

Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería*

Percepção do paciente crítico sobre os comportamentos de cuidado humanizado de enfermagem

Perception of the critical patient on the behavior of humanized nursing care

* Artículo derivado de la tesis de maestría "Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado en enfermería".

Cómo citar: Joven Z, Guáqueta Parada S. Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. Av Enferm [2019] 37(1):65-74.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646>

1 Zuli Milena Joven

Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Grupo de investigación de Urgencias y Cuidado Crítico (Bogotá, Colombia).

Correo electrónico: zmjovenb@unal.edu.co

Contribución: Diseño de la investigación, recolección de muestra, consolidación de información en base de datos, análisis y discusión de resultados, elaboración de informe final, elaboración de artículo y ajustes.

2 Sandra Rocío Guáqueta Parada

Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Grupo de investigación de Urgencias y Cuidado Crítico (Bogotá, Colombia).

ORCID: 0000-0002-2354-7493

Correo electrónico: srguaquetap@unal.edu.co

Contribución: Diseño de la investigación, análisis y discusión de resultados, elaboración de informe final, elaboración de artículo y ajustes.

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n1.65646>

Recibido: 20/06/2017 Aprobado: 14/12/2018



Resumen

Objetivo: describir la percepción del paciente crítico adulto sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la unidad de cuidado intensivo (UCI) adulto en un hospital de III nivel de Bogotá, Colombia.

Metodología: estudio descriptivo con abordaje cuantitativo, se utilizó el instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3ª versión", el cual cuenta con validez facial, de contenido y de constructo. Se aplicó a 55 pacientes hospitalizados en UCI, entre junio y octubre de 2016.

Resultados: la percepción global del grupo obtenida fue de 83,39 en la escala estandarizada. En la categoría *Priorizar el sujeto de cuidado*, "siempre" obtuvo una calificación del 60 %, "casi siempre" 14 %, "algunas veces" 22 % y "nunca" 4 %. En la categoría *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona* se tuvieron resultados favorables: 42 % para "siempre", "casi siempre" 24 %, "algunas veces" 25 % y 9 % "nunca". Por último, en la categoría *Cualidades del hacer de enfermería* se encontró que 27 % "siempre" percibe estos comportamientos, "casi siempre" 35 %, "algunas veces" 24 % y 14 % "nunca".

Conclusión: de acuerdo con los hallazgos, los comportamientos de cuidado humanizado se perciben globalmente como buenos, y en la categoría *Priorizar el sujeto de cuidado* se obtuvo el mayor puntaje de satisfacción por parte del paciente.

Descriptores: Cuidados Críticos; Enfermería; Humanización de la Atención; Atención de Enfermería; Comportamiento (fuente: DeCS, BIREME).

Resumo

Objetivo: descrever a percepção dos adultos em estado crítico sobre os comportamentos de atenção humanizada da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para adultos em um hospital de nível III em Bogotá, Colômbia.

Metodologia: estudo descritivo quantitativo. Foi utilizado o instrumento "Percepção dos comportamentos de atenção humanizada da enfermagem versão 3", que conta com validade facial, conteúdo e constructo. Foi aplicado a 55 pacientes internados em UTI por mais de 48 horas, entre junho e outubro de 2016.

Resultados: a percepção global do grupo obtida foi 83,39 na escala padrão. A categoria *Priorizar o sujeito de atenção* obteve uma pontuação de "sempre" 60 %, "quase sempre" 14 %, "às vezes" 22 % e "nunca" 4 %. Na categoria *Abertura à comunicação para fornecer educação em saúde para o indivíduo*, foram obtidos resultados favoráveis: "sempre" 42 %, "quase sempre" 24 %, "às vezes", 25 % e "nunca" 9 %. Finalmente, a categoria *Qualidades do ofício da enfermagem* verificou-se que "sempre" percebem estes comportamentos 27 %, "quase sempre" 35 %, "às vezes" 24 % e 14 % "nunca".

Conclusão: de acordo com os resultados, os comportamentos de atenção humanizada foram percebidos de forma global como bons, e a categoria *Priorizar o sujeito de atenção* obteve a pontuação mais alta de satisfação dada pelos pacientes.

Descritores: Cuidados Críticos, Enfermagem, Humanização da Assistência, Cuidados de Enfermagem, Comportamento (fuente: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to describe the perception of the adult critical patient on the behavior of humanized nursing care in the intensive care unit (ICU) of adults at a level III hospital in Bogotá, Colombia.

Methodology: descriptive study with a quantitative approach; it was used the instrument "Perception of behaviors of humanized nursing care - 3rd version", which has facial, content and construct validity. It was applied to 55 patients hospitalized in ICU, between June and October 2016.

Results: the overall perception of the group obtained was 83,39 on the standardized scale. In the category *Prioritize the subject of care*, "always" received a score of 60 %, "almost always" 14 %, "sometimes" 22 %, and "never" 4 %. In the category *Openness to communication to provide health education to the person* there were favorable results: "always" 42 %, "almost always" 24 %, "sometimes" 25 % and "never" 9 %. Finally, in the category *Qualities of nursing* it was found that 27 % "always" perceived these behaviors, "almost always" 35 %, "sometimes" 24 % and "never" 14 %.

Conclusion: according to the findings, humanized care behaviors are perceived globally as good, and in the category *Prioritize the subject of care* it was obtained the highest satisfaction score on the part of the patient.

Descriptors: Critical Care; Nursing; Humanization of Assistance; Nursing Care; Behavior (source: DeCS, BIREME).

Introducción

La unidad de cuidado intensivo (UCI) adulto es un entorno con tecnología avanzada en donde convergen profesionales de la salud y pacientes. Tiende a romper la conexión de la persona con su entorno, lo que conlleva a que esta dependa de un cuidado humanizado como eje central. De acuerdo con lo anterior, la percepción del paciente está influenciada por la relación interpersonal con el equipo de salud, las necesidades satisfechas y las expectativas alcanzadas durante el proceso de hospitalización (1, 2).

Sin embargo, el equipo de salud se enfrenta a un ambiente de alto nivel tecnológico que demanda el desarrollo de competencias cognitivas, habilidades prácticas y responsabilidades profesionales que en ocasiones llevan a la (el) enfermera(o) a abordar las necesidades del paciente de una manera técnica, generalizada y poco sensible. Esto convierte el proceso patológico en el objetivo prioritario, requiriendo dar un cambio hacia la humanización e implementando proyectos de humanización en las UCI (3-6). La (el) enfermera(o) debe ayudar a entender y a vivir la enfermedad, en un medio como es el cuidado intensivo, de tal modo que permita la expresión de emociones y facilite la comprensión, confianza y espiritualidad (7).

El riesgo de deshumanización es alto. Además, el profesional se enfrenta a sobrecarga laboral, tecnología de punta, ejecución de tareas complejas, estrés y creación de emociones defensivas durante el cuidado del paciente de alta complejidad, lo que genera (8, 9):

- En el paciente: despersonalización y vulneración de derechos (como la confidencialidad y la privacidad), incongruencia entre la comunicación verbal y no verbal.
- En la (el) enfermera(o): dificultades en la realización profesional, sobrecarga de trabajo, cansancio emocional, pérdida gradual de empatía.

Los estudios realizados en la UCI adulto muestran que la humanización debe incluir la habilidad para comunicarse con empatía (10, 11). Sin embargo, el frecuente uso de la tecnología en estos espacios ha hecho que los profesionales en salud orienten su atención a la toma de decisiones constante (12) y a la introducción continua de conocimientos e

intervenciones relacionados con la tecnología, ya que se considera esta una herramienta que otorga resultados favorables y significativos que mejoran los índices de sobrevivencia y disminuyen la mortalidad en las UCI (13, 14). Ese hecho hace que el profesional de enfermería experimente impotencia, abatimiento y carga emocional.

Lo anterior afecta las relaciones interpersonales (6, 15), a tal punto que la (el) enfermera(o) evite la interacción y trato con los pacientes o los deshumanice, al verlos como tareas por cumplir (16). Por tanto, es importante reconocer que los indicadores tecnológicos son ideales para la calidad del tratamiento y plan médico, pero no para la relación e interacción con la persona que debe ocupar el primer lugar. La tecnología dura puede monitorear el funcionamiento del cuerpo, pero no el funcionamiento de la persona, sus emociones, respuestas ni su espíritu, como sí lo podría hacer el enfermero al garantizar un ambiente agradable y de confianza y al satisfacer las necesidades de la persona que está hospitalizada en la UCI y de su familia (14).

Por consiguiente, es necesario conocer la percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado en la UCI, para cualificar así, el cuidado de enfermería. La medición de la percepción del cuidado humanizado se puede ejecutar mediante la aplicación de un instrumento que aborda conceptos básicos del cuidado humanizado (Watson), presentes en la definición del indicador "trato humano" y en la dimensión de relación interpersonal del modelo de cuidado de enfermería HANC (H: humanización del cuidado, A: ayuda al paciente crítico hospitalizado, N: necesidades satisfechas, C: cuidado de calidad) (17).

El modelo de cuidado de enfermería HANC se ha propuesto como una forma de abordar al paciente crítico y su familia según principios de humanización, calidad, satisfacción de necesidades y adecuadas relaciones interpersonales enfermera(o)-paciente.

Materiales y métodos

Estudio de tipo descriptivo-cuantitativo en el que se describe la percepción del paciente crítico sobre el cuidado humanizado proporcionado por el personal de enfermería en UCI, en pacientes entre 18 y 70 años hospitalizados en una institución de tercer nivel en Bogotá (Colombia), que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes hospitalizados en la UCI adulto por más de 48 horas. • Pacientes despiertos, conscientes y orientados, sin alteraciones cognitivas. • Pacientes entre 18 y 70 años. • Pacientes con estabilidad hemodinámica (se tuvo en cuenta que no se afectara su estado de salud, lo cual se verificó con la historia clínica de cada paciente y considerando los conocimientos previos del entrevistador). • Pacientes que tuvieron egreso a hospitalización. • Pacientes egresados de la UCI y que estuvieran en hospitalización durante las primeras 24 horas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes remitidos de otras UCI. • Pacientes con alteraciones en su estado neurológico, mentales o incapacitados para contestar el instrumento (alteraciones cognitivas, pacientes con ventilación mecánica invasiva e inestabilidad hemodinámica). • Pacientes menores de 18 años. • Pacientes con sedoanalgesia. • Pacientes reingresados a la UCI.

Fuente: datos de la investigación.

Aunque existen varios instrumentos elaborados por Watson (18), se decidió elegir el instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión" (8), que fue construido y validado en nuestro medio –con ajustes realizados por los autores e informados para el uso del instrumento en la presente investigación– y que permite describir la percepción del paciente, teniendo en cuenta las categorías planteadas: *Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)*, *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona* y *Cualidades del hacer de enfermería* (8, 10, 13). "PCHE 3ª versión" es una herramienta confiable que cuenta con un alfa de Cronbach de 0,96, validez facial y de contenido con índice de aceptabilidad del 0,92 e índice de validez de contenido de 0,98 por expertos (11).

Tabla 2. Categorías del instrumento de cuidado humanizado de enfermería

Categorías del instrumento	Definición	Ítems	Rangos
Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)	Esta categoría rescata la valorización del sujeto de cuidado como ser único, copartícipe de la experiencia del cuidado de enfermería, donde prima el respeto por su subjetividad (sus creencias, sus valores, su lenguaje, sus formas de ser/estar en el mundo y sus decisiones). El cuidado de enfermería se destaca por construir relaciones intersubjetivas (y terapéuticas) entre enfermera(o) y sujeto de cuidado (paciente) soportadas en la confianza, el respeto y la presencia auténtica.	7 ítems 1-2-6-7-8-15-17	Siempre: 28-27 Casi siempre: 26-25 Algunas veces: 24-20 Nunca: 19-7
Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona	Se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado (enfermera(o) para construir una relación dialéctica (dialógica) entre enfermera(o) y sujeto de cuidado (paciente), fundamental para el crecimiento mutuo y la adopción o mantenimiento de conductas saludables y de autocuidado.	8 ítems 4-5-9-10-11-12-14-19	Siempre: 32-30 Casi siempre: 29-27 Algunas veces: 26-21 Nunca: 20-8
Cualidades del hacer de enfermería	Esta categoría refleja los patrones de conocimiento ético, personal, estético y empírico que caracterizan un cuidado de enfermería experto, reflexivo y crítico. Comprende acciones de cuidado encaminadas a proporcionar soporte físico y a preservar la dignidad del otro.	17 ítems 3-13-16-18-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32	Siempre: 68-65 Casi siempre: 64-59 Algunas veces: 58-50 Nunca: 49-17

Fuente: datos de la investigación.

De acuerdo con los principios que establecen las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) y en cumplimiento de los artículos 8 y 14 de la resolución 008430/1993, se protege la privacidad del participante, se explican las consideraciones éticas y se firman consentimientos informados (19, 20). Previa aprobación de los comités de ética correspondientes (Aval 013-2016) y de la institución de salud de tercer nivel (AS1092-15).

El instrumento se aplicó en los turnos de mañana, tarde y noche, de junio 21 a octubre 5 de 2016, utilizando una escala de Likert de 4 puntos para los cuatro rangos, en donde 1 corresponde a "nunca", 2 a "algunas veces", 3 a "casi siempre" y 4 a "siempre". Para un rango de puntaje del instrumento de mínimo 32 y máximo 128, adicionalmente se tuvieron en cuenta los comentarios hechos por los pacientes registrados en el apartado de observaciones de la herramienta.

Se efectuó análisis estadístico descriptivo con los datos sociodemográficos y las respuestas derivadas del instrumento. Se hicieron correlaciones no paramétricas, en consideración de las categorías del "PCHE 3ª versión" (8), con el ajuste hecho por Rivera y Triana en agosto de 2015 (21), relacionado con la denominación de las tres categorías: *cualidades del hacer de enfermería*; *apertura de la comunicación enfermera(o)-paciente* y *disposición para la atención*, que para el presente estudio se retoma de la manera en que se muestra en la Tabla 2.

En cuanto al análisis global de la aplicación del instrumento, se tuvieron en cuenta los rangos definidos por los autores de la herramienta, en donde se considera la medida de la percepción global como: siempre (128-121), casi siempre (120-112), algunas veces (111-96) y nunca (95-32). Por otra parte, para el análisis comparativo entre categorías fue necesario realizar una escala estandarizada, debido a que cada categoría reporta un número diferente de ítems y a que se requería de una escala que permitiera la comparación entre categorías.

Resultados

Características sociodemográficas

Se aplicó el instrumento "PCHE 3ª versión" a 55 pacientes en situación crítica de salud, los cuales tuvieron una estancia mayor a 48 horas en la UCI de un hospital de tercer nivel. Dentro de las características sociodemográficas predominó el género femenino (67,3 %) sobre el masculino (32,7 %). Con relación a los días de estancia, 32,7 % estuvo 4 días, 27 % 5 días, 12,7 % 6 días y entre 7 y 16 días en menor porcentaje.

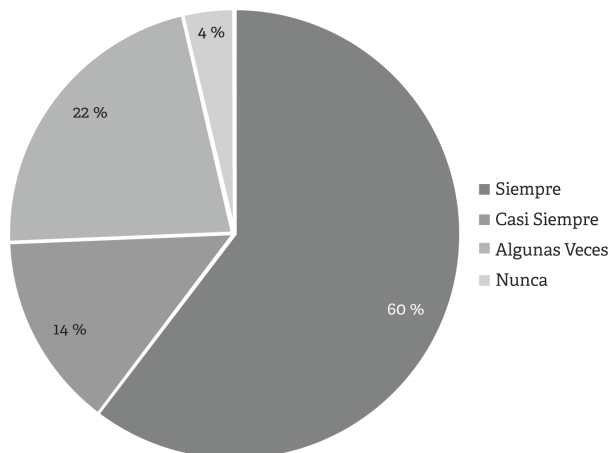
El nivel de escolaridad de los participantes fue: primaria incompleta 21,8 %, primaria completa 13 %, bachillerato completo 7,3 %, técnico 10,9 %, universidad completa 1,8 % y universidad incompleta 9,1 %.

En cuanto a los resultados de la aplicación del instrumento "PCHE 3ª versión" respecto a la valoración global de la percepción del cuidado humanizado se obtuvo un puntaje de 123, es decir que los participantes percibieron que "casi siempre" recibieron un cuidado humanizado.

Con relación a las categorías del instrumento se obtuvo:

Priorizar el sujeto de cuidado (la persona): se evaluó la experiencia del cuidado de enfermería desde el respeto del sujeto de cuidado, como ser único con creencias, valores y lenguaje particular. Se obtuvieron puntajes que evidenciaron que un 60 % percibió como "siempre" la priorización del cuidado y únicamente un 4 % "nunca" percibió tal priorización (Figura 1). Se observa una media de 90,12, lo que indica una percepción buena del cuidado humanizado en esta categoría. Además, los pacientes manifestaron frente a los ítems de esta categoría que en el servicio los enfermeros estuvieron muy atentos, pendientes, brindando las explicaciones pertinentes ante cualquier procedimiento a realizar, y en un bajo porcentaje refirieron que no les daban la suficiente información.

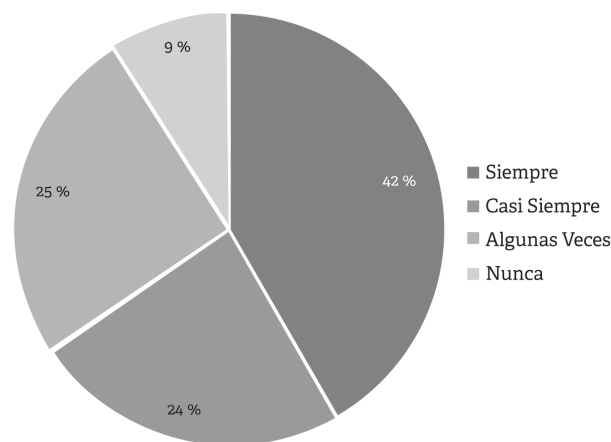
Figura 1. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado en la categoría *Priorizar el sujeto de cuidado*



Fuente: base de datos de la investigación.

Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona: esta categoría alude a la construcción de una relación dialéctica entre enfermera(o) y paciente, para el crecimiento mutuo y la adopción o mantenimiento de conductas saludables y de autocuidado (10) (Figura 2).

Figura 2. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado en la categoría *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona*



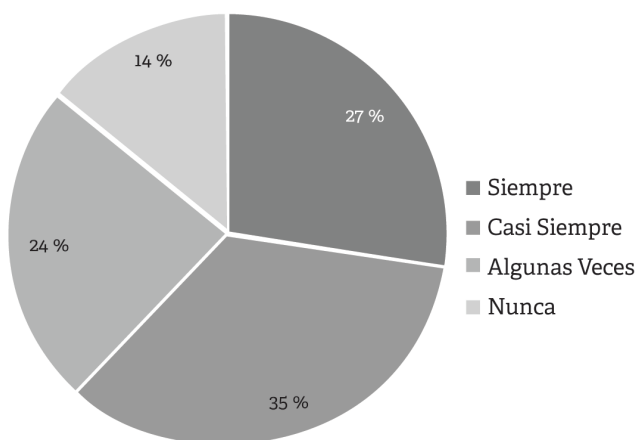
Fuente: base de datos de la investigación.

Los resultados muestran que el 42 % de las personas en situación crítica de salud "siempre" percibió una apertura a la comunicación para proporcionarle educación en salud y 24 % "casi siempre", mientras que solamente el 9 % "nunca" percibió dicha apertura. Esto indica que los participantes en su gran mayoría percibieron "siempre" y "casi siempre"

comportamientos de cuidado humanizado entre excelentes y buenos, en cuanto a la comunicación entre el paciente y el personal de enfermería.

Cualidades del hacer de enfermería: esta categoría comprende acciones de cuidado como: respuesta oportuna al llamado, identificación de necesidades, manejo del dolor, comodidad física, administración oportuna del tratamiento, y comprensión, empatía y escucha activa durante la expresión de sentimientos; esto ayuda a mantener soporte físico, apoyo emocional y a preservar la dignidad del paciente, reflejando un cuidado experto reflexivo-crítico (Figura 3).

Figura 3. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado en la categoría *Cualidades del hacer de enfermería*



Fuente: base de datos de la investigación.

El 27 % siempre percibió las cualidades del hacer de enfermería, mientras que el 14 % nunca las percibió, situación que refleja las características del cuidado de enfermería ofrecido en la UCI enmarcadas en una serie de acciones que dan a conocer la impronta de este cuidado. En esta categoría se obtuvo una media de 81,9, revelando la tendencia de medida central entre excelente y buena en cuanto a las cualidades del hacer de enfermería.

Análisis y discusión

A continuación se presenta el análisis y discusión de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento, incluyendo la síntesis de algunas observaciones de los participantes durante la aplicación de la herramienta.

Se constata que los resultados obtenidos de la categoría *Priorizar el sujeto de cuidado* se asemejan a los encontrados por Bautista *et al.* (22), en donde se resaltan aspectos como respetar las decisiones e intimidad del paciente, así como ponerlo en primer lugar y llamarlo por el nombre, siendo percibidos estos comportamientos "siempre" en un 61 % y "casi siempre" en un 29 %.

Asimismo, Miranda *et al.* (23) en su investigación obtuvieron puntuaciones positivas de los participantes con relación a la priorización del sujeto de cuidado, es decir, la atención de enfermería como: respeto hacia el paciente, acompañamiento en los procesos y entrega de cuidados cálidos y humanos; acciones de cuidado que generan experiencias para la construcción de una relación transpersonal como lo señala la teoría de cuidado humanizado.

El cuidado de enfermería en esta categoría debe ser significativo, auténtico, intencional y que comparta una experiencia humana (24). Los pacientes resaltaron cómo en su condición de personas en situación crítica de salud, recibieron calidez en el trato y otros comportamientos como los que refiere Beltrán-Salazar (4): capacidad de comunicación y escucha, respeto por sus creencias y calidez humana, permitiendo al profesional de la salud un aprendizaje y crecimiento junto con el paciente al conectarse con su experiencia de salud, favoreciendo así el acercamiento y la confianza (16, 25).

Por otra parte, es importante resaltar que el 4 % de los participantes que nunca percibió un cuidado humanizado en esta categoría de *priorizar el sujeto de cuidado*, vivenció ciertas acciones de enfermería que no generaron confianza, tales como poca amabilidad y tono de voz inadecuado en la realización de explicaciones previas a las intervenciones, lo que suscitó en los pacientes la percepción de un manejo poco humano. Esto ayuda a reconocer que la UCI se puede convertir en un espacio impersonal al cosificar al paciente, al que se le presta atención en casos de delirio o conducta expresa anormal, ignorando su universo emocional y psicológico (4, 15, 16), esto entorpece la identificación de problemas y necesidades reales de la persona en situación crítica de salud.

Con relación a la categoría *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona*, un 42 % de los participantes siempre percibió una apertura a la comunicación, que se evidencia en el reconocimiento de comportamientos como: mirada atenta, escucha activa, diálogo y adopción de actitudes por parte de personal de

enfermería como la proactividad y disposición para el cuidado. Según Pinho *et al.* el paciente debe ser percibido como una persona que siente y que espera ser reconocida, escuchada y comprendida, mediante relaciones interpersonales flexibles que permitan a la (el) enfermera(o) conocerlo para contribuir en su mejoría y crecer con él (26).

En los estudios de Bautista *et al.* (22) y Romero *et al.* (27) se reportan comportamientos afines a esta categoría, como la realización de actividades que reflejan al profesional proactivo identificado con el paciente, implementando acciones que facilitan la toma de decisiones. Sin embargo, algunos participantes de estos estudios califican negativamente el vínculo enfermera(o)-paciente, por lo que se recalcan aspectos como la relevancia de presentarse antes de realizar un procedimiento para establecer así una relación de confianza (24).

La calificación obtenida como "nunca" (9 %), de acuerdo con lo que expresaron los pacientes, es el resultado de poco diálogo, debido a que en algunas situaciones se advierte que no se les informa ni se explica oportunamente los procedimientos a ejecutar, la administración de medicamentos o su situación de salud, lo que limita la toma de decisiones del paciente y altera la comunicación y el trato enfermera(o)-paciente.

Algunos participantes percibieron la UCI como un espacio frío, tecnificado, en el que el profesional en enfermería actúa mecánicamente, sin entender su dolor, sufrimiento, miedo, cansancio, incomodidad, malestar o inseguridad. Dicho lo anterior, la atención del equipo de salud debe centrarse en los pacientes durante el cuidado, para no caer en el error de considerar los elementos tecnológicos como un fin; esto lo corroboran estudios previos (1, 2, 15, 16, 26-32).

Existen otras circunstancias que llevan a que se obtenga una percepción mala del cuidado humanizado en esta categoría de *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona*, como son: atención rápida, superficialidad en el trato y uso de lenguaje confuso, aspectos negativos que se pueden evitar con un diálogo fluido entre enfermera(o) y paciente, disminuyendo así la ansiedad y las relaciones distantes; esto fortalece acciones de enfermería que redundan en el ofrecimiento de respuestas claras, precisas y asertivas que mejoran el vínculo interpersonal y alejan la cosificación del ser humano (32-34).

Es importante resaltar que la (el) enfermera(o) debe considerar que la comunicación no solo incluye lo que se dice verbalmente, sino lo que el cuerpo expresa. Por lo tanto, es necesario que realice un reconocimiento del lenguaje verbal y no verbal, de tal manera que consiga identificar los sentimientos del paciente y construir una relación más afectiva (31, 35).

En lo pertinente a la categoría *Cualidades del hacer de enfermería* se obtuvo que un 27 % "siempre" percibió las cualidades del hacer de enfermería y un 14 % "nunca" las percibió. Otros estudios como los de Bautista *et al.* (22) y Miranda *et al.* (23) encontraron un porcentaje mayor de la percepción de cuidado humanizado, sobresaliendo aspectos como apoyo físico, empatía, apoyo emocional y priorización del ser cuidado.

Los participantes respecto a esta categoría manifestaron que el soporte físico y el apoyo emocional son comportamientos que les generaron tal percepción, comportamientos similares a los que mencionan González y Quintero en su estudio (34): disminución del dolor, contacto visual con el paciente, diálogo, liderazgo y apoyo en momentos críticos para mejorar la calidad de los cuidados ofrecidos.

Por otra parte, en esta categoría 14 % de los participantes afirmó nunca haber percibido las cualidades del hacer de enfermería. De las observaciones hechas por los pacientes, se detectan dos acciones a ejecutar para mejorar la calidad del servicio: (i) reforzar características especiales que enaltezcan el cuidado como la comunicación y las actitudes empáticas para comprender la experiencia del paciente, sus preocupaciones y opiniones, estableciendo una relación de verdadera comprensión que alivie la tensión y que genere un nivel de bienestar físico y mental (36, 37); y (ii) estar preparado para afrontar los sentimientos que surgen en la interacción de cuidado, respecto por las creencias del paciente, comprensión emocional e identificación de sus necesidades físicas, psicoemocionales y espirituales (27).

Es decir, comportamientos que reflejen el cuidado del ser humano y promuevan la identificación de las necesidades de manera integral y no la priorización de la tecnología o de los procedimientos rutinarios que pueden desplazar a los pacientes y menoscabar una relación terapéutica óptima (1, 4, 5, 16, 30).

Watson (18) hace énfasis en la atención de enfermería capaz de acceder a aspectos emocionales

mediante la expresión de sentimientos (positivos y negativos), lo cual facilita al paciente reconocer sus emociones, aceptarlas o confrontarlas; esto genera empatía en la interacción enfermera(o)-paciente y escucha activa y sensible.

En cuanto a la percepción global del paciente crítico frente a los comportamientos de cuidado humanizado, se obtuvo una calificación alta con una media de 83,3, lo que indica una percepción buena, dado que los pacientes identificaron cuidados de manera integral en donde se incluyen tanto acciones de cuidado físico como de cuidado emocional. Lo anterior permite mantener en esta relación de cuidado actitudes de respeto, confianza, comunicación y presencia auténtica que abren paso a una comunicación significativa que nutre y dignifica al ser humano.

Los resultados del presente estudio demuestran una percepción buena del cuidado humanizado. Las tres categorías obtuvieron una buena calificación, siendo *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona* la más baja y *Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)* la más alta. Estos resultados coinciden con estudios que mostraron que en un gran porcentaje los pacientes hospitalizados perciben el cuidado humanizado en relación con: priorización del cuidado, características de la (el) enfermera(o) y cualidades del hacer (8, 34). No obstante, un pequeño porcentaje percibe en menor grado aspectos como: dar apoyo físico, proactividad, empatía, sentimientos del paciente y disponibilidad para la atención (33). Ahora bien, Bautista *et al.* (22) analizan la percepción del comportamiento del cuidado humanizado del personal de enfermería evidenciando que solo 3 % lo percibe como regular y ninguno como malo.

Al comparar las calificaciones promedio de las categorías, *Priorización del sujeto de cuidado* fue la que obtuvo un porcentaje mayor con una media de 90,12 siendo excelente, debido a que los participantes reseñaron durante su atención características como: capacidad de comunicación y escucha, respeto por sus creencias, compromiso ético, calidez humana y actitud responsable y humanista del personal de enfermería; factores que influyen en la relación terapéutica. Asimismo, dicha categoría registra la menor desviación estándar (13,24 en la escala estandarizada).

Teniendo en cuenta que la tendencia central alta en una categoría indica una tendencia similar en todas las demás, se confirma la estrecha correlación

entre las categorías que se han definido para medir los comportamientos de cuidado humanizado, lo que significa que cuando la (el) enfermera(o) hace visible la valorización del sujeto de cuidado como único copartícipe en la experiencia de cuidado, se construye una relación intersubjetiva basada en la confianza y presencia auténtica y a la vez señala la disposición de la (el) enfermera(o) a mantener cualidades en el cuidado como son: la mirada atenta, la escucha activa, proporcionar información oportuna con un lenguaje claro y capacidad de mostrar cualidades del hacer de enfermería que se reflejan en patrones de conocimiento ético, personal, estético y empírico en el cuidado del paciente.

De acuerdo con lo anterior, es importante mantener una interacción enfermera(o)-paciente que trascienda en el tiempo, que sea auténtica e intencional, basada en el reconocimiento e interés por el otro, por sus sentimientos y emociones, con la finalidad de que el paciente perciba que es cuidado en su integridad como una persona, que se abordan sus necesidades y se le proporciona información oportuna y clara para que pueda tomar decisiones para promover su propio cuidado.

Conclusiones

La percepción de comportamientos humanizados de enfermería en la UCI por parte del paciente crítico de una institución de III nivel es definida como buena, debido principalmente a los elementos incluidos en las categorías *Priorizar el sujeto de cuidado (la persona)* y *Cualidades del hacer de enfermería*, en donde se destaca el valor que se le otorga al paciente como un ser pluridimensional, con quien se establece un vínculo interpersonal cimentado en el respeto y la confianza y donde hay un reconocimiento de cuidado expresado en la respuesta oportuna al llamado, manejo del dolor, comodidad física, preservación de la dignidad y apoyo emocional. Sin embargo, es importante reforzar una mayor comprensión y empatía frente al proceso que está viviendo el paciente durante su hospitalización en la UCI.

La categoría *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona* se percibió como buena, esto, por la apertura a la comunicación del personal de enfermería para explicar los procedimientos y proporcionar información; sin embargo, en los casos de calificaciones bajas se constata la necesidad de una mayor atención con calidez y sensibilidad.

Los resultados ratifican algunas propuestas de Watson, como la relación transpersonal en la que se da una transacción de humano a humano como significativa, auténtica e intencional, en la que la persona comparte la experiencia de sentirse respetada y cuidada en su integridad; mediante una presencia auténtica que busca escuchar, proteger, comprender, realzar y conservar la dignidad de la persona.

La aplicación del instrumento arrojó algunas recomendaciones para los enfermeros que laboran en la UCI, tales como: reforzar los procesos relacionados con la categoría *Apertura a la comunicación para proporcionar educación en salud a la persona*, promoviendo una atención con mayor calidez y sensibilidad, la cual es vital para mantener calidad en la atención y en la relación enfermera(o)-paciente.

Respecto al instrumento, las observaciones emitidas por los participantes al aplicar este permiten conocer a fondo sus necesidades e identificar aquellos puntos en los que se pueden ejecutar acciones de mejora. Por otra parte, es necesario tener en cuenta que se requiere suficiente tiempo para la aplicación de la herramienta, debido a que el paciente en estudio está en proceso de recuperación.

Referencias

- (1) Silva R, Ferreira M. Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [citado 2015 nov. 12];47(6):1325-32. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600011>
- (2) Medeiros A, Siqueira H, Zamberlan C, Cecagno D, Nunes S, Thurow M. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the intensive care unit. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016 [citado 2016 nov. 12];50(5):816-22. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015>
- (3) De la Fuente C, Rojas M, Gómez MR, Lara P, Morán E, Aguilar E. Implantación de un proyecto de humanización en una unidad de cuidado intensivo. Med Intensiva [Internet]. 2018 [citado 2018 ene. 20];42(2):99-109. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.08.002>
- (4) Beltrán-Salazar ÓA. La experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Aquichan [Internet]. 2009 [citado 2016 abr. 12];9(1):27-37. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972009000100003&ln
- (5) Do Nascimento KC, Erdmann AL. Understanding the dimensions of intensive care: transpersonal caring and complexity theories. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2009 [citado 2015 jun. 28];17(2):215-21. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200012>
- (6) Vargas-Tolosa RE. Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo; enfermería pieza clave en la atención. Rev Cienc y Cuid [Internet]. 2007 [citado 2016 may. 12];4(4):21-7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2534029>
- (7) Hermsilla A, Mendoza R, Contreras S. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. Index Enferm [Internet]. 2016 [citado 2017 ene. 29];25(4):273-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300011&lng=es
- (8) Rivera ÁL, Triana Á. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. Av Enferm [Internet]. 2007 [citado 2016 jun. 21];25(1):56-68. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35901>
- (9) Velásquez PD, Arias VM, Aguilar GY. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado del personal de enfermería en la Clínica San José durante el segundo semestre del 2011 [tesis de pregrado]. [San José de Cúcuta]: Universidad Francisco de Paula Santander; 2012. Disponible en: <http://alejandria.ufps.edu.co/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=32897>
- (10) González O. Validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3ª versión". Aquichan [Internet]. 2015 [citado 2016 jul. 10];15(3):381-92. Disponible en: DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.6
- (11) Ramírez PC, Parra VM. Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Av Enferm [Internet]. 2011 [citado 2016 may. 12];29(1):97-108. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35861>
- (12) Valderrama R, Valdivia AG. Tecnología, asistencial y el cuidado enfermero. Cuid Salud [Internet]. 2014 [citado 2016 jun. 4];1(1):1-7. Disponible en: <http://eepl.t.edu.pe/revista/index.php/Salud/article/view/1716.67>
- (13) Vera-Carrasco O. Dilemas bioéticos en las unidades de cuidados intensivos. Rev Med La Paz [Internet]. 2010 [citado 2016 may. 18];16(2):50-7. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582010000200009&lng=es
- (14) Kuerten P, Do Prado M, Almeida-Cabral P, Jatobá AI, Anders JC. El cuidado y la tecnología en las unidades de cuidados intensivos. Index Enferm [Internet]. 2013 [citado 2018 ago. 29];22(3):156-60. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200009>
- (15) Gómez LE. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética. Pers Bioét [Internet]. 2008 [citado 2016 jun. 7];12(2):145-57. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000200006
- (16) Beltrán Ó. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. Inv y Educación en Enfermería [Internet]. 2009 [citado 2016 jun. 5];27(1):34-45. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072009000100003&lng=en&tlng=es

- (17) Parra M, Guaqueta S, Triana M. Perspectivas del cuidado de enfermería en UCI. Una visión desde el modelo de cuidado HANC. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012. 30 p.
- (18) Watson J. *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. 2.^a ed. Nueva York: Springer Publishing Company; 2009.
- (19) Lopera, MM. Revisión comentada de la legislación colombiana en ética de la investigación en salud. *Biomédica* [Internet]. 2017 [citado 2017 dic. 12];37(4):577-89. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.7705/biomedicav37i4.3333>
- (20) Manzini J. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta Bioethica* [Internet]. 2010 [citado 2016 jul. 14];6(2):321-34. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>
- (21) Triana A. Ajuste a la denominación de las categorías del instrumento [Internet]. Message to: Joven, Z. 2015 oct. 6 [citado 2016 jul. 14]; 1 párr.
- (22) Bautista RL, Parra CE, Arias TK, Parada OK, Ascanio MK, Villamarín CM *et al*. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. *Ciencia y Cuidado* [Internet]. 2015 [2016 jun. 28];12(1):105-18. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.22463/17949831.331>
- (23) Miranda P, Monje P, Oyarzún J. Percepción de cuidado humanizado en el servicio de medicina adulto, Hospital Base Valdivia, tercer trimestre 2014 [tesis pregrado]. [Valdivia, Chile]: Universidad Austral de Chile; 2014. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2014/fmm672p/doc/fmm672p.pdf>
- (24) Durgun Y, Hulya O, Ayhan A. Implementation of Watson's theory of human caring: a case study. *IJCS* [Internet]. 2015 [citado 2015 ago. 10];8(1):25-35. Disponible en: <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/4-Lash%20-%20Original.pdf>
- (25) Ceballos PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado, ciencia y enfermería. *Cienc Enferm* [Internet]. 2010 [citado 2016 may. 12];16(1):31-5. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>
- (26) Beltrán SÓ. Atención al detalle, un requisito para el cuidado humanizado. *Index Enferm* [Internet]. 2015 [citado 2016 jun. 26];24(1-2):49-53. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100011>
- (27) Romero ME, Contreras MI, Pérez PY, Moncada A, Jiménez ZV. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Revista de Ciencias Biomédicas* [Internet]. 2013 [citado 2016 may. 21];4(1):60-8. Disponible en: <https://revistas.unicartagena.edu.co/index.php/cienciasbiomedicas/article/view/1143/1053>
- (28) Borré OY, Vega VY. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Cienc Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2016 sep. 11];20(3):81-94. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300008>
- (29) Castañeda CR, Orozco MJ, Rincón GP. "Empoderamiento", una utopía posible para reconstruir la humanización en unidades de cuidado crítico. *Hacia Promoc Salud* [Internet]. 2015 [citado 2016 may. 17];20(1):13-34. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.1.2>
- (30) Puerto AL, Chamorro J, Souza DP, Rojas E. Participación en la toma de decisiones del enfermo que ingresa en cuidados intensivos. *Med Clínica* [Internet]. 2010 [citado 2016 jun. 3];134(8):375-8. Disponible en: DOI: <10.1016/j.medcli.2008.12.007>
- (31) Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enferm Univ* [Internet]. 2015 [citado 2016 jun. 15];12(3):134-43. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.004>
- (32) Ramírez C, Perdomo A, Galán E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Av Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2016 may. 13];31(1):42-51. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42182/46025>
- (33) González BJ, Quintero MD. Percepción del cuidado humanizado de pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención [tesis de pregrado]. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana; 2009. Disponible en: <http://repositorio.javeriana.edu.co/bitstream/10554/9730/1/tesis05-3.pdf>
- (34) Saviato RM, Leão E. Nursing assistance and Jean Watson: a reflection on empathy. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2016 [citado 2016 jun. 14];20(1):198-202. Disponible en: DOI: <10.5935/1414-8145.20160026>
- (35) Valladares-Broca P, Ferreira M. Aplicación de un plan de acción para la comunicación del equipo de enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2017 sep. 21];25(4):268-72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300010&lng=es
- (36) Jahanshahi Z, Sarabi AG, Borhani F, Nasiri M, Anboohi SZ. The correlation between the clinical competency and empathy of nurses: case study, intensive care units of the educational hospitals of Kerman Medical Sciences University, Iran. *Ann Trop Med Public Health* [Internet]. 2017 [citado 2017 dic. 21];10:694-701. Disponible en: <http://www.atmph.org/text.asp?2017/10/3/694/213146>
- (37) Mastrapa YE, Gibert-Lamadrid MD. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev Cub de Enfer* [Internet]. 2016 [citado 2018 jul. 20];32(4) [cerca de 17 pantallas]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>