familiares.

ITEM	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
1. Las enfermeras cuando lo asisten, lo hacen sentir como a una persona?				
2. Lo tratan con la debida amabilidad?				
3. Le demuestran su interés por brindarle comodidad durante su hospitalización?				
4. Lo miran a los ojos, cuando le hablan?				
5. Dedican tiempo para aclararle sus inquietudes?				
6. Lo hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con Usted?				
7. El personal de enfermería le hace sentir tranquilo(a), cuando está con Usted?				
8. Le generan verdadera confianza cuando lo cuidan?				
9. Le facilitan el diálogo y las conversaciones?				
10. Le explican antes, los procedimientos que le van a hacer?				
11. Responden con seguridad y claridad a lo que pregunta?				
12. Le dan su nombre y cargo, antes de realizarle los procedimientos?				
13. Le dedican el tiempo necesario para su atención?				

ITEM	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
14. Le dan indicaciones sobre su atención cuando Usted lo requiere?				
15. Explican los cuidados usando un tono de voz adecuado?				
16. Lo llaman por su nombre o alias?				
17. Demuestran respeto por sus valores y creencias religiosas?				
18. Atienden sus necesidades básicas de manera integral?				
19. Le proporcionan información suficiente para que Usted pueda tomar decisiones?				
20. Siempre están pendientes de Usted?				
21. Permiten que exprese sus sentimientos?				
22. Le brindan una atención rápida y directa constantemente?				
23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual?				
24. Le escuchan atentamente?				
25. Se preocupan diariamente por su estado de ánimo?				
26. Habitualmente le atiende con calidad y con calidez?				
27. Le enseñan técnicas de manejo del dolor?				
28. Siempre le brindan una atención responsable?				
29. Respetan sus decisiones?				
30. Le indican que no les molesta que les llamen?				
31. Siempre respetan su intimidad?				
32. Le administran los medicamentos según las indicaciones?				

Instrumento adaptado y validado por Rivera y Triana (2014)