

Universidad Nacional Del Comahue
Facultad de Ciencias del Ambiente y la Salud
Centro Universitario Regional Zona Atlántica



TESIS

**“Percepción de la relación cuidador-persona cuidada
en el Hospital Aníbal Serra de San Antonio Oeste”**

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE GRADO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA**

Alumno: Enf. Villalón Lucas A.

Legajo N°: 120326

Director: Esp. Silvia Heckel Ochoteco

Viedma

Diciembre de 2015

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Silvia Heckel Ochoteco, que sin conocerme personalmente, aceptó dirigirme y abrazó este proyecto desde sus inicios, depositando en mí su confianza, paciencia, tiempo y dedicación.

Al Hospital Aníbal Serra, institución que me recibió y me permitió desarrollarme profesionalmente.

A mis compañeros, por su colaboración y entusiasmo en participar de la presente investigación.

Al maravilloso mundo de la Universidad Pública, donde descubrí a esta bella profesión y encontré a cada uno de esos profesores que con tanta pasión transmitieron y compartieron sus conocimientos.

A la Biblioteca de la Universidad, lugar que me albergó en mis horas de estudio y me facilitó el material.

A mi familia, especialmente a mis papás, por regalarme la vida, educarme en el amor y apoyarme día a día en todos mis sueños.

A mis amigos, cimientos de la vida personal y profesional.

A Dios todopoderoso, fuente de inspiración y sostén de vida.

DEDICATORIA

*A mi papá, que
permanentemente me incentivó con
sus palabras de cariño y amor; y
hoy me guía desde el Cielo.*

ÍNDICE

RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I.....	10
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA	16
OBJETIVOS	22
CAPÍTULO II.....	24
ESTADO DEL ARTE.....	24
MARCO TEÓRICO	37
HIPÓTESIS	56
CAPÍTULO III.....	57
DISEÑO METODOLÓGICO	57
CAPÍTULO IV	63
ANÁLISIS DE LOS DATOS	63
RESULTADOS.....	64
DISCUSIÓN	114
CAPÍTULO V	134
CONCLUSIÓN.....	134
RECOMENDACIONES	136
CAPÍTULO VI	139
BIBLIOGRAFÍA.....	139
ANEXOS.....	144

RESUMEN

Se realizó una investigación con el objetivo de describir y cotejar la percepción de la relación cuidador-persona cuidada en el servicio de internación del Hospital Aníbal Serra de la localidad de San Antonio Oeste, Río Negro, Argentina, entre los meses de mayo y junio de 2015. El estudio fue descriptivo, con diseño transversal. Se contó con una muestra de 100 personas hospitalizadas (cuidadas) y una población de 13 personas pertenecientes al equipo de enfermería (cuidadores) de dicho servicio de internación, quienes respondieron un cuestionario de 23 ítems de modalidad entrevista y autoadministrado, respectivamente.

A partir del Código Deontológico del Concejo Internacional de Enfermería, se determinaron las siguientes dimensiones de la relación interpersonal: consentimiento informado, confidencialidad y valores tales como el respeto, la compasión, la disponibilidad, la confianza y la integridad.

Los resultados indicaron que, en su mayoría, existe un acuerdo entre los cuidadores y las personas cuidadas en relación a las dimensiones descritas. Sin embargo, se nota mayor disimilitud en cuanto al valor de la integridad: las personas cuidadas perciben que los cuidadores en ocasiones las llaman por su nombre y conocen poco sobre sus vidas. Asimismo, también se hace evidente la falta de un abordaje holístico de las necesidades, la espiritualidad y el cuidado necesarios para el alta de la persona cuidada.

Se observó que las percepciones de los cuidadores, en su mayoría, han sido de carácter positivo y, en general, aproximadamente un tercio de las personas cuidadas refirió que “algunas veces” se hacen presentes los elementos de la relación interpersonal.

Palabras claves: *percepción relación cuidador- persona cuidada /
relación interpersonal de enfermería / cuidado interpersonal de enfermería.*

ABSTRACT

An investigation was made with the objective of describing and comparing the perception of relationship between caregiver and cared person in inpatient service at Aníbal Serra Hospital, in San Antonio Oeste, Río Negro, Argentina, between May and June of 2015. The study was descriptive, with transversal design. Inpatient service's 100 hospitalized people (cared people) and 13 people belonging to nursing team (caregivers) answered 23 items' questionnaire, in interview method and self governing method respectively.

International Council of Nurses' Code of Ethics has determined as aspects of interpersonal relationship: informed consent, confidentiality and principles such as respect, compassion, disponibility, trust and integrity.

Related to these described aspects, results have mostly indicated an agreement between caregivers and cared people. However, there was a prominent disagreement related to integrity value: cared people perceive as caregivers call them by name or as they know little of their lives. As well, there was an evident missing in an holistic approach of needs, spirituality and cares, all these essentials for cared people's medical discharge.

Mostly, caregivers' perceptions have been positives and, generally, about a third of cared people have refered that "sometimes" elements of interpersonal relationship are present.

Key words: *perception of caregiver – cared person's relationship / nursing's interpersonal relationship / nursing's interpersonal care.*

INTRODUCCIÓN

La siguiente investigación se propone con el objeto de describir y comparar la “Percepción de la relación cuidador-persona cuidada en el Hospital Aníbal Serra de San Antonio Oeste”

El interés por el tema surge por motivos personales del autor, quien durante las prácticas como alumno de la carrera y en el ejercicio de la profesión ha observado diferencias en el trato que se establece en la relación terapéutica entre el personal que conforma el equipo de enfermería y las personas internadas. Así se ha divisado desiguales respuestas por parte de los enfermeros que van desde la compasión y solidaridad hasta el extremo opuesto de insensibilidad y repulsión. Situaciones estas, que no solo son observables, sino que en muchas ocasiones, han sido percibidas por las personas hospitalizadas en el servicio y verbalizadas claramente a otros agentes de salud o las autoridades institucionales.

Estas disímiles actitudes, se encuentran sustentadas por diferentes factores, pero sin duda, redundan en aspectos asistenciales que hacen perder la originalidad en el trato establecido entre el cuidador y la persona cuidada, haciendo que en muchas ocasiones, se excluyan aspectos como la contención emocional, la personalización del cuidado, el diálogo, la empatía y la escucha activa. Todos ellos, componentes esenciales de la relación terapéutica, que los cuidadores de enfermería deben establecer con las personas cuidadas de un servicio internación.

A partir de la búsqueda bibliográfica, se halló que en el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería (CIE) se aborda la temática, y se definió como elementos esenciales, de la relación interpersonal establecida

entre el cuidador y la persona-cuidada, al consentimiento informado, la confidencialidad, definiéndose además la necesidad de que existan valores profesionales tales como respeto, compasión, disponibilidad, confianza e integridad.

Con el objeto de obtener el título de grado correspondiente y en cumplimiento de las Normativas vigentes para la elaboración de la tesis de la carrera de Lic. en enfermería del UNCo-CURZA, se elabora la presente investigación que se encuentra dividida en seis partes. Así, en el primer capítulo, se delimita el problema, se lo justifica y se define la relevancia del tema para la realización de la investigación pertinente. Además se incluyen los objetivos generales y específicos concebidos a partir de las preguntas de investigación, que el autor del documento, realiza. En el capítulo segundo, se presenta el estado de arte, el marco teórico, las dimensiones y, las hipótesis que guiaron el proceso de investigación. En el tercero, se aborda el diseño metodológico del estudio. En el cuarto capítulo se revelan los resultados y la discusión. En el capítulo quinto se presentan las conclusiones y recomendaciones de la investigación; y por último, en el sexto capítulo, se expone la bibliografía utilizada y los anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El **cuidado de enfermería** es la esencia de la profesión y se fundamenta en la **relación terapéutica** entre quien la ejerce y el ser cuidado por este.

Ese **cuidado** es un acto mutuo, interactivo e integrativo. Por tanto, el conocimiento profundo de ese sujeto de emociones, pensamientos y expresiones es lo que permitirá la interacción con él, sin descuidar la importancia que tiene reconocer y comprender sus actitudes, capacidades e intereses, como así también las motivaciones de la persona que se cuida.

No obstante ello, el respeto a la vida y el cuidado pueden verse menoscabados por la presencia de diversas situaciones en la labor diaria de la disciplina enfermera, al estar influidos por factores del cuidado institucionalizado, como la falta de continuidad en el proceso, la rutinización de las tareas, la masificación y despersonalización, la falta de tiempo y de personal, la sobrecarga laboral y la preocupación por la tecnicidad.

Por estos motivos, los **gestores del cuidado** deben tener una actitud crítica y reflexiva en la asistencia que realiza día a día frente a ese semejante, sujeto del cuidado, haciéndose inevitable la necesidad de indagar acerca de la cuestión.

Así, en la internación de la **persona cuidada**, no solo se pone en juego el estado biológico, sino también, los aspectos emocionales y sociales; los cuales, pueden estar desestimados por los factores mencionados anteriormente. Por ello, debe entenderse que:

“Todo individuo sometido a una hospitalización confronta reacciones emocionales que demandan una estrecha relación con alguien en quien confiar

sus problemas y preocupaciones. De aquí la importancia de la participación de una enfermera hábil en la **interacción con el paciente**, para que establezca relaciones interpersonales saludables, llenas de afecto, confianza y seguridad con el fin de favorecer la adaptación del paciente a su situación” (González Ortega, 2007, p. 135)

Pero esto, en muchas ocasiones no sucede dado que existe el riesgo de que el personal de enfermería quede desprovisto de herramientas, en cuanto a la **relación terapéutica**, por el creciente dominio de las destrezas frente a la demanda de los enfermos. (Collière¹, 1993, p. 142)

El cuidado de enfermería empieza a tomar importancia cuando comienza a incluirse la definición de la disciplina, aportada por Virginia Henderson², en las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S).

En el quinto informe del comité de expertos en enfermería de esta organización, se menciona que la función esencial de la enfermería es: “ayudar al individuo enfermo o sano a realizar aquellos actos que contribuyen a la conservación o a la recuperación de la salud (o a una muerte tranquila) que

1 Collière, Marie Françoise (1930-2005). Eminente profesora de enfermería francesa y destacada figura de la enfermería internacional. En 1956 recibe el Diploma Estatal de Enfermera y en 1958 el de Asistente Social. En 1982 se Diplomado en Estudios Profundos de Historia de las Civilizaciones de la Universidad Diderot, Paris VII (Francia). De 1965 a 1994 fue docente en la Escuela de Enseñanza Superior de Enfermería de Lyon (Francia). Desempeñó funciones en el Consejo Nacional de Enfermeras desde 1978. A nivel internacional, fue miembro activo del Comité de Expertos de la O.M.S. desde 1973 a 1996. Las publicaciones más importantes son: Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería (1982); Cuidar...el primer arte de la vida. (1996); Co-autora del “Cuaderno N° 10 de l'AMIEC: para una historia de los cuidados y de las profesiones de cuidadoras” y de “El universo de la profesión de enfermería (1991); texto de presentación, cronología biográfica, notas explicativas de “La naturaleza de los cuidados de enfermería” de Virginia Henderson (1994). En 2004 obtiene la distinción de Doctora Honoris Causa de la Universidad de Las Palmas de Gran Canarias.

2 Henderson, Virginia (1897 - 1996). Enfermera teórica. Incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería. Su definición de enfermería le permitió a que la disciplina surgiera independiente de la medicina. Definió el papel de la misma como el cuidado complementario adicional prestado a individuos sanos o enfermos; donde la enfermera cumple su función de compañera, ayudante o sustituta de la personas y/o su familia para que logre conseguir la independencia para cubrir las 14 necesidades humanas básicas

realizaría por si solo si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Prestar esta asistencia de manera que llegue a valerse por sí mismo lo antes posible” (O.M.S, 1966, p. 32). Para ello, es importante que el enfermero tome la iniciativa y la dirección.

Pero para apropiarse de esta iniciativa, controlarla y direccionarla se precisa conocer las necesidades de la persona cuidada pero, “¿Cómo conocer las necesidades de ese sujeto de atención de la enfermería sin tener relación con él?” (Collière, 1993, p. 142).

A partir de la década del setenta comienza a surgir una corriente revalorizadora de la relación cuidador-persona cuidada, dejando atrás los cuidados supeditados a la técnica y a la compasión, poniéndose en tela de juicio los cuidados centrados en la enfermedad (Collière, 1993, p. 143).

Para Peplau³ (1952 citado en Tomey y Alligood, 2007) quien describe a la enfermería como “un proceso significativo, terapéutico e interpersonal”, la relación con la persona debe ser el centro del cuidado porque es el medio que se tiene para conocerla y comprenderla y hallar en ella un poder terapéutico.

La **relación terapéutica** debe ser la fuente de la información capaz de distinguir la necesidad de cuidados no técnicos, valorando la ayuda que se debe proporcionar, y debe contribuir a relativizar los cuidados técnicos o a facilitar su comprensión e inclusive su aceptación (Collière, 1993, p. 144).

3 Peplau, Hildegard E. (1909-1999). Enfermera teórica estadounidense. Estableció el modelo de enfermería psicodinámica que forma parte del programa de estudios de la carrera de Enfermería. Considerada la madre de la enfermería psiquiátrica, se gradúa en 1931 como enfermera en Pottstown, Pensilvania. Introdujo sus conceptos interpersonales en 1952 basándose en las teorías psicoanalítica, principios del aprendizaje social, y conceptos de motivación humana y desarrollo de la personalidad.

La enfermería psicodinámica se define como el entendimiento del propio comportamiento para ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas. Las enfermeras participan en una relación personal con un individuo cuando perciben su necesidad. La relación que se establece evoluciona en cuatro fases: orientación, identificación, explotación, y resolución. Reconoce a Enfermería como una ciencia humana, que centra el cuidado en la relación interpersonal, en la cual los enfermeros asumen diferentes roles: el de extraño, persona de recursos, profesor, líder, sustituto y asesor.

En este sentido, el Código Deontológico del CIE revisado y modificado en el año 2012, establece pautas o condiciones que deben darse en esa relación terapéutica establecida entre los “enfermeros y las personas”, mencionando al consentimiento informado y la confidencialidad como principios éticos claves, pero además definiéndose la necesidad de que en esa relación existan valores éticos profesionales, tales como respeto, disponibilidad, compasión, confianza e integridad para que esa relación se dé entre el cuidador y persona cuidada con un carácter terapéutico.

Estas condiciones descritas anteriormente, pueden ser vulneradas y visualizarse en diferentes situaciones como ha de ser la falta de participación en la toma de decisiones de la persona cuidada en su proceso de salud-enfermedad y esto probablemente, se encuentre vinculado con una concepción paternalista de la relación o el desconocimiento como derecho fundamental de la persona internada.

Otros problemas en relación al consentimiento informado por parte de los cuidadores de enfermería podría ser la creencia de la falta de competencia de este asunto, delegándolo en otros profesionales de la salud.

En relación a la confidencialidad, puede observarse el conflicto en cómo se utiliza la información por parte del equipo de cuidadores o la falta de reconocimiento como derecho de la persona que se encuentra en la institución. Una negativa de la persona a brindar información por miedo a como se utilice la misma, puede tener efectos negativos en el cuidado por no lograrse una adecuada valoración de ella y de la situación en la que se encuentra inmersa.

Entre los valores profesionales que describe el Código Deontológico también pueden suscitarse algunos inconvenientes como la desconsideración en la

relación, la falta de predisposición ante el llamado de la persona cuidada, incumplimiento con lo que se compromete el personal de enfermería, como así también, despersonalización en el trato, falta de integración de la familia o la incompreensión de la situación de salud por la que atraviesa la persona, entre otros.

Es así que para lograr dar un giro en aquellas situaciones que comprometen el vínculo entre los seres que cuidan y los que son cuidados, debe comenzarse por conocer cuál es la percepción que se tiene, acerca de ese tipo de relación que se da entre los protagonistas del cuidado. Además y pese a los avances de la corriente que revaloriza la relación cuidador-persona cuidada, numerosos estudios mencionan que la problemática aún se encuentra presente en los servicios de enfermería y que la relación que establece la disciplina con las personas tiene repercusiones en el resultado final y en la calidad asistencial.

Es por ello, que se consideró importante la realización del estudio, formulándose los siguientes interrogativos que constituyeron los ejes de la investigación:

1. ¿Cuál es la percepción de las personas cuidadas acerca de la relación interpersonal que construyen con los cuidadores en el servicio de internación del Hospital Aníbal Serra de la localidad de San Antonio Oeste entre los meses de mayo y junio de 2015?
2. ¿Cuál es la percepción de los cuidadores de enfermería acerca de la relación interpersonal que establecen con las personas cuidadas en el

servicio de internación del Hospital Aníbal Serra de la localidad de San Antonio Oeste entre los meses de mayo y junio de 2015?

3. ¿Existe concordancia entre la percepción con respecto a la relación interpersonal de las personas cuidadas y los cuidadores del servicio de internación del Hospital Aníbal Serra de la localidad de San Antonio Oeste entre los meses de mayo y junio de 2015?

De acuerdo a lo explicitado anteriormente surge la siguiente investigación definida como:

“Percepción de la relación cuidador-persona cuidada en el Hospital Aníbal Serra de San Antonio Oeste”

JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA

De acuerdo a la O.M.S. (1985 citado en Varo, 1994), se debe garantizar el acceso de las personas a un conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos acordes, logrando una asistencia sanitaria óptima y la mayor satisfacción con el proceso.

En este proceso de salud-enfermedad, en la que la persona se ve inmersa e independientemente del resultado, enfermería como administradora de cuidados desarrolla un papel primordial en la satisfacción del individuo en el transcurso de la internación.

En este sentido, se torna importante la evaluación del cuidado desde la dimensión de la relación interpersonal entablada entre el cuidador y la persona cuidada, la que será manifestada por la satisfacción de las personas cuidadas del servicio como así también, desde la óptica de quienes proporcionan el cuidado. De esta manera, se evaluaría a los cuidadores de enfermería en relación a la capacidad de actuar de acuerdo a lo demandado por la persona cuidada y por lo planteado por el Código Deontológico del C.I.E.

Además, la transcendencia de indagar sobre ese tipo de relación interpersonal, encuentra su importancia si se entiende desde el aspecto legal, a la salud como derecho y garantía constitucional.

La salud como derecho, enmarcada de manera implícita en la Constitución Nacional en el artículo 75 inciso 22 a través del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se define como “el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”; y en la Constitución Provincial, el artículo 16 reconoce el derecho a la vida y a la dignidad humana y agrega

que “nadie puede ser sometido ni a torturas ni a tratos crueles, degradantes o inhumanos”.

El Estado de Río Negro, en el plan provincial de salud para el año 2014-2015, hace referencia que el sistema de salud debe estar centrado en las personas, en los usuarios y en los trabajadores de salud; y para ello, menciona que debe tenerse en cuenta la satisfacción de las expectativas de los usuarios. Además, alude a la prestación de alta calidad en la atención de la salud resumiéndola como la combinación de la calidad técnica y la satisfacción de los usuarios de acuerdo a sus expectativas (Ministerio de Salud de Río Negro, 2014, p. 5).

La enfermería encargada de promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, debe entonces, velar por este derecho como bien esencial y social que hace a la dignidad humana.

Este principio se pone de relieve en las normas de conducta ética incluidas en el Código Deontológico del C.I.E. Entre los puntos destacados del documento se encuentra que el enfermero al dispensar sus cuidados, debe promover un entorno en el que se respeten los valores, costumbres y creencias; debe dar información precisa, suficiente y oportuna de acuerdo al consentimiento de cuidados, como así también, mantener la confidencialidad y discreción. Por último, ha de destacarse los valores profesionales que allí se mencionan como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad.

Estas normas éticas resumidas anteriormente, encuentran su concordancia con la ley nacional y provincial de “derechos del paciente”, leyes N° 26529 y 3076, respectivamente.

La presente investigación propone evaluar al servicio de enfermería en el componente interpersonal de la relación terapéutica por el valor ético y legal en que se encuentra comprendida y por su utilidad práctica para detectar las fortalezas del servicio que presta en internación; como así también, hallar las debilidades en pos de gestionar cambios que se relacionen con cuidados cercanos y acordes a las necesidades de los usuarios; y en consecuencia, mejorar la prestación o servicio ofrecido a la comunidad de San Antonio durante su hospitalización en el servicio de internación del Hospital Aníbal Serra. En otras palabras, se pretende fortalecer la prestación del servicio a partir de la reflexión y resignificación del cuidado indagando sobre la relación terapéutica entablada entre el cuidador y la persona cuidada, que inicien nuevos caminos de transformación e innovación en la prestación.

Según un estudio (Zylinski, Sandivares y Scharlovski, 2006 citado por la Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011, p.194) realizado en una institución privada de Argentina, la relación entre “el enfermero y la persona internada” es un factor de importancia que contribuye a la seguridad emocional y se relaciona directamente con el bienestar durante su internación. Por ello, se cree que la información resultante de la presente investigación será de utilidad para la institución, los trabajadores y la comunidad, a fin de establecer planes de mejoramiento y con ello lograr mayor satisfacción de la persona cuidada, como así también de quienes proporcionan los cuidados.

En la imagen social, el estudio redundaría en una práctica humanizada, con rigor científico y sustentado desde la teoría.

De esta manera, se estima de importancia la generación de conocimientos que permitan cambios significativos y crecientes en enfermería, logrando de

este modo, un impacto en la sociedad, en el reconocimiento y prestigio profesional.

El presente estudio, pretende reconsiderar la relación cuidador persona-cuidada, no como agregado al cuidado técnico, sino como una actividad que se encuentra permanentemente presente en la internación desde la recepción, la estadía propiamente, o la preparación para el alta hospitalaria.

El estudio aspira a redimensionar los cuidados de enfermería desde la perspectiva del rol y relación frente a la demanda creciente de la sociedad de los servicios de salud y de los avances científicos y tecnológicos que le imponen nuevos paradigmas.

Se consideró que este estudio fue de carácter viable porque se dispuso del tiempo suficiente para la realización de las encuestas a las personas cuidadas, como así también la entrega y recepción de los cuestionarios a los cuidadores (personal de enfermería) con el posterior análisis del mismo.

Además, se necesitó un bajo recurso económico para la realización de las copias de los instrumentos de recolección de datos y la de los sobres que se utilizaron para la entrega y recepción de los mismos. Los costos estuvieron a cargo del autor de la presente investigación.

Debe destacarse que se contó con el apoyo y resguardo de la dirección y de la unidad de enfermería del hospital para sensibilizar y alentar a la participación en el estudio.

Contexto

El Hospital Aníbal Serra forma parte de la red de centros complejidad IV y se encuentra ubicado en la ciudad de San Antonio Oeste a 180 km de la ciudad de Viedma, capital de la provincia de Río Negro.

Actualmente, la localidad cuenta con 21.643 habitantes⁴. Con lo que respecta al primer semestre del año 2014, el hospital atendió a 2.918 internaciones y en ese año se realizaron 29.804 consultas por consultorios externos y 30.253 por el servicio de emergencias⁵; entre ellas, se encuentran usuarios derivados de las localidades vecinas de Las Grutas, General Conesa, Valcheta, Sierra Grande y Ramos Mexía.

Las áreas con las que cuenta el hospital en relación a la atención directa son las siguientes: maternidad y pediatría, guardia de emergencias, consultorios externos e internación de adultos.

El servicio de internación de adultos cuenta con un número de 30 camas y allí se internan personas mayores de 15 años de ambos sexos de las siguientes especialidades: clínica médica, cirugía, salud mental, cardiología, traumatología, tocoginecología, urología y nefrología.

Entre las patologías más comunes, se encuentran neumonía, apendicitis gastroenteritis, dolor abdominal, colecistitis, insuficiencia cardíaca, infecciones del tracto urinario, fibrilación auricular, politraumatismo y traumatismo de miembros inferiores.

4 Dato obtenido en Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Disponible en: <http://www.sig.indec.gov.ar/censo2010/>

5 Centro de estadística del Hospital Aníbal Serra. Año 2014.

Actualmente, las 30 camas se distribuyen de a par en 15 habitaciones, de las cuales, una se encuentra destinada para los usuarios de salud mental, otra para cardiología y las restantes para las demás especialidades.

De acuerdo al centro de estadística del Hospital Aníbal Serra, el primer semestre del año 2014 presentó un porcentaje de ocupación promedio de 57,7%, mientras que el giro cama fue de 4.8 (egresos por cama) y el promedio de paciente-día por egreso fue de 3,61 (pacientes-día por egreso).

En el momento que se desarrolló la investigación, el servicio de internación se encontraba conformado por 13 agentes de enfermería de ambos sexos de los cuales, 7 desarrollan sus tareas como enfermeros y 6 como auxiliares de enfermería.⁶

6 Datos obtenidos del área de recursos humanos del Hospital Aníbal Serra.

OBJETIVOS

Objetivo general

1. Describir cuál es la percepción que tienen los cuidadores de enfermería y las personas-cuidadas respecto de la relación interpersonal que establecen en el servicio de internación del Hospital Aníbal Serra de la localidad de San Antonio Oeste entre los meses de mayo y junio de 2015.
2. Cotejar si son coincidentes las percepciones que tienen los cuidadores y las personas cuidadas, respecto de la relación interpersonal que establecen en el servicio de internación del Hospital Aníbal Serra de la localidad de San Antonio Oeste entre los meses de mayo y junio de 2015.

Objetivos específicos

1. Conocer si el consentimiento informado es un elemento percibido por los cuidadores y las personas cuidadas en la relación interpersonal que establecen en el servicio de internación.
2. Conocer si la confidencialidad es un elemento percibido por los cuidadores y las personas cuidadas en la relación interpersonal que establecen en el servicio de internación.

3. Conocer si en la relación interpersonal que entablan los cuidadores y las personas-cuidadas en el servicio de internación, las partes perciben la presencia de valores como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad.

4. Comparar las respuestas del cuestionario, a través de medidas de tendencia central y dispersión, acerca de la percepción que tienen los cuidadores y las personas-cuidadas sobre cada dimensión de la relación interpersonal que entablan en el servicio de internación.

CAPÍTULO II

ESTADO DEL ARTE

Ante la falta de publicaciones referentes al tema en bibliotecas, se procedió a la búsqueda bibliográfica a través de internet, utilizando fuentes secundarias como MEDLINE®, Biblioteca de la Colaboración Cochrane, Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), SciELO y Google Académico empleándose como descriptor principal “Enfermería” al cual se le anexaron las siguientes palabras claves: “calidad” “relación terapéutica” “relación interpersonal” “satisfacción” “calidad del cuidado”. Se leyeron los resúmenes, seleccionándose aquellos que poseían una relación con la temática en cuestión, siendo prioritarias las más recientes y las de origen nacional, como así también las de mayor relevancia al ser citadas frecuentemente en diferentes estudios. Luego de la lectura de cada una, se procedió al análisis bibliográfico realizándose un resumen sobre las líneas de investigación, metodología y resultados.

Galeano, H., Furlán, C., Auchter, M., Balbuena, M., Zacarías, G., y Zacarías, L. (2006). Nivel de satisfacción con la atención de enfermería en un hospital pediátrico. M-134). Comunicaciones científicas y tecnológicas. Universidad Nacional del Nordeste.

Bajo la metodología descriptiva, retrospectiva y transversal se determinó en el Hospital Pediátrico Juan Pablo II de la ciudad de Corrientes, el nivel de satisfacción de padres o cuidadores en relación a la atención brindada por enfermería a sus hijos internados; identificó las actividades de enfermería que generan mayor y menor satisfacción e indagó sobre las concepciones de los cuidadores acerca del significado del cuidado.

Se aplicó durante un mes un formulario de satisfacción de enfermería con preguntas abiertas y cerradas a una muestra de 60 padres (60% de la población) o cuidadores de niños con más de cuatro días de internación. Se midieron aspectos sociodemográficos y el nivel de satisfacción. Esta última variable dividida en tres dimensiones: rutinas de trabajo, presentación personal y trato; e idoneidad.

Según este estudio, la mayoría de los padres definió el cuidado de enfermería relacionándolo con actividades como el control de los signos vitales, la administración de medicamentos y el estar alerta a los llamados. La investigación concluye refiriendo que la atención de enfermería en el hospital pediátrico fue satisfactoria.

La rutina de trabajo obtuvo un 85% de satisfacción, la presentación personal y trato del personal de enfermería 79% y la idoneidad 85%. Entre los procesos asistenciales que generaron menor satisfacción se encuentran el cambio de ropa de cama e higiene personal (50%), la no presentación como enfermeros (53%) y la falta de explicaciones de las normativas (72%). Se encontró una tendencia marcada hacia la falta de interés frente a los problemas del niño y la familia.

Colque, N. A., Díaz, S. Y., y López S. M. (2011). Percepción de la calidad de la prestación de enfermería que tienen los pacientes. Universidad Nacional de Córdoba.

El presente estudio de carácter descriptivo y transversal ejecutado en el Hospital Italiano de la ciudad de Córdoba se realizó entre agosto y octubre del año 2010. Se identificó el sexo y la edad de las personas internadas y se

determinó a través de una encuesta la percepción de la calidad de la prestación de enfermería bajo las variables de equidad, efectividad, fiabilidad, trato, respeto, información, continuidad y confortabilidad.

La población incluyó a las personas del servicio de internación cuya estadía superaba los tres días (950 internados). Se utilizó una muestra de 266 personas a la que se le aplicó una encuesta en modalidad entrevista con escala tipo Likert. En primer lugar, las dimensiones se evaluaron individualmente y luego se realizó la sumatoria total para identificar la percepción de la calidad de la prestación de enfermería de los usuarios, determinándose que es de alta calidad; y que el personal de enfermería ha “logrado alcanzar un grado alto de prestación de servicio, está calificado y es apto para brindar una buena atención dentro del entorno hospitalario” y concluye que, evaluar la calidad lejos de ser una actividad negativa, es un estímulo para el desarrollo profesional.

Bulacio, B., y Oliva, E. G. (2011). Percepción de la calidad de la prestación de enfermería que tienen los pacientes. Universidad Nacional de Córdoba.

Al igual que la investigación anterior, se evaluó la percepción del usuario acerca de la calidad de la prestación de enfermería a través de la metodología descriptiva y transversal. El estudio se realizó en el Hospital Zonal Luis Agote de la Ciudad de Chamental, de La Rioja durante el mes de Julio del año 2011. Se tomó la población conformada por un total de 50 personas hospitalizadas a la que se le aplicó una encuesta en modalidad entrevista de tipo Likert de acuerdo a su percepción. Las dimensiones evaluadas fueron las mismas que

en el estudio anterior. Además, se tuvo en cuenta el sexo y la edad de los encuestados.

En general, 45% de los encuestados percibió a la prestación de enfermería de muy buena calidad y en igual porcentaje de buena calidad; mientras que el 10% restante lo señaló como regular.

Entre las dimensiones halladas de regular calidad, se encontró la de información (33%) y fiabilidad (32%).

Entre los datos significativos se encontró que el 57% de los interrogados percibió que no tienen la misma oportunidad de recibir asistencia que los demás por la priorización de la urgencia.

El 30% calificó de regular calidad los cuidados en relación a la resolución de sus problemas, señalando que se encuentra asociado a la falta de personal.

El 50% de los encuestados percibió de regular calidad el lenguaje con que se dirige la enfermera hacia su persona y un 40% relacionó los llamados con actitudes no favorables, formando una barrera para el lograr el conocimiento, la empatía, el diálogo y educación. Por otro lado, el 21% manifestó que la información recibida sobre los cuidados para el alta fue de regular calidad dado que en gran parte, es el médico el que proporciona dicha información.

En cuanto a la continuidad de los cuidados, se halló una regular calidad en cuanto a la comunicación y a los cuidados en los distintos turnos con un 57% y 43% respectivamente, como consecuencia del deficiente pase de guardia.

La investigación señala la importancia de medir la satisfacción de la persona internada y recomienda que se fomente la comunicación entre estos y los enfermeros dentro de la institución, priorizando actividades de educación continua dirigida al personal de enfermería sobre las relaciones humanas; y de

reflexión acerca del conocimiento de sí mismo como enfermero y como persona.

Cabrera, A. N., y Freytas, G. O. (2007). Calidad de atención de enfermería al paciente. Universidad Nacional de Córdoba.

Realizaron un estudio cuantitativo descriptivo, transversal y evaluativo en el servicio de Unidad de Terapia Intensiva del sanatorio Allende de la ciudad de Córdoba a partir de la observación de los registros de enfermería. Los autores los caracterizaron como concisos y describieron que en ellos se hallaron escasos datos sobre el estado de ánimo de las personas internadas, visualizándose contactos breves con esta población.

Se evaluó la calidad de atención de enfermería a la persona hospitalizada para brindar contención emocional; cumplimiento del tratamiento designado y la calidad de atención para evitar complicaciones.

El universo estuvo conformado por la totalidad del personal de enfermería (23) que laboran en el servicio de terapia intensiva de la ya mencionada institución, a los que se los observó en tres oportunidades y se les aplicó una lista cotejo de acuerdo al cumplimiento o no de ciertas actividades. La recolección de datos se realizó durante tres días a la semana durante dos meses.

Cada uno de los indicadores dicotómicos recibió un puntaje y se organizaron tres categorías: óptima, buena y regular. Finalmente se realizó la sumatoria del puntaje de las tres dimensiones para determinar la calidad de atención de enfermería.

Entre los hallazgos más significativos se puede mencionar que la dimensión referida a la contención emocional por parte de los enfermeros fue calificada como regular (43%) y solo fue óptima en el 22% de los casos.

Iguales valores se obtuvieron en la categoría cumplimiento del tratamiento. Tan solo un poco más de la mitad de los enfermeros (56%) explica claramente a la persona hospitalizada el procedimiento a realizar y la importancia de su participación.

Se destaca la calidad de atención de enfermería para evitar complicaciones siendo óptima manifestado por un 65% de los casos y buena por un 23%.

En general, la atención del personal de enfermería es de calidad óptima (35%) pero la categoría regular adquiere la misma importancia al igualar el valor.

El estudio finaliza señalando que cuando una relación es óptima, los ciudadanos hospitalizados adoptan una actitud diferente ante los tratamientos terapéuticos y recomienda que enfermería debe reconocer en la persona su concepción holística, entendiendo las diversas manifestaciones de tipo emocional expresadas a través de los sentimientos como sufrimiento, miedo, incertidumbre, entre otros; y respetando los valores culturales, ideologías y capacidad para percibir y pensar.

Lucena, V. G. L., y Ospina Spahn, R. B. (2012). Percepciones de la enfermera y de la usuaria sobre la atención brindada en una institución pública. Universidad Nacional de Córdoba.

El estudio descriptivo y transversal se realizó en el Hospital Materno Provincial “Dr. Raúl Felipe Lucini” de la ciudad de Córdoba con el objetivo de

conocer las percepciones de los enfermeros y de las usuarias internadas sobre la atención brindada y establecer los datos identificatorios de ambos grupos. Se aplicó una encuesta para conocer la percepción que tiene los enfermeros sobre la información que brinda, y sobre las sensaciones, experiencias y expectativas que vive la usuaria durante la atención que se le proporciona; y a su vez conocer por el mismo medio la percepción que tiene la usuaria sobre la información que recibe, las sensaciones, experiencias, expectativas que experimenta en relación con la atención que le brinda el enfermero. Por último, establece los puntos en común entre ambas percepciones.

El universo estuvo constituido por 104 profesionales de enfermería del área de tocoginecología y 318 usuarias de dicho servicio. Se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple al azar que determinó una muestra de 43 profesionales de enfermería y 60 usuarias internadas en la institución.

Se recolectaron datos durante dos meses utilizando una encuesta de modalidad entrevista con 13 preguntas cerradas con escala de medición tipo Likert.

En cuanto a la percepción de la información durante la internación de la usuaria, la mayoría de los enfermeros (68,9%) percibió que brinda la información necesaria. Esto no coincidió con la percepción de las usuarias puesto que, el 40,4% de la población estudiada refirió que no recibió información adecuada en la internación.

En la dimensión sensaciones, el personal de enfermería consideró que estas fueron positivas para la usuaria durante el tiempo de su internación. Siendo similar lo percibido por la usuaria, ya que esta manifestó haber recibido un trato

digno y haber observado disponibilidad, voluntad, seguridad y rapidez en la atención.

En cuanto a la dimensión experiencias, los enfermeros percibieron que la experiencia de la usuaria durante su ingreso, internación y alta fue buena, mientras que, las usuarias consideraron como muy buena su experiencia durante el periodo de internación.

Por último, la dimensión expectativa reveló que las enfermeras perciben que las usuarias reciben una buena atención durante su internación asemejándose con las expectativas percibidas por la usuaria durante su internación.

El estudio concluye que “se debe hacer mayor hincapié en la información que brinda la enfermera hacia la usuaria, a fin de lograr una relación interpersonal más fluida, empática, lo que conlleva a una atención hospitalaria de alta calidad.” Y recomienda utilizar talleres para fomentar la información entre el enfermero y el usuario sobre las normas y funcionamiento del hospital; realizar capacitaciones en cuanto a la relación interpersonal e incorporar encuestas de satisfacción para las usuarias a fin de conocer las percepciones positivas o negativas que han tenido con respecto a la información recibida por el enfermero.

Sifuentes Contreras, A., Parra, F. M., Marquina Volcanes, M., y Oviedo Soto, S. (2010). Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de neonatos en la unidad terapia intensiva neonatal. Enfermería Global, IX (2).

Realizada en la Unidad de Terapia Neonatal del Hospital Central de San Cristóbal en la ciudad de Táchira, Venezuela. Determinó las características de

la relación terapéutica que establece el personal de enfermería con los padres de los neonatos hospitalizados en dicha unidad. Es un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo. La población se conformó por 30 padres de neonatos internados, a quienes se les aplicó un cuestionario que evaluó en 19 ítems las dimensiones de apoyo y comunicación y fue aplicado a la semana de la internación.

Entre los resultados, se encontró que en la dimensión comunicación, el 86,66% del personal de enfermería recibió de forma amistosa a los padres, pero que el 73,33% no se presentó ni dio a conocer su nombre para identificarse con ellos. El 70% de la población estudiada reveló que no fue notificada por enfermería acerca del tratamiento, y un 66,6% manifestó que no se les explicó acerca de los exámenes que se les realizaban a sus hijos, ni tampoco, sobre los cuidados que necesitan los prematuros (63,3%). Un 56,66% de las respuestas emitidas por los padres mencionó que no se los orientó sobre los cuidados en el hogar luego del egreso de sus hijos. El 66,66% de los padres opinó que el personal de enfermería no le dedicó tiempo para conversar sobre la evolución que ha tenido su hijo.

En relación a la dimensión apoyo emocional, el 70% de los padres reveló que enfermería se preocupaba por cuidar la salud de los recién nacidos hospitalizados pero no ofreció manifestaciones de afecto a través del contacto físico para con ellos (53,33%). El mismo porcentaje indicó que no recibió apoyo cuando estos se encontraban preocupados por sus hijos. El 66,6% de los padres señaló que sintió confianza en el personal de enfermería y a su vez, les permitió la libre expresión de sus sentimientos y les animó a tener fe y esperanza en la recuperación de sus hijos (60%). Estas respuestas se

contrastaron con el 60% de los padres que consideró que el personal de enfermería no es cálido ni accesible.

El estudio concluye mencionando que si bien los datos reflejan una debilidad en la prestación de cuidados de enfermería hacia los padres de los neonatos internados, existe la necesidad de reforzar las actitudes y comportamientos positivos del profesional de enfermería de modo tal que se permita el surgimiento de una actitud cálida, de respeto, comprensión y empatía que ayude a los padres adaptarse a la unidad, y fomentar su capacidad de ser padres y madres de un recién nacido en condiciones de alto riesgo biológico.

El estudio propone iniciar talleres de crecimiento personal para que los enfermeros reconozcan las debilidades y se promueva la empatía, la comunicación y el cuidado de sí para cuidar de los otros.

Romero Ameri, L. C. (2008). Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

El estudio realizado en el servicio de medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (Bellavista, Perú) determinó la percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda enfermería en dicho servicio e identificó la percepción acerca de la calidad de atención de enfermería en la dimensión interpersonal y de entorno (confort).

El autor realiza un estudio de nivel aplicativo, cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por un total de 120 personas internadas en el servicio de medicina. La muestra se obtuvo mediante un muestreo aleatorio simple conformado por 60 personas a los que se les aplicó

durante un mes un cuestionario modalidad entrevista de 28 ítems cuyas respuestas eran de escala de tipo Likert modificada (siempre, a veces, nunca).

El estudio determinó que las características sociodemográficas (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, condición laboral y días de hospitalización) influyen en las percepciones de los individuos. Estos adquieren la capacidad de saber más y de plantear sus demandas de manera más eficiente y visible cuando obtienen mayores conocimientos a través de la educación.

La investigación determinó que la percepción de la mayoría de los pacientes sobre la calidad de atención del personal de enfermería es medianamente desfavorable con tendencia a desfavorable (56,67%) debido a que la enfermera se muestra insensible ante el dolor, se despreocupa frente a sus necesidades, no lo trata con amabilidad, invade la privacidad, y no existe cortesía por parte de ellas; ya que no lo saludan, no se presentan como tal, no los llaman por su nombre y se muestran indiferentes por el ambiente de la unidad, así como por los ruidos que dificultan su descanso.

El estudio resaltó que hay un porcentaje considerable de usuarios (43,33%) que perciben la calidad de la atención como favorable y medianamente favorable resumiendo que existe en el servicio de medicina enfermeros que realizan su trabajo con dedicación y esmero.

En la dimensión interpersonal, la mayoría de las personas percibieron medianamente desfavorable con tendencia a desfavorable (61.66%) la calidad de la atención que brinda la enfermera refiriendo que ella utiliza términos complejos para responder a sus preguntas, no presta atención a sus llamados, no lo llama por su nombre o no lo saluda, se muestra poco amable y no lo escucha ante la necesidad de expresar los temores. El 38,34% percibió de

forma favorable y medianamente favorable la calidad de atención destacándose el trato cordial del enfermero.

En la dimensión entorno, la mayoría de los encuestados manifestó una percepción medianamente favorable y medianamente desfavorable en una misma proporción sobre la atención que brinda la enfermera (confort), refiriendo que esta se muestra despreocupada ante el ambiente de la unidad y los ruidos que dificultan su descanso, invade su privacidad y no muestra interés por su alimentación. El 26,67% percibe favorablemente aspectos relacionados con la preocupación por la iluminación y ventilación del ambiente.

El estudio finalmente recomienda que se deba diseñar estrategias orientadas a la reflexión y capacitación del personal de enfermería sobre el trato y satisfacción al usuario; como así también, realizar estudios sobre motivación y formas de comunicación efectivas y elaborar guías de procedimientos, con el fin último de mejorar la calidad de atención.

Los estudios anteriormente descriptos fueron de gran utilidad para el desarrollo de la investigación. Por un lado, si bien la gran mayoría analiza la calidad en general y los resultados la han determinado como óptima, surge en ellos aspectos relevantes de la relación interpersonal y que dan sustento a la problemática planteada; por ejemplo, la no utilización del nombre del “usuario”, la falta identificación como enfermeros, falta de contención emocional, desinterés por la persona, fallo de la comunicación, uso inapropiado del lenguaje y la falta de privacidad. Aspectos poco tenidos en cuenta y que probablemente se relacionen con el concepto de cuidado asumido por los cuidadores de enfermería y manifestado por los mismos “usuarios” dado que

“la mayoría no supo definir con claridad que entendían por cuidados de enfermería, recurriendo a mencionar actividades como control, administrar medicamentos o alerta a los llamados” (Galeano, et al., 2006, p. 2).

Por otra parte, la mayoría de estas investigaciones utilizaron el mismo método y teniendo en cuenta que las poblaciones en estudio se asemejan en número a las del contexto actual, se consideró realizar la presente bajo la forma descriptiva y transversal, al igual que los diferentes estudios citados anteriormente. Asimismo, el instrumento de tipo cuestionario que es utilizado en la mayoría de las investigaciones para la recolección de datos se consideró pertinente para el estudio; como así también, el tiempo que se dedicó a esta actividad, que en su mayoría, no superó los tres meses.

A su vez, ha sido significativa para el estudio la incorporación de conceptos claves para la formulación del problema y para el desarrollo del marco teórico.

Un punto de interés para la investigación actual que se hace referencia en tan solo una de las citadas anteriormente y que se consideró oportuno incorporar, es la caracterización sociodemográfica de la población en estudio.

MARCO TEÓRICO

A continuación se exponen los conceptos principales que serán abordados a lo largo de la investigación. Los mismos se encuentran organizados a manera de texto, por grado de complejidad descendiente y finaliza con el despliegue de las dimensiones a evaluar.

Las definiciones presentadas se relacionan con la calidad, sus componentes y medición, y se hace referencia a la importancia que le da la O.P.S. a la temática. Se desarrolla a su vez el concepto de percepción, como así también, la concepción de enfermería de teóricos que la presentan desde la relación interpersonal y las pautas o condiciones que deben darse en esa relación establecida entre los “enfermeros y las personas” a partir del código deontológico del CIE.

Definición de calidad asistencial

A principios de la década del 90 el concepto de calidad comienza a adquirir mayor relevancia a partir de la incorporación de la gestión de la calidad. Esta se constituyó como un componente importante de todos y cada uno de los integrantes de la empresa, desde el operario hasta la dirección de la misma. La gestión de la calidad comienza a centrarse en el cliente, en el proceso y la eficacia bajo los principios de excelencia y satisfacción de las expectativas del cliente.

Donabedian (citado en O.P.S., 2011, p. 144) define a la calidad de atención como “la atención que se espera que se proporcione al paciente el máximo y

más completo bienestar en todo momento, logrando los mayores beneficios posibles”

Componentes de la calidad asistencial

Este autor, define a la calidad de la atención teniendo en cuenta tres componentes: técnica, confort e interpersonal. El primero de ellos, hace referencia a la utilización de la ciencia y la tecnología con el fin último de lograr los mayores beneficios sin que se vieran aumentados los riesgos.

El confort se alcanza a partir de los elementos del entorno y tiene relación directa con las cualidades esperadas de los centros de asistencia.

El tercer y último componente, y de importancia para el estudio en cuestión, denominado interpersonal, implica según este autor, aquellos valores y normas definidos socialmente que conducen la interacción de las personas y en sus situaciones particulares. Estos valores y normas se encuentran inscritos en los códigos éticos de los profesionales de la salud y en las expectativas y pretensiones de los sujetos que reciben la atención.

Medición de la calidad

Donabedian, propone evaluar la calidad de atención con el desarrollo metodológico de tres elementos: estructura, proceso y resultado.

Resumidamente, el primero de ellos refiere a las características de los proveedores de la atención. Sus indicadores miden la organización y el equipamiento del sistema. Es la parte estable del sistema. Toma en cuenta los

recursos humanos, tecnológicos, financieros, materiales e insumos; y la estructura organizacional como han de ser los organigramas, normas, programas, flujogramas, manuales de organización y procedimientos.

El proceso, elemento de interés para el desarrollo de la investigación, mide las actividades que conforman la atención que se otorga al ciudadano, la secuencia de las actividades y los mecanismos institucionales delineados para el ofrecimiento de los diferentes servicios; es decir que, tiene en cuenta cómo se hacen las cosas, el uso eficiente de los recursos en la atención, la calidad técnica, la orientación y la educación a los usuarios y la relación interpersonal entre estos y el personal.

El resultado representa el cambio significativo en el estado actual y futuro de la salud de las personas. Mide la efectividad de la atención, es decir, el grado en que la atención otorgada produce en la población el efecto deseado, aunque también puede reflejar aspectos adversos.

Los elementos de la trilogía como forma de medición de la calidad permiten detectar oportunidades y/o deficiencias para actuar en el bienestar del sujeto cuidado. Garantizar la calidad permitirá proteger a la persona contra riesgos innecesarios y le proveerá los mayores beneficios posibles.

Quienes intervienen en la atención directa tienen la obligación de proveer servicios de salud con calidad, siendo los resultados de la atención y el quehacer de los trabajadores susceptible de medir.

La O.P.S. (2007) alude que la calidad en los servicios de salud implica el uso de soluciones que sean técnicamente óptimas para la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios como así también, incluye la calidad percibida en los servicios de salud. Esta percepción se encuentra inscrita en la

subjetividad de las personas, por lo cual se torna importante que puedan dar cuenta de ella.

De gran preocupación fue para la O.P.S. garantizar la calidad de la atención sanitaria que en el año 2007 durante la 27^a Conferencia Sanitaria Panamericana se pronunció a favor de contar con políticas y estrategias regionales que aborden la calidad y seguridad para lograr los objetivos en salud y mejorar la salud de la población; proponiendo cinco líneas de acción para mejorar la calidad de los servicios:

1. Posicionar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente como prioridad sectorial.
2. Promover la participación ciudadana en temas de calidad.
3. Generar información y evidencia en materia de calidad.
4. Desarrollar, adaptar y apoyar la implementación de soluciones en calidad.
5. Desarrollar una estrategia regional para el fortalecimiento de la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente.

La calidad en las relaciones interpersonales

Autores como Periñán y Díaz (2003) afirman que la importancia de medir la relación interpersonal como elemento de la calidad asistencial encuentra dos razones fundamentales: como componente primordial, se constituye en el medio que permite llevar a cabo una asistencia correcta. A través del intercambio interpersonal, las personas comunican información y hacen saber

sus preferencias. El profesional también otorga información y motiva a los sujetos para que desarrollen una activa colaboración en la asistencia.

La otra razón, es que la relación interpersonal desde la óptica de los personas, permite reunir los componentes concluyentes de un buen servicio. Los autores anteriormente mencionados, refieren que la discreción, la intimidad, la elección informada, el cuidado, el tacto en el trato, la responsabilidad, la confianza, la empatía y la sensibilidad son, entre otros, las consecuencias de una virtuosa relación interpersonal entre la persona cuidada y su cuidador.

Enfermería y la relación interpersonal

La definición universalmente aceptada de enfermería es la ofrecida por Virginia Henderson que en 1966 en su libro titulado *The Nature of Nursing* (La Naturaleza de la Enfermería) expresa que:

La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible. (Henderson, 1994, p. 21)

La autora establece para el enfermero, un rol complementario o suplementario que se desarrolla en los cuidados básicos de enfermería.

De aquella definición se pueden extraer cuatro conceptos básicos: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento; cada

uno de ellos incluidos en el Código Deontológico del CIE, revalidados en el año 2012 como deberes fundamentales de la profesión.

En este último documento, se encuentran inscritas las normas de conducta ética de la profesión y a la que Donabedian, citado en otra oportunidad, lo denomina componente interpersonal, constituyente de la calidad asistencial.

Joyce Travelbee⁷ (1969), teórica norteamericana realiza un importante aporte en la profesión, definiendo a la enfermería como “un proceso interpersonal por el cual el profesional de enfermería ayuda a una persona, una familia o una comunidad a prevenir o a afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, dar un sentido a estas experiencias”, y agrega que “el objetivo de la enfermería se consigue por medio del establecimiento de una relación de persona a persona” (Tomey, 1994, p. 357).

Esta autora concibe a la relación persona a persona como una experiencia que vive el cuidador de enfermería y la persona cuidada satisfaciéndose las necesidades y que “en las situaciones de enfermería la relación persona a persona constituye todo el medio por el que se cumple el objetivo de la enfermería. Esta relación se establece cuando la enfermera y el receptor de sus cuidados alcanzan una compenetración después de haber pasado por las

7 Travelbee, Joyce (1926-1.973). Se desempeñó como enfermera docente en la Escuela de enfermería del Charity Hospital, en la Universidad del estado de Louisiana, en la New York University y en la Universidad de Mississippi de Jackson.

Desarrolló en 1966 la Teoría de la Relación entre Seres humanos en su libro “Interpersonal Aspects of Nursing” definiendo los conceptos de enfermería, salud, enfermedad, ser humano, enfermera, interacción, comunicación, sufrimiento, dolor, esperanza, empatía, simpatía, transferencia y uso de la terapéutica del propio yo. Presentó dos funciones esenciales de enfermería: ayudar a los individuos, familias y comunidades a prevenir o adaptarse al estrés de la enfermedad y el sufrimiento; y ayudar a los individuos, familias y comunidades a encontrar significado a la enfermedad y sufrimiento, si fuese necesario.

Propuso que la enfermería se lleva a cabo mediante relaciones entre seres humanos que comienza con el encuentro original y progresa a través de fases de identidades emergentes, sentimientos progresivos de empatía y solidaridad hasta la última fase denominada transferencia.

fases de encuentro original, revelación de identidades, empatía y simpatía” (Tomey, 1994, p. 357).

La relación cuidador-persona cuidada implica contactos físicos y comunicacionales y en ellos se interpretan gestos, movimientos y posiciones que revelan diferentes emociones, sentimientos y percepciones.

Pero las diferentes intervenciones de enfermería pueden generar dolor y sufrimiento en las personas, corriéndose el riesgo en la despersonalización de los cuidados producto de la creciente tecnologización de los mismos. En referencia a esto, Leininger⁸ (1960) postula que: “cuanto mayor es la evidencia de dependencia de la enfermera en las labores y actividades tecnológicas, mas importantes serán los signos de distanciamiento interpersonal y menor la satisfacción del paciente” (Tomey, 1994, p. 432).

Para Peplau (1952) la enfermería es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal; en otras palabras, lo define como “una relación humana entre la persona que requiere un servicio de salud y un profesional con una formación especializada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda” (Orrego Sierra y Ortíz Zapata, 2001, p. 80)

8 Leininger, Madeleine (1925 -2012) teórica y profesora de enfermería. M.Cs. en Enfermería de la Universidad Católica de América; Dra. en antropología social y cultural de la Universidad de Washington (1966). Ocupó cargos académicos en la Universidad de Cincinnati y la Universidad de Colorado. Decana de la escuela de enfermería, en la Universidad de Washington y en la de Utah. Profesora emérita de Enfermería de la Wayne State University y profesora adjunto en la Universidad de Nebraska Medical Center en Omaha.

Autora de más de 27 obras, 200 artículos y 45 capítulos de libros. Fundadora en 1974 de la organización National Transcultural Nursing Society. En 1998 es distinguida por el premio “Leyenda Viva y apoyadora” otorgado por la Academia Americana de Enfermería y se la reconoce como Miembro Distinguido del Royal College of Nursing (Australia)

Desarrolla el concepto de enfermería transcultural definiéndola como el área que se ocupa del estudio y el análisis comparativo de las distintas culturas y subculturas mundiales, en cuanto a su comportamiento afectivo, los cuidados de enfermería, los valores, las creencias, y los modelos de salud. El objetivo de la enfermería transcultural es el desarrollo de un conjunto de conocimientos científicos y humanísticos encaminados a proporcionar prácticas de enfermería de cada cultura y de la cultura universal.

Según esta afirmación, la dimensión interpersonal de la calidad hace hincapié en la relación entre el profesional y la persona sujeto de cuidado. A partir de la situación que le dio origen a la relación, comienza el intercambio y la construcción de la reciprocidad, dando la posibilidad que uno y otro crezcan. El cuidador lo hace en la realización profesional y su semejante en la terapéutica.

Este cuidado, exclusivo de la disciplina enfermera, debe ser deliberado, interpersonal y exclusivo. No es simplemente una emoción, cualidad, vocación, preocupación, o un deseo caritativo. Cuidar es el ideal moral de enfermería, cuyo propósito es protección, engrandecimiento y conservación de la dignidad humana: el cuidado humano implica valores, deseos y compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. (Rodríguez-Jiménez, Cárdenas-Jiménez, Pacheco-Arce, y Ramírez-Pérez, 2014, p. 149)

En este sentido, se torna importante citar a Watson⁹ (1978) que entre sus principales conceptos para el ejercicio profesional menciona que la asistencia se demuestra y puede ser practicada de manera eficaz si es llevada de forma

9 Watson, Jean (1940-presente). Enfermera estadounidense. Distinguida teórica contemporánea. B. S en Enfermería (1964) del Campus de Boulder; M.S.Salud Mental y Psiquiatría (1966) del Campus de Ciencias de la Salud; Dra. en Psicología Educativa y Asistencial (1973) de la Graduate School del Campus de Boulder. Decana de la escuela de enfermería de la Universidad de Colorado (1982).

Fundó el Center for Human Caring en Colorado en 1980 y en 2007 creó una entidad sin fines de lucro, el Watson Caring Science Institute, parte del International Caritas Consortium.

Obtuvo ocho doctorados honoris causa de universidades de Suecia, Gran Bretaña, España y Canadá, entre otras y recibió numerosos premios. Fue autora o coautora de 14 libros de su especialidad.

En 1979 publica "La filosofía y la ciencia del cuidado solidario". Sostiene que la práctica del cuidado solidario es fundamental en la enfermería, destacándose dos premisas en los valores de la ayuda humana de la enfermería: a) la atención y el amor constituyen la energía psíquica primordial y absoluta, y b) la ayuda y el amor son requisitos para la supervivencia y nutren a la humanidad. Sostiene que las necesidades cada vez más complejas del sistema de atención sanitaria y de la persona exigen que la enfermera posea una formación amplia y liberal. Enfatiza en una formación en enfermería integral de otros campos y que abarque conocimientos en humanidades, artes y ciencias. Entre sus postulados más importantes se encuentra el desarrollo de los 10 factores de cuidado que sustentan su trabajo. Cada uno de ellos posee un componente fenomenológico dinámico relacionado con las personas que participan en la relación enfermera-persona.

interpersonal; destacándose así, el desarrollo de una relación de ayuda-confianza: “el desarrollo de este tipo de relación es crucial para la asistencia transpersonal. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz” (Tomey, 1994, p. 152)

Los conceptos de las diferentes teoristas se encuentran en puntos comunes, destacándose la importancia de proceso interpersonal fundado en conocimientos científicos y la necesidad que esté presente la relación cuidador-persona cuidada para que exista un legítimo cuidado de enfermería.

Por lo expuesto hasta aquí, puede definirse la calidad de la atención interpersonal de enfermería como “la relación de respeto y comunicación que se establece entre enfermera y paciente para lograr su satisfacción” (Sánchez, Pérez y Vargas, s. f., p. 2)

De esta manera, la calidad de atención se convierte en un elemento esencial para el desempeño diario, convirtiéndose el cuidado en un apoyo fundamental para cada uno de las personas. El cuidado como servicio prestado es susceptible de mejorar permanentemente.

Percepción

La percepción que la sociedad tiene sobre el sistema de salud en muchas ocasiones puede estar afectada por diferentes experiencias positivas o en su defecto, por quejas, eventos adversos, errores técnicos o de comunicación viéndose perjudicada la atención.

La percepción según Vallejos y Najera (citado por Colque et al.,2011) puede ser definida como un proceso mental que le permite al ser humano organizar todo lo que obtiene del exterior, de forma clara y significativa hacia el interior de sí mismo y obtener así, conciencia de todo lo que lo rodea. Por medio de los sentidos, el ser humano recibe imágenes, impresiones o sensaciones externas.

Como mencionan Rivera Álvarez y Triana (2007), en la relación entre el enfermero y su semejante, la percepción del cuidado de enfermería se relaciona con la impresión que subyace de la interrelación al momento de “cuidar al otro” y como son interiorizados y clasificados las circunstancias y las acciones deliberadas de la persona cuidada y de la denominada cuidadora.

La percepción puede ser advertida y expresada y “no tiene ninguna relación con aspectos científicos y técnicos, sino con las necesidades de afecto, comprensión, protección, bienestar, ocio e información” (Orrego Sierra y Ortiz Zapata, 2001, p. 81). Estos autores afirman que además de cumplir con las normas institucionales y los conocimientos técnicos científicos, el personal debe conciliar las necesidades de los sujetos, afirmando que las relaciones interpersonales se constituyen como factor primordial para el logro de la excelencia en la asistencia.

En relación a la percepción de quien dispensa los cuidados afirma Travelbee (1969, citado por Tomey y Alligood, 2007) que “la calidad y la cantidad de los cuidados de enfermería dispensados a las personas enfermas dependen en gran medida de la percepción que el enfermero tiene del paciente“

De este modo, el personal de enfermería debe percibir la interacción cuidador-persona cuidada como una interacción entre dos seres humanos y asumir que las personas sujetos de cuidados, no constituyen una actividad

para realizar, un número de cama o habitación, una patología ni tampoco son totalmente dependientes de enfermería. Si esto ocurriese, debería comprenderse que los intereses se encauzarían en el cumplimiento de las expectativas institucionales y no en las exigencias particulares de cada persona. Por ello, para cimentar la humanización del cuidado, debe comenzarse por aceptar la singularidad de la persona.

La enfermera y las personas

Este apartado se encuentra comprendido dentro del Código Deontológico del CIE y se constituye junto a otros tres (la enfermera y la práctica, la enfermera y la profesión y la enfermera y sus compañeros de trabajo) como elemento principal que pone de relieve las normas de conducta ética.

A los fines de esta investigación y dada su importancia de acuerdo a lo mencionado anteriormente, con respecto a la medición de las relaciones interpersonales en relación al grado de apego de los valores que rigen a la disciplina, se transcribe en los párrafos siguientes los principios que guían la relación entre la enfermera y las personas.

“La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería.

Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.

La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente.

La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla.

La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables.

La enfermera defenderá la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, en el acceso a los cuidados de salud y en los demás servicios sociales y económicos.

La enfermera demostrará valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad”.

Operacionalización de las variables

Percepción

Como se mencionó anteriormente, la información se incorpora a través de los sentidos, para ser interpretada y organizada al compararse con patrones mentales propio de cada persona. A partir de ello, es que el ser humano actúa de determinada manera o tiene diferentes motivaciones y sentimientos.

Por este motivo, se debe entender que ante una misma situación no todas las personas perciben de la misma manera, sino que lo hacen de acuerdo a lo

que le llama la atención o lo que es significativo para realizar su propia construcción.

Se presentaron a las personas implicadas en el estudio en cuestión, una serie de ítems referidos a situaciones específicas de la relación cuidador-persona cuidadas, que fueron contestadas de acuerdo a la frecuencia percibida. Se admitieron cuatro grados de percepción, excluyentes entre sí, de carácter ordinal: siempre, casi siempre, algunas veces, nunca.

Entendiéndose como:

Siempre. Se percibe que las acciones ocurren en todo momento.

Casi siempre. Se percibe que las acciones ocurren frecuentemente.

Algunas veces. Se percibe que las acciones se presentan de forma poco frecuente o en algunas ocasiones.

Nunca. No se percibe que las acciones ocurran o estén presentes.

Relación interpersonal

A partir del Código Deontológico del CIE, mencionado en el apartado anterior, se construyeron las dimensiones tomando los párrafos de mayor relevancia y los relacionados con el tema en cuestión; luego se procedió a una definición de ellas; y posteriormente, se operacionalizó cada dimensión resultante en variables, susceptibles de medición de acuerdo a la percepción de la persona cuidada que estuviese alojada en el servicio de internación del hospital y de los cuidadores de enfermería que desarrollaran sus tareas en el sector de internación. Las variables resultantes fueron acciones expresadas en

oraciones que pudieron ser observadas o percibidas por los sujetos de la investigación.

Las dimensiones resultantes Del Código Deontológico respecto a la Enfermera y las personas fueron: consentimiento informado, confidencialidad, valores profesionales.

Consentimiento informado. De acuerdo a la Ley Nacional N° 26529 “Derechos del paciente”, la persona “tiene derecho a recibir la información sanitaria, vinculada a su salud” (art. 2, inc. f). En cuanto a la información, la legislación vigente cualifica que la misma debe ser clara, suficiente y adecuada a la comprensión de la persona.

A partir de la información brindada, la persona expresa su consentimiento informado, entendida como la declaración de voluntad suficiente para aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos con o sin expresión de causa. La información brindada debe hacer referencia al estado de salud, el procedimiento propuesto con los objetivos perseguidos y beneficios esperados, como así también, los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles y; las consecuencias previsibles ante la negativa.

De acuerdo al artículo N° 6 de la presente ley, lo mencionado anteriormente es de carácter obligatorio.

Las primeras tres preguntas del cuestionario de recolección de datos abordan la temática.

Confidencialidad. En relación a este punto, la ley antes mencionada refiere que quien manipule la historia clínica o participe de su elaboración o tenga

acceso a ella, debe guardar la debida reserva (art. 2, inc. d). La ley provincial N° 3076 de similares características, se refiere al derecho de la persona a que “se respete su intimidad, datos médicos y personales que le conciernen. La discusión del caso, las consultas, las comunicaciones, los registros, las exploraciones y el tratamiento son confidenciales y deben conducirse con discreción” (art. 2, inc. f). Es obligación del personal de enfermería mantener el secreto profesional (Ley N° 24004, 1991).

Se evalúa en el ítem 4 del instrumento de recolección de datos.

Valores. De acuerdo a la Real Academia Española (RAE), desde el aspecto filosófico se entiende a los mismos como una: “cualidad que poseen algunas realidades, consideradas bienes, por lo cual son estimables. Los valores tienen polaridad en cuanto son positivos o negativos, y jerarquía en cuanto son superiores o inferiores”; por lo tanto, a partir de los mismos se puede medir el valor ético o estético de las cosas, ya que son principios que orientan el comportamiento de las personas, reflejan interés, sentimientos y convicciones, y tienen valor por sí mismo.

El Código Deontológico hace referencia a los siguientes valores profesionales:

Respeto. Proviene del latín *respectus* (acción de mirar atrás) y está relacionada con la veneración o acatamiento que se realiza a alguien. Por lo tanto, es el reconocimiento, consideración, atención o deferencia, hacia otras personas.

Los ítems 5 y 6 de los instrumentos de recolección de datos abordan la temática.

Disponibilidad. Es una cualidad o condición que refiere que “se puede disponer libremente de ella o que está lista para usarse o utilizarse”.

En el caso aplicado a la disciplina, se puede entender a la posibilidad del personal de enfermería de presentarse cuando se la necesite, siendo funcional para dar respuestas, resolver problemas, o proporcionar una ayuda limitada.

Se contempla en los ítems 7 y 8 de los instrumentos de recolección de datos.

Compasión. El vocablo compasión posee un doble origen semántico. Del latín *cum-passio*, que alude al “sufrimiento compartido con otro”. El verbo latino *passio* proviene del término griego *pathos* que hace referencia al sentimiento del drama interior. Por lo tanto, *cum-passio* puede ser entendido como acompañar al otro en su drama interior. El “sufrir juntos” es un sentimiento social que ha desarrollado el ser humano, equiparable a la empatía, que no solo abarca la capacidad de ponerse en la piel de otra persona y, comprender su estado emocional sino de tratar de actuar en pos de tranquilizar a la persona afectada y minimizar en lo posible su sufrimiento.

La compasión se evalúa en los ítems comprendidos entre el número 9 y 12 de ambos cuestionarios.

Confianza. Proviene del latín. Se encuentra compuesta por el prefijo *con* que quiere decir junto o globalmente; *fides* que significa fe o confianza, y el sufijo

anza que alude a la acción. Por lo tanto, se puede definir como la esperanza firme que se tiene de algo o alguien; o con quien se tiene trato íntimo o familiar, cuando se utiliza como adjetivo de persona.

Este concepto se evalúa en las preguntas comprendidas entre la N° 13 a 16 de los cuestionarios.

Integridad. La palabra integridad proviene del latín *integrîtas, -âtis* (totalidad, virginidad, robustez y buen estado físico), pero el vocablo se deriva del adjetivo *integer* (intacto, entero, no tocado o no alcanzado por un mal). Se compone de *in-* (no) y una raíz que es la misma que la del verbo *tangere* (tocar o alcanzar), es la pureza original y sin contacto o contaminación con un mal o un daño (físico o moral). Esto significa que al usarlo como adjetivo de una persona se refiere a quien es recto, probo e intachable en sus acciones. De este modo un profesional íntegro, es quién ejerce coherencia entre los valores que predica y los métodos, expectativas y resultados alcanzados en las intervenciones profesionales. Así, integridad es obrar con rectitud y apego a los principios éticos y legales de la profesión que se ejerce. Un profesional íntegro es quien “hace lo correcto” y en el caso de la enfermería “hacer lo correcto” implica necesariamente instrumentar un cuidado íntegro, holístico y personalizado. Es por ello que este concepto se evalúa en los interrogantes comprendidos entre el N° 17 y 23 de ambos cuestionarios.

Las personas tienen características individuales que se encuentran en función al medio ambiente, social y cultural.

Las siguientes características permitieron describir e identificar a las personas cuidadas:

Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad. Relacionada con la maduración anatomofisiológica y social de la persona. Determina particularidades en el comportamiento. Medido en años.

Sexo: variable biológica y genética. Divide a los seres humanos en mujer u hombre.

Grado de instrucción: nivel de educación de la persona. Es el grado más elevado de estudios alcanzados. La educación, como proceso social consiste en la adquisición de conocimientos, actitudes, habilidades, costumbres y formas de comportamiento. La educación permite comprender a la persona en el contexto del proceso salud-enfermedad.

Estado civil: condición particular que caracteriza a la persona en relación a sus vínculos personales con otras. Se toman en cuenta la condición de: soltero (persona que no se encuentran comprometidas legalmente con otras), casado (persona comprometida legalmente con otra), divorciado (persona que han roto el vínculo amoroso o legal con sus parejas) o viudos (los que han perdido a su pareja por deceso) y unión libre, personas que mantienen una relación, sin unión legal pero en convivencia.

Estadía hospitalaria: tiempo transcurrido desde la internación hasta el momento de aplicación de la encuesta. Medido en días.

Además de la edad y sexo (descrita anteriormente), las características de los cuidadores que permitieron describir e identificar a esta población fueron:

Nivel de ejercicio de enfermería: De acuerdo a la ley provincial N° 2999 (Art. 3) la provincia de Río Negro reconoce dos niveles para el ejercicio de la enfermería: a) Profesional, en el que se encuadran el Licenciado en enfermería y Enfermero. b) No profesional, incluye al Auxiliar de enfermería.

Antigüedad laboral: tiempo transcurrido que ejerce desde algún nivel de enfermería hasta la actualidad. Medida en años.

HIPÓTESIS

H₁. La percepción de las personas cuidadas acerca de la relación interpersonal cuidador persona-cuidada es diferente a los principios éticos que se expresan en el Código deontológico del Consejo Internacional de Enfermería.

H₂. Existe discordancia entre la percepción de las personas cuidadas y la de los cuidadores acerca de la relación interpersonal del servicio de internación.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

El tipo de estudio de esta investigación es descriptivo y de corte transversal. Es de carácter descriptivo porque intenta precisar un evento específico; en este caso, cómo es la percepción de la relación interpersonal cuidador-persona cuidada. A su vez, es transversal porque la variable fue estudiada en una sola oportunidad durante el tiempo que duró el estudio; es decir, que se realizó en un momento determinado de tiempo (mayo-junio de 2015) en la institución de salud Hospital Aníbal Serra de la ciudad de San Antonio Oeste, Río Negro, Argentina, sin efectuarse ningún tipo de seguimiento a posteriori.

Método

El estudio en cuestión es abordado desde el enfoque cuantitativo dado que al ser de carácter descriptivo, mide y por tanto cuantifica los datos de las diferentes variables que entran en juego en la “percepción de la relación cuidador-persona cuidada” definiendo como es la relación desde la perspectiva de cada uno de los actores e identificando la presencia de los fenómenos relevantes; con la consecuente comparación de las respuestas de ambos grupos estudiados. Si bien el riesgo existente al utilizar este enfoque es que no se alcance un grado de profundidad, logra cierto potencial introduciendo el tema en cuestión e identifica puntos emergentes y con ello, resultados de

relevancia sustantiva. Asimismo, la presente investigación puede ser el punto inicial de otros estudios de carácter explicativo del fenómeno en cuestión.

Población y muestra

El universo de estudio estuvo conformado por dos grupos: A) personal que cumplía tareas de enfermería (cuidadores) en el sector de internación del Hospital Aníbal Serra entre los meses de mayo y junio de 2015 y; B) personas internadas (cuidadas) de ambos sexos, mayores de 18 años, hospitalizadas en el servicio de internación del Hospital Aníbal Serra, con una estadía igual o mayor a dos días, en el periodo comprendido entre mayo y junio de 2015.

En el caso de los cuidadores, se accedió al total de la población del servicio de internación (N=13).

La población de las personas cuidadas durante el periodo que duró el estudio fue de 376, conformándose por medio de un método no probabilístico intencional una muestra de 100 personas que representa el 26 % de la población total.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión para los cuidadores del servicio de internación fueron:

1. Pertenecer al equipo de enfermería del servicio de internación independientemente del nivel de formación (Auxiliar de enfermería, enfermero o Licenciado en enfermería) y/o cargo.

2. Manifestación explícita de participación voluntaria a través de consentimiento informado.

Los criterios de exclusión para los cuidadores del servicio de internación fueron:

1. No pertenecer al equipo de enfermería del servicio de internación o no encontrarse en tareas laborables al momento de realizarse la recolección de datos cualquiera fuera la causa.
2. Expresar su negativa a la participación del estudio.

Los criterios de inclusión para las personas cuidadas del servicio de internación fueron:

1. Encontrarse hospitalizado en el servicio de internación con una estadía de 2 o más días.
2. Expresar voluntariamente y explícitamente su participación en el estudio previo consentimiento informado.
3. Poseer 18 o más años de edad.

Los criterios de exclusión para las personas cuidadas del servicio de internación fueron:

1. Poseer menos de 2 días de hospitalización.
2. Expresar voluntariamente su negativa a la participación del estudio.
3. Poseer una edad inferior a 18 años.

4. Personas que por su patología (enfermedades mentales, estado de coma, dolor, dificultad para respirar, etc.) no pudieran expresarse sobre el tema considerado en el estudio.

Fuente de información

La fuente de información utilizada fue primaria, dado que los datos se obtuvieron directamente de los informantes claves, en este caso, los cuidadores de enfermería y las personas cuidadas, ambos del servicio de internación.

Técnica de recolección de Datos

La técnica que se empleó para recolectar los datos fue una encuesta de modalidad entrevista para las personas cuidadas (Anexo I). Esta técnica permitió obtener datos relevantes y significativos necesarios para dar respuesta al problema definido y a los objetivos formulados en un periodo de tiempo breve, con un costo accesible a las posibilidades económicas del autor.

Para la recogida de datos, el investigador visitó cada una de las habitaciones del servicio de internación para realizar las entrevistas a quienes cumplieren con el requisito de inclusión. El instrumento se aplicó durante la mañana y la tarde, antes de que se otorguen las altas médicas, durante los meses de mayo y junio de 2015.

Para recolectar la información en el caso de los cuidadores, se utilizó como instrumento un cuestionario (Anexo II) de elaboración propia de carácter

autoadministrado. De esta manera, se logró asegurar el anonimato y la libertad en las respuestas. Se concedió el plazo de una semana para su entrega, en sobre cerrado, que fue otorgado por el investigador. Una vez resuelto el cuestionario, los agentes depositaron el sobre en una urna ubicada en la sala de estar del personal de enfermería. Se eligió este sector por ser considerado un lugar visible y estratégico del servicio. Previamente, se realizó una reunión informativa para explicar acerca del estudio en cuestión y la importancia de la participación.

El cuestionario se entregó en sobre cerrado, en el lugar de trabajo, previo consentimiento informado. Este último, se utilizó para documentar la participación de las personas, respetando el principio de autonomía, basado en la voluntariedad, información y comprensión de los participantes.

Dada la posibilidad de pérdida de los cuestionarios, el investigador recogió diariamente los mismos para evitar dicho inconveniente, monitorear las repuestas y se realizaron los recordatorios para su entrega.

Los cuestionarios aplicados en ambos grupos tienen relación directa en el número de ítems y objetivos que permitieron su comparación.

Prueba preliminar del instrumento

Se realizó una prueba piloto o preliminar en un grupo de 8 personas, entre personal de enfermería y sujetos que se encontraban hospitalizados, seleccionados al azar en el servicio de materno-infancia que permitió que se determinen las preguntas mal formuladas, confusas e incomprensibles. Asimismo, se pudo observar que algunos de los interrogantes presentaban

incomodidad en las respuestas, como así también, se revisó el orden y la presentación del mismo y si el instructivo era comprensible. Del mismo modo, la prueba preliminar permitió determinar si las respuestas eran acordes a las preguntas de investigación y se detectaron vicios y errores realizándose los ajustes convenientes.

Aspectos éticos

La investigación se llevó a cabo previa autorización de la máxima autoridad que preside el Hospital Dr. Aníbal Serra, informada bajo una nota de presentación del proyecto (Anexo III)

Los sujetos implicados en la investigación fueron informados de manera adecuada, accesible y comprensible y, bajo los principios de autonomía y libre determinación expresaron por escrito su consentimiento para la participación del estudio (Anexo IV)

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis y representación de los datos del estudio se emplearon técnicas estadísticas; específicamente la descriptiva, dado que la misma se utiliza para describir y sintetizar datos.

Los datos identificatorios de los sujetos de estudio fueron clasificados en variables nominales en algunos casos, y en otros de intervalo. Las respuestas a las preguntas del cuestionario fueron clasificadas de manera ordinal en nunca, algunas veces, casi siempre o siempre. Luego se procedió a la comparación de cada una de las repuestas de ambos grupos en estudio.

Los datos identificatorios que se valoraron en pos de realizar una caracterización de las personas cuidadas fueron: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y días de hospitalización. En el caso de los cuidadores, con igual objetivo, se midió la edad y sexo, antigüedad laboral y nivel de ejercicio.

Los datos se tabularon en una matriz de datos de manera sistemática (Anexo V), y posteriormente se organizaron y fueron analizados por distribución de frecuencias en tablas. Para una mejor comprensión de los distintos indicadores en estudio, los datos obtenidos también se presentaron en distribuciones porcentuales con sus correspondientes gráficos para su análisis visual. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión.

Los datos fueron organizados y procesados con el software Microsoft Excel.

RESULTADOS

Se realizó una investigación que incluyó a personas internadas y al personal de enfermería del servicio de internación del Hospital Aníbal Serra de la localidad de San Antonio Oeste con el objetivo de describir la percepción de la relación cuidador-persona cuidada durante los meses de mayo y junio de 2015.

La muestra estuvo conformada por un total de 100 personas cuidadas que se encontraban internadas y que accedieron a la encuesta en su modalidad entrevista de modo voluntario. El 48% de ella fue de sexo femenino, mientras que el 52% restante masculino.

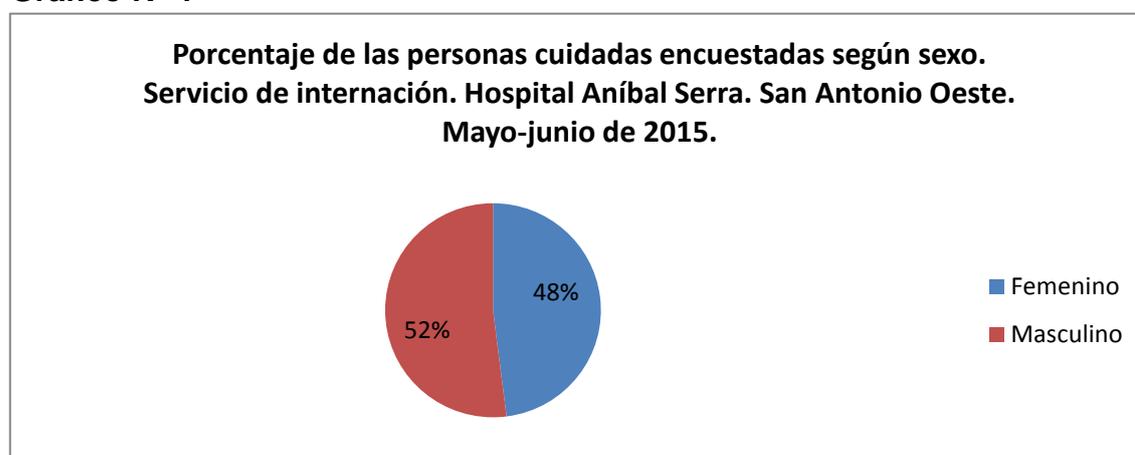
Tabla N° 1

Sexo de las personas cuidadas encuestadas en el servicio de internación del Hospital Aníbal Serra de San Antonio Oeste durante los meses de mayo y junio de 2015.

SEXO	FA	%
Femenino	48	48 %
Masculino	52	52 %
TOTAL	100	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 1



Fuente: Elaboración propia.

En relación a la distribución de la edad, la clase modal o franja con mayor representación es la de mayores a 60 años constituyendo el 53% del total de la muestra, siendo 63 años la edad más representativa de la categoría.

La mitad de las personas encuestadas tiene 60,39 años o menos y la otra mitad es mayor o igual a 60, 39 años.

En este grupo etario, el 22% es de sexo femenino y el 31% restante, masculino.

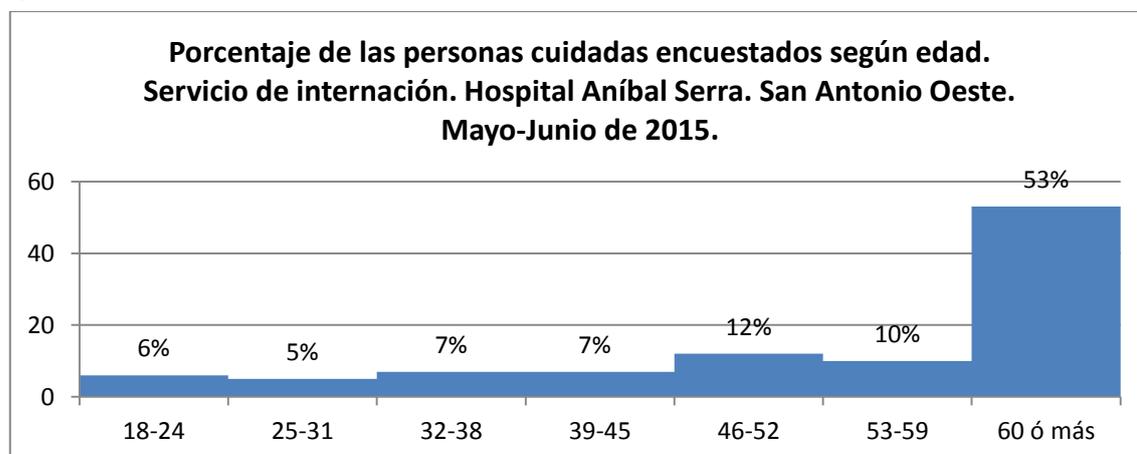
Tabla N° 2

Edad de las personas cuidadas encuestadas según grupo etario y sexo en el servicio de internación del Hospital Aníbal Serra de San Antonio Oeste durante los meses de mayo y junio de 2015.

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	FA	%	FA	%	FA	%
18-24	2	2 %	4	4 %	6	6 %
25-31	5	5 %	0	0 %	5	5 %
32-38	6	6 %	1	1 %	7	7 %
39-45	3	3 %	4	4 %	7	7 %
46-52	4	4 %	8	8 %	12	12 %
53-59	6	6 %	4	4 %	10	10 %
60 ó más	22	22 %	31	31 %	53	53 %
TOTAL	48	48 %	52	52 %	100	100 %

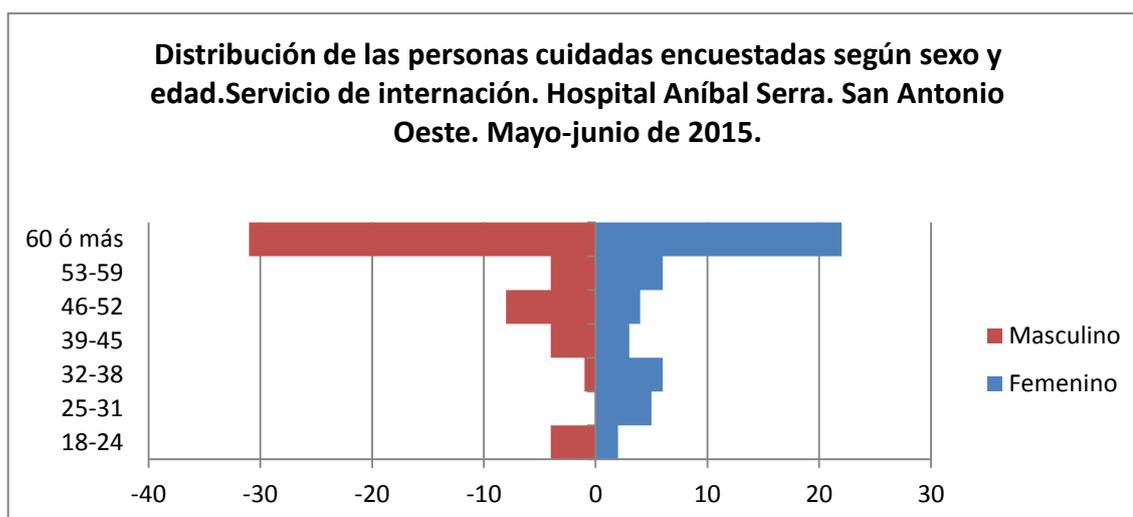
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 2



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 2.1



Fuente: Elaboración propia.

La población en estudio fue encuestada mayormente cuando cursaba entre 2 y 4 días de internación (81%); mientras que un 17% se encontraba entre los 5 y 7 días hospitalización y solo el 2% cursaba una estadía de 11 ó más días.

En esta clase modal comprendida entre 2 y 4 días, de acuerdo a la estadística, los días que mayormente se repiten son 3,67 días; habiendo permanecido la mitad de las personas internadas un total de 3,85 días o menos y la otra mitad 3,85 días o más.

Tabla N° 3

Estadía hospitalaria de las personas cuidadas encuestadas en el servicio de internación del Hospital Aníbal Serra de San Antonio Oeste durante los meses de mayo y junio de 2015.

ESTADÍA HOSPITALARIA	FA	%
2-4 días	81	81 %
5-7 días	17	17 %
11 ó más días	2	2 %
TOTAL	100	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 3



Fuente: Elaboración propia.

En lo que respecta al estado civil, la mayor parte de los encuestados se encuentra casado (48%) mientras que el resto se distribuye en proporciones similares en soltero (15%), divorciado (14%), viudo (10%) y unión libre (10%).

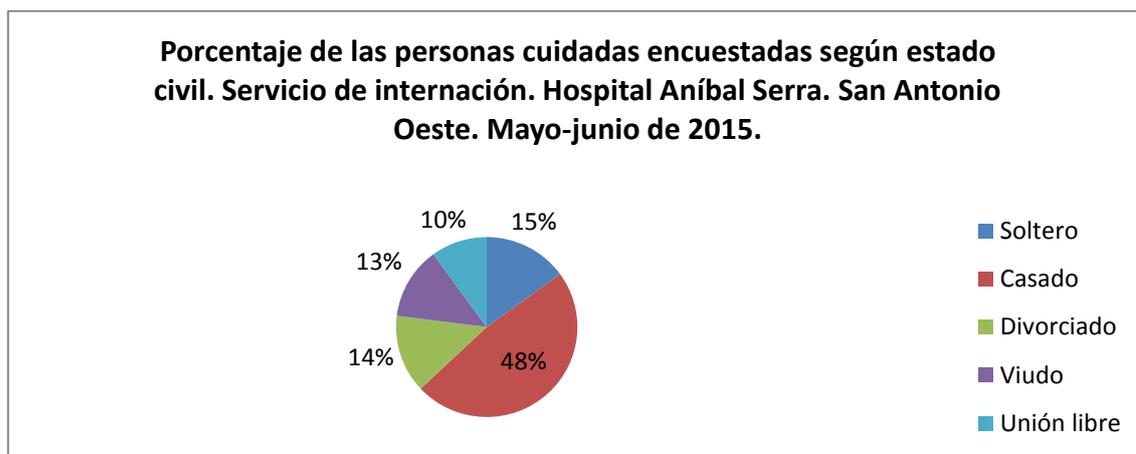
Tabla N°4

Estado civil de las personas cuidadas encuestadas en el servicio de internación del Hospital Aníbal Serra de San Antonio Oeste durante los meses de mayo y junio de 2015.

ESTADO CIVIL	FA	%
Soltero	15	15 %
Casado	48	48 %
Divorciado	14	14 %
Viudo	13	13 %
Unión libre	10	10 %
TOTAL	100	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 4



Fuente: Elaboración propia.

Se midió a su vez el grado de instrucción alcanzada y se halló que el 31% no terminó la escuela primaria; mientras que el 19% de los encuestados manifestó haberlo hecho. Ambos grupos constituyen la mitad de la totalidad de las personas encuestadas. Por otro lado, el 19% finalizó los estudios secundarios y en similares proporciones manifestaron no haberlos terminado (15%).

El 4% de la población nunca inició la escuela y; en relación a estudios superiores, el 6% afirmó tener una carrera de nivel terciario y el 2% de nivel universitario.

Tabla N° 5

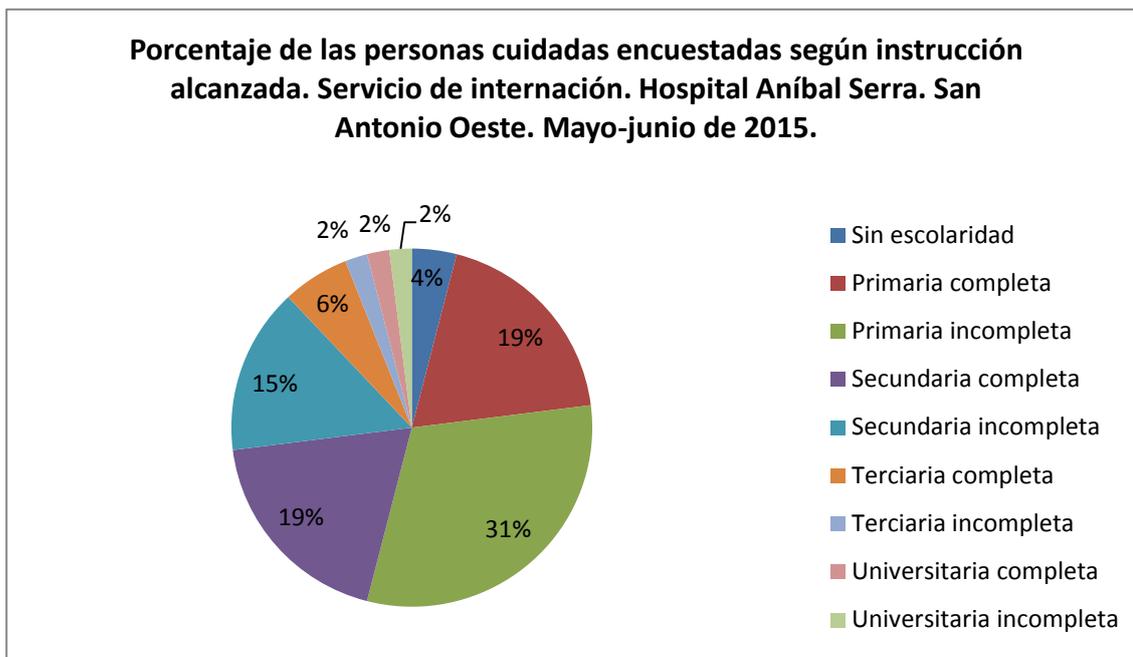
Instrucción alcanzada de las personas cuidadas encuestadas en el servicio de internación del Hospital Aníbal Serra de San Antonio Oeste durante los meses de mayo y junio de 2015.

INSTRUCCIÓN ALCANZADA	FA	%
Sin escolaridad	4	4 %
Primaria completa	19	19 %
Primaria incompleta	31	31 %
Secundaria completa	19	19 %
Secundaria incompleta	15	15 %
Terciaria completa	6	6 %

Terciaria incompleta	2	2 %
Universitaria completa	2	2 %
Universitaria incompleta	2	2 %
TOTAL	100	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 5



Fuente: Elaboración propia.

En relación a los cuidadores de enfermería, se les aplicó una encuesta autocumplimentada para aquellas personas que se encontraban prestando servicios durante los meses de mayo y junio de 2015 y que pertenecían al área de internación. Se estudió a toda la población de enfermería, recolectándose un total de 13 encuestas.

Los cuidadores de enfermería son principalmente del sexo femenino (85%) y el 46,15% ejerce como auxiliar de enfermería y el resto como enfermero (53,85%).

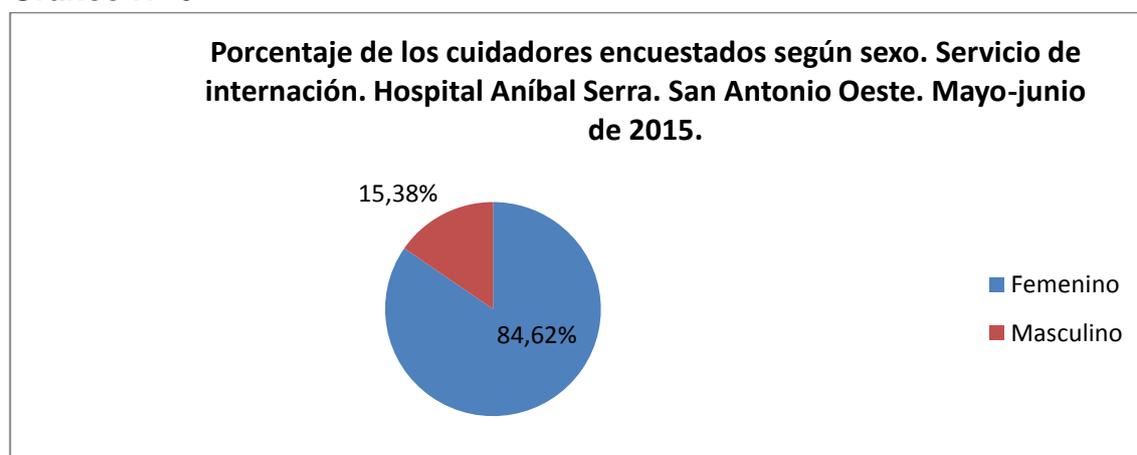
Tabla N° 6

Sexo de los cuidadores encuestados en el servicio de internación del Hospital Aníbal Serra de San Antonio Oeste durante los meses de mayo y junio de 2015.

SEXO	FA	%
Femenino	11	84,62 %
Masculino	2	15,38 %
TOTAL	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 6



Fuente: Elaboración propia.

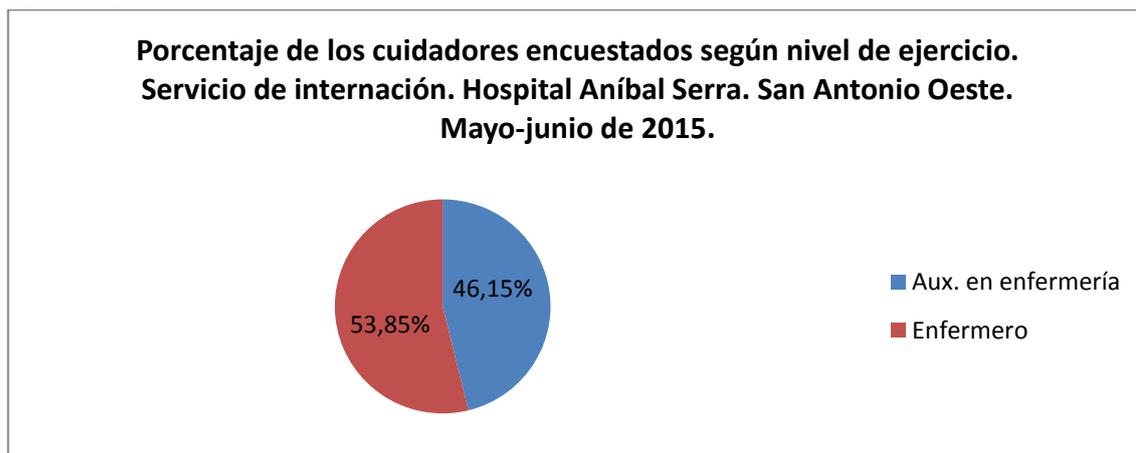
Tabla N° 7

Nivel de ejercicio de los cuidadores encuestados en el servicio de internación del Hospital Aníbal Serra de San Antonio Oeste durante los meses de mayo y junio de 2015.

NIVEL DE EJERCICIO	FA	%
Aúx. en enfermería	6	46,15%
Enfermero	7	53,85%
TOTAL	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 7



Fuente: Elaboración propia.

En general, el intervalo modal de los cuidadores de enfermería que labora en el servicio de internación del hospital Aníbal Serra con respecto a la edad, es el que se encuentra comprendido entre 31 y 40, siendo 32 años la edad con mayor frecuencia. La mitad del personal tiene 33 años o más y la otra mitad tiene 33 años o menos. En promedio, la edad del personal es de 34 años.

Con respecto a la antigüedad laboral, el 76,92% tiene menos de 4 años, siendo 2, 63 años la que mayormente se reitera. La mitad de los encuestados posee 3,25 o más años de antigüedad laboral y la otra mitad 3, 25 años o menos.

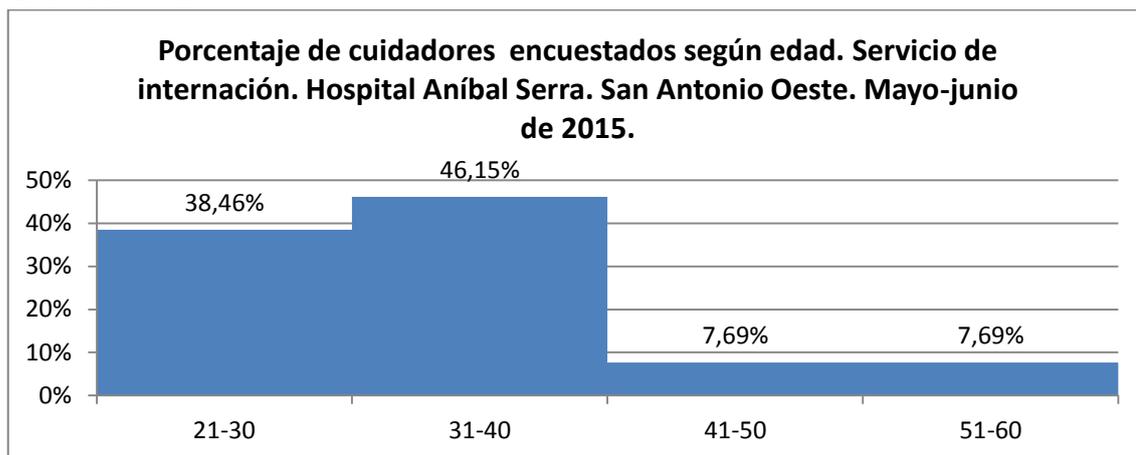
Tabla N° 8

Edad de los cuidadores encuestados en el servicio de internación del Hospital Aníbal Serra de San Antonio Oeste durante los meses de mayo y junio de 2015.

EDAD	FA	%
21-30	5	38,46%
31-40	6	46,15%
41-50	1	7,69%
51-60	1	7,69%
TOTAL	13	100,00%

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 8



Fuente: Elaboración propia.

Tabla N° 9

Años de antigüedad laboral de los cuidadores en el servicio de internación del Hospital Aníbal Serra de San Antonio Oeste durante los meses de mayo y junio de 2015.

ANTIGÜEDAD LABORAL	FA	%
0-4	10	76,92 %
5-9	1	7,69 %
10-14	1	7,69 %
20 ó más	1	7,69 %
TOTAL	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 9



Fuente: Elaboración propia

A continuación se presentan los resultados de las encuestas realizadas acerca de la percepción de la relación cuidador-persona cuidada en el Hospital Aníbal Serra de San Antonio Oeste durante los meses de mayo y junio de 2015, de acuerdo a cada una de las dimensiones ya descritas en otro apartado.

Percepción de cuidador–persona cuidada en relación al consentimiento informado.

En primer lugar, para describir la relación interpersonal entre los cuidadores y las personas cuidadas, se ha evaluado la dimensión consentimiento informado incluyendo tres tipos de preguntas que se le han formulado a ambos grupos en cuestión.

Inicialmente, se ha preguntado sobre la anticipación del equipo de enfermería para la realización de sus tareas; por lo que se indagó explícitamente sobre si los cuidadores explicaban previamente la actividad a realizar y obtenían la autorización de la persona que cuida para hacerlo.

Ambos grupos han calificado de manera positiva la percepción con respecto a este tema, obteniendo valores por encima del 90% en el caso de los cuidadores, quienes se han manifestado en un 61,54% en la categoría “siempre” y con un 30,77% en “casi siempre”.

Las personas cuidadas percibieron positivamente en un 72% refiriendo que se les explica y se les pide su autorización para la consecución de las diferentes actividades bajo las categorías “siempre” (54%) y “casi siempre” (18%); sin embargo, casi un tercio de los encuestados (28%) han apreciado esta categoría de modo negativa, indicando que los cuidadores de enfermería “nunca” explican lo que va a hacer ni piden la autorización (3%) y que solo lo

realizan “algunas veces” (25%). Este último valor se contrapone con lo señalado por tan solo uno de los cuidadores del equipo de enfermería que representa el 7,69% el cual ha reconocido que solo “algunas veces” se anticipa a lo que va a realizar y pide la autorización de la persona de la que cuida.

En resumen, en la pregunta número 1, la respuesta que más se reitera en ambos grupos es que antes de realizar alguna actividad, los cuidadores de enfermería "siempre" explican lo que va a hacer y pide autorización para llevarla a cabo. En promedio, las personas cuidadas han calificado en 3,23 puntos la pregunta número 1, mientras que en los cuidadores la media fue de 3,54. Ambas puntuaciones correspondientes a la categoría "casi siempre".

En el caso de las personas cuidadas, el 50% de las respuestas centrales tiene una amplitud de 2 ubicándose entre la opción 2 "Algunas veces" y 4 "siempre". En cambio, el 50% de las respuestas de los cuidadores se ubica entre la opción 4 (siempre) y 3 (casi siempre) siendo el rango de amplitud igual a 1.

Estos últimos datos se pueden cotejar con el coeficiente de variación, siendo para el primer grupo de 28,66% y para el segundo de 17,93%; revelando que las respuestas de la población cuidada han sido más dispersas que las de sus cuidadores y éstas más homogéneas variando solo 18 de cada 100 respuestas.

Tabla N° 10

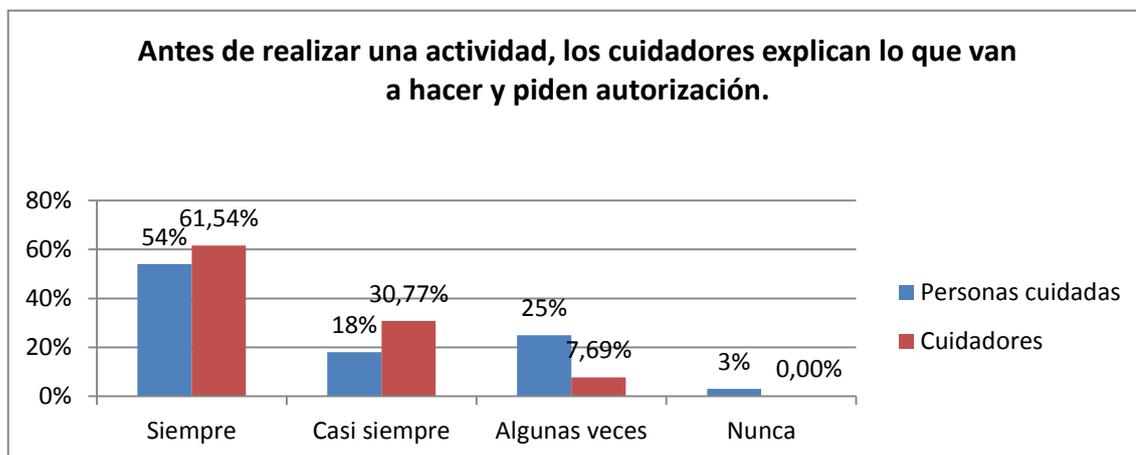
Ítem N° 1. Antes de realizar una actividad, los cuidadores de enfermería explican lo que van a hacer y piden autorización.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	54	54 %	8	61,54 %
Casi siempre	18	18 %	4	30,77 %
Algunas veces	25	25 %	1	7,69 %

Nunca	3	3 %	0	0 %
TOTAL	100	100 %	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 10



Fuente: Elaboración propia.

En esta dimensión también se les preguntó a ambos grupos si percibían que los cuidadores escuchan atentamente a la persona que se encuentra internada y si se toma el tiempo para responder las dudas.

Los cuidadores de enfermería del sector de internación han otorgado un nivel de respuestas positivas refiriendo que escuchan de manera atenta y se toman el tiempo necesario para responder las dudas, haciéndolo “siempre” y “casi siempre” en un 61,54% y 38,46%, respectivamente.

No obstante, el grado de respuestas en las personas cuidadas estuvo más disperso. Quienes percibieron que esta situación sucede “siempre” ha sido el 46 % de la población en estudio y un 31 % refirió que “casi siempre” lo hacen.

Quienes refirieron de manera negativa esta acción fue el 23 % de los encuestados que dijeron en un 20 % que solo “algunas veces” sus cuidadores lo escuchan atentamente y se toman el tiempo necesario para darle explicaciones; mientras que el 3 % restante ha expresado que “nunca” se hace.

En esta pregunta, las personas cuidadas han obtenido una media de respuestas equivalentes a 3,2; mientras que el otro grupo lo hizo en 3,62. La primera de ellas, más cercana a la categoría “casi siempre” y la segunda a la percepción “siempre”. Las respuestas del primer grupo se desvían con respecto a su media en 0,74 y la del segundo en 0,47 dejando en evidencia que existe mayor dispersión en las opciones elegidas. El coeficiente de variación para las personas cuidadas fue de 26,88% y para sus cuidadores, que concentraron sus opciones en dos de las cuatro categorías, fue de 13,46%.

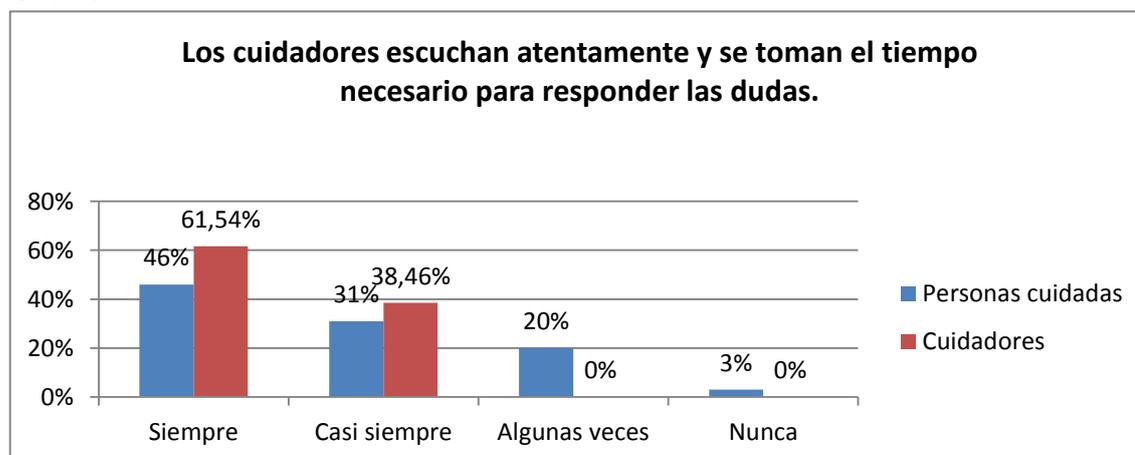
Tabla N° 11

Ítem N° 2. Los cuidadores de enfermería escuchan atentamente y se toman el tiempo necesario para responder las dudas.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	46	46 %	8	61,54 %
Casi siempre	31	31 %	5	38,46 %
Algunas veces	20	20 %	0	0 %
Nunca	3	3 %	0	0 %
TOTAL	100	100 %	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 11



Fuente: Elaboración propia.

Por último, tanto las personas que han sido cuidadas y quienes se encargan de ellas han percibido que los cuidadores de enfermería utilizan palabras claras y sencillas.

De las 100 personas encuestadas, el 65% manifestó que esto “siempre” ocurre y un 26% dijo que sucede “casi siempre”. En similares proporciones se expresaron los cuidadores, refiriendo que “siempre” (61,54%) y “casi siempre” (38,46%) utilizan palabras claras y sencillas.

Cabe destacar que solo el 9% de las personas cuidadas ha manifestado que los cuidadores solo “algunas veces” utilizan palabras claras y sencillas.

Un gran número de personas de ambos grupos en estudio optó por la opción 4 afirmando que los cuidadores utilizan “siempre” palabras claras y sencillas, constituyéndose como el valor que mayormente se repite. Esto se puede observar en la media de 3,56 y 3,62 obtenida por las personas cuidadas y los cuidadores, respectivamente. Ambas muy cercanas a la mayor percepción descrita. Si se observa el coeficiente de variación para el primer grupo ronda en un porcentaje igual a 18,34 y para el segundo de 13,46. En esta pregunta se puede advertir que existe muy poca diferencia en la dispersión de las respuestas.

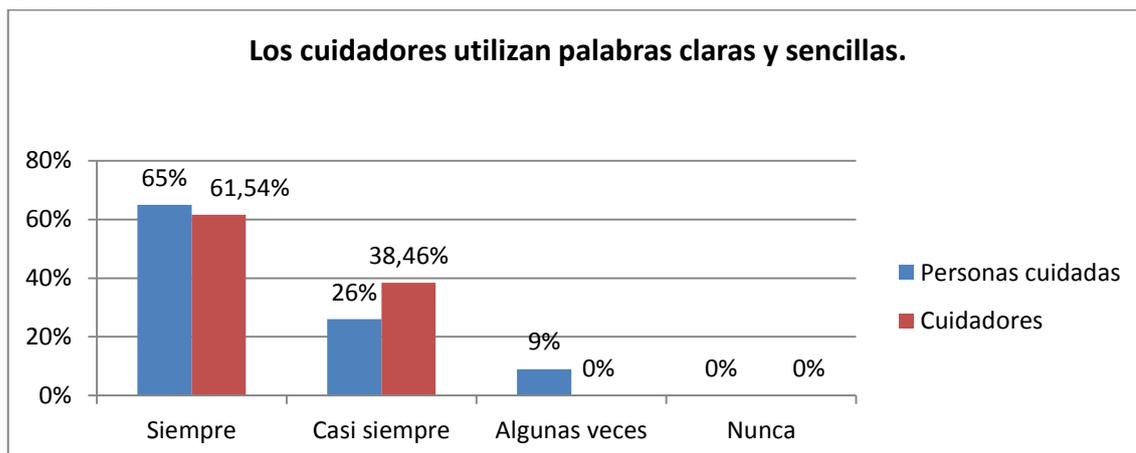
Tabla N° 12

Ítem N° 3. Los cuidadores de enfermería utilizan palabras claras y sencillas.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	65	65 %	8	61,54 %
Casi siempre	26	26 %	5	38,46 %
Algunas veces	9	9 %	0	0 %
Nunca	0	0 %	0	0 %
TOTAL	100	100	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 12



Fuente: Elaboración propia.

Percepción de cuidador–persona cuidada en relación a la confidencialidad.

Se abordó en este apartado, la percepción que tienen los cuidadores y las personas cuidadas acerca de la confidencialidad, entendiendo a esta como un derecho y una obligación que surge de la relación establecida entre quienes reciben la atención y quienes la brindan.

Los cuidadores estimaron de manera positiva en un 100% que guarda la información que se le confía en secreto y puede observarse en la tabla de datos que de las 13 personas 11 afirman que “siempre” lo hacen (84,62%), mientras que el 15, 38 % sostiene que “casi siempre” lo hace.

Pese a que las personas cuidadas también han validado la confidencialidad como característica obteniendo valores que entre ambas categorías superiores suman el 70%, el porcentaje restante se destaca, dado que el 26% cree que “algunas veces” se guarda en secreto la información, mientras que otros perciben que “nunca” se hace (4%).

En los cuidadores el nivel de respuestas se concentró en 2 categorías (siempre y casi siempre) obteniendo una media de 3,85 cercana a la variable

“siempre”. Más baja se ubicó la media del primer grupo encuestado, correspondiendo un valor de 2,99 perteneciente a la categoría “casi siempre”. Pese a la obtención de categorías altas, si se considera la variación de respuestas de ambos grupos, se puede observar que en las personas cuidadas existe una amplia diferencia en comparación con el otro grupo de estudio. En este último, las respuestas han sido más homogéneas variando en un 9,38%, mientras que en el primero la variación fue de 28,96%.

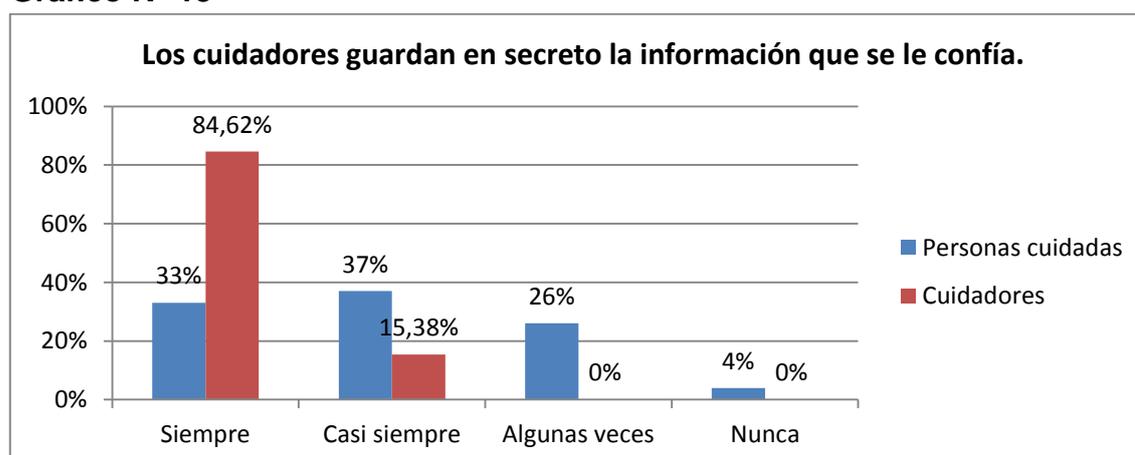
Tabla N° 13

Ítem N° 4. Los cuidadores de enfermería guardan en secreto la información que se le confía.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	33	33 %	11	84,62 %
Casi siempre	37	37 %	2	15,38 %
Algunas veces	26	26 %	0	0 %
Nunca	4	4 %	0	0 %
TOTAL	100	100 %	13	100

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 13



Fuente: Elaboración propia.

Percepción de cuidador–persona cuidada en relación a los valores profesionales.

Percepción de cuidador–persona cuidada en relación al respeto.

Este es el primer valor profesional que describe el código deontológico del CIE y para su evaluación se realizaron dos preguntas que aluden al trato y al acatamiento de las ideas u opiniones por parte de los cuidadores de enfermería.

Inicialmente, se interrogó acerca del reconocimiento de gestos amables y la cortesía en el trato por parte de los cuidadores de enfermería hacia las personas cuidadas internadas. Los datos arrojaron que las personas cuidadas reconocen que los cuidadores “siempre” y “casi siempre” se acercan con gestos amables y son corteses en el trato en un 60 y un 29%, respectivamente. Semejantes proporciones se advirtieron en las respuestas del otro grupo en cuestión, refiriendo el 61,54 % que “siempre” se acercan con gestos amables y mantienen la cortesía en el trato y el 38,46 % reconoce que “casi siempre” lo hace. Tan solo un 11% de las personas cuidadas percibieron que solo “algunas veces” sucede.

En la valoración de la pregunta 5, se obtuvo una media de 3,49 para las personas cuidadas y de 3,62 para los cuidadores. Las respuestas tuvieron un bajo desvío con respecto a cada media, representada por 0,61 para el primero y 0,47 para el segundo. Ambos coeficientes de variación indican una estabilidad en las respuestas siendo de 19,64% para el grupo mayoritario y 13,46 para los cuidadores

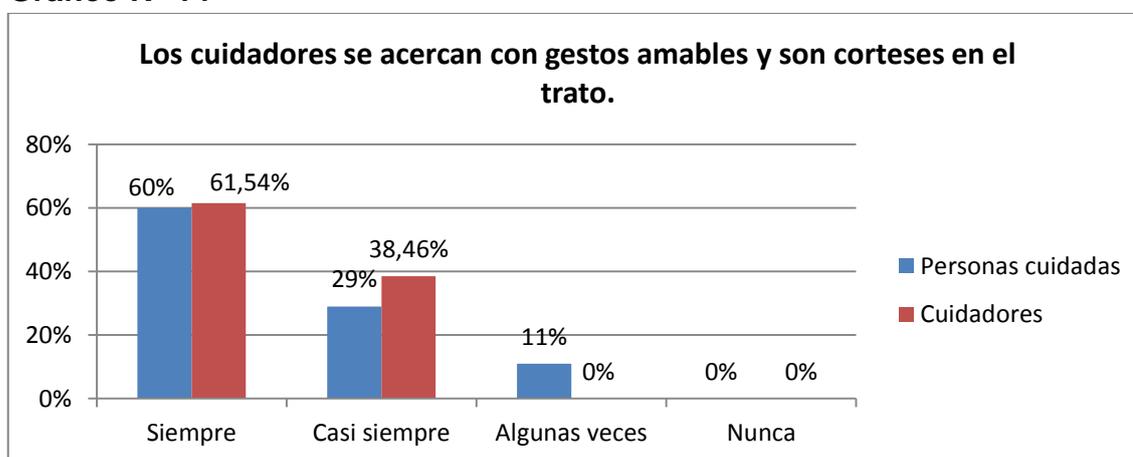
Tabla N° 14

Ítem N° 5. Los cuidadores de enfermería se acercan con gestos amables y son corteses en el trato.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	60	60 %	8	61,54 %
Casi siempre	29	29 %	5	38,46 %
Algunas veces	11	11 %	0	0 %
Nunca	0	0 %	0	0 %
TOTAL	100	100	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 14



Fuente: Elaboración propia.

Desde otro punto de vista, se valoró la capacidad de aceptar las ideas, opiniones y costumbres encontrándose que el nivel de respuestas se invierte con respecto a la pregunta anterior, perteneciente a la misma dimensión de respeto. Así, las personas cuidadas han percibido en un 23% que los cuidadores de enfermería “siempre” aceptan sus ideas, opiniones y costumbres sin juzgarlas, mientras que el 51% mencionó que “casi siempre” se cumple. Los cuidadores, han reconocido en dimensiones semejantes esta característica, identificándose con la categoría “siempre” en un 30,77% y “casi siempre” en un 53,85%. Cabe destacar que el 26% de la población cuidada recalcó que solo

“algunas veces” se aceptan sus ideas, opiniones y costumbres, que comparativamente, fue reconocido por el 15,38% de los cuidadores.

En la pregunta 6 de esta dimensión, las medias obtenidas fue de 2,97 para las personas cuidadas y de 3,15 para los cuidadores. Ambas pertenecientes a la categoría “casi siempre”. Si bien el coeficiente de variación del primer grupo indica mayor heterogeneidad en los datos (23,55%) que la de los cuidadores (20,98%), la dispersión de las respuestas se asemeja.

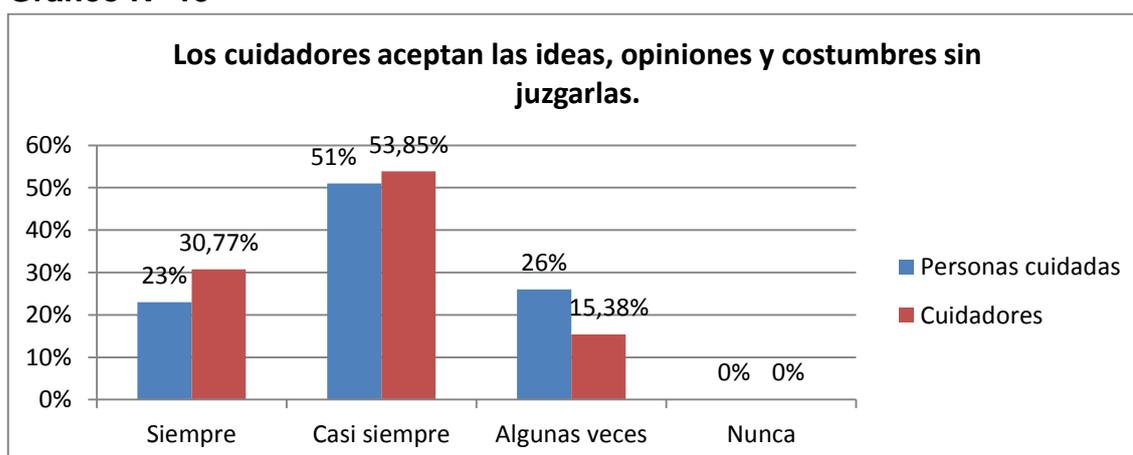
Tabla N° 15

Ítem N° 6. Los cuidadores de enfermería aceptan las ideas, opiniones y costumbres sin juzgarlas.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	23	23 %	4	30,77 %
Casi siempre	51	51 %	7	53,85 %
Algunas veces	26	26 %	2	15,38 %
Nunca	0	0 %	0	0 %
TOTAL	100	100 %	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 15



Fuente: Elaboración propia.

Percepción de cuidador–persona cuidada en relación a la disponibilidad.

Otro valor profesional sobre el que se indagó fue acerca de la disponibilidad; por lo que se pretendió conocer cuál era la percepción acerca de la rapidez con la que se acercan los cuidadores de enfermería cuando son requeridos y la capacidad de estos para resolver el problema planteado.

Más de la mitad de las personas cuidadas respondió favorablemente. El 50% ha coincidido que los cuidadores de enfermería “siempre” acuden de manera rápida cuando se los llama, mientras que el 23% dijo que “casi siempre” sucede. Los cuidadores encuestados, también han coincidido mayormente en las respuestas positivas, aunque en valores inversos al grupo anterior y en similares proporciones. Así, de esta manera el 61,54% reconoció que “casi siempre” acude de manera rápida cuando es requerido y el 30,77% ha percibido que “siempre” lo hace.

El 25% de las personas cuidadas encuestadas manifestó que los cuidadores de enfermería acuden rápidamente “algunas veces” y tan solo el 2% ha referido que esto “nunca” sucede. Tan solo uno de los cuidadores reconoce que “algunas veces” se presenta de manera rápida ante el llamado (7,69%).

Los datos reflejados en esta pregunta representan un promedio de 3,21 para las personas cuidadas y de 3,23 para el grupo de cuidadores, cuyas respuestas estuvieron menos dispersas que la del primer grupo de estudio. En esta oportunidad, se puede observar que los cuidadores que laboran en el servicio de internación obtuvieron en sus respuestas un coeficiente de variación igual a 17,82% demostrando una menor dispersión en la percepción para con el otro grupo que obtuvo el 27,62%.

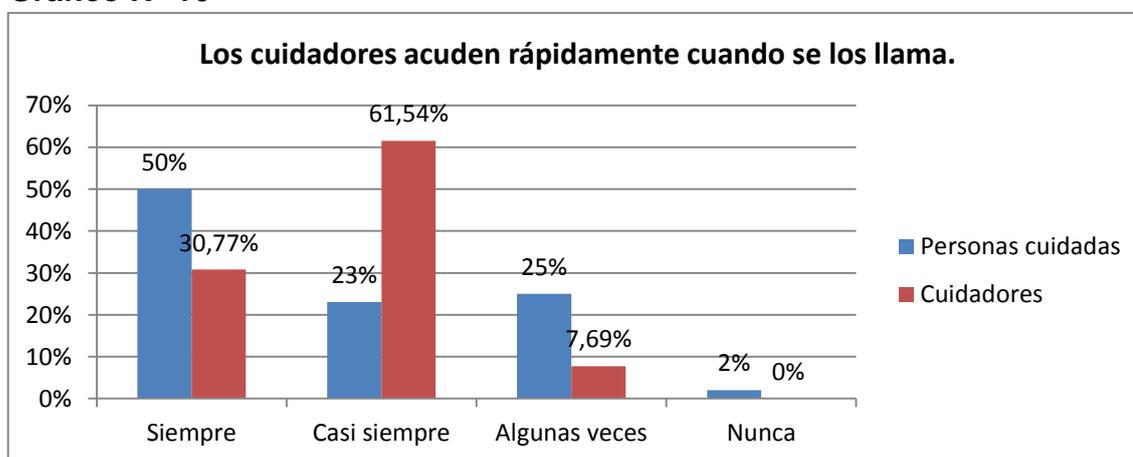
Tabla N° 16

Ítem N° 7. Los cuidadores de enfermería acuden rápidamente cuando se los llama.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	50	50 %	4	30,77 %
Casi siempre	23	23 %	8	61,54 %
Algunas veces	25	25 %	1	7,69 %
Nunca	2	2 %	0	0 %
Total	100	100 %	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 16



Fuente: Elaboración propia.

Una vez que los cuidadores de enfermería se presentan a la sala de internación, se les ha preguntado a ambos grupos sobre la competencia para la resolución de los problemas.

En el caso de los cuidadores, los que percibieron que “casi siempre” resuelven el problema que se les plantea o consiguen lo que la persona necesita, mantuvieron la misma proporción que la pregunta anterior (61,54%); pero el porcentaje de la categoría “siempre” decae a 30,77% para reconocer que solo “algunas veces” resuelve el problema u obtiene lo que la persona requiere (15,38 %).

Pese a este leve decrecimiento valorado por el grupo de los cuidadores, las respuestas de las personas cuidadas elevan la percepción en una mayor proporción si es comparado con la respuesta anterior; ya que el 58% (8% más) refiere que los cuidadores de enfermería “siempre” resuelven rápidamente el problema o consiguen lo que ellos necesitan. Quienes manifestaron que esto acontece “casi siempre” fue un 12% más, logrando el 35% de las respuestas. El valor correspondiente a “algunas veces” decrece de la respuesta de la pregunta anterior de un 25% a un 7 %.

En conclusión, las personas cuidadas priorizaron la percepción que describe que los cuidadores “siempre” resuelven rápidamente el problema o consiguen lo que ellos necesitan; mientras que en los cuidadores prevaleció la opción “casi siempre”. Esta percepción se puede observar en la media aritmética obtenida por el grupo mayoritario que equivale a 3,51; valor que se encuentra 0,48 puntos más alto que la media de los cuidadores de enfermería (3,08).

A diferencia de la variabilidad de respuestas en las preguntas anteriores, en este caso, la percepción de las personas cuidadas ha sido más homogénea que la de los cuidadores si se tiene en cuenta el coeficiente de variación, siendo de 17,79% para el grupo de las personas cuidadas contra el 20% de los cuidadores.

Tabla N° 17

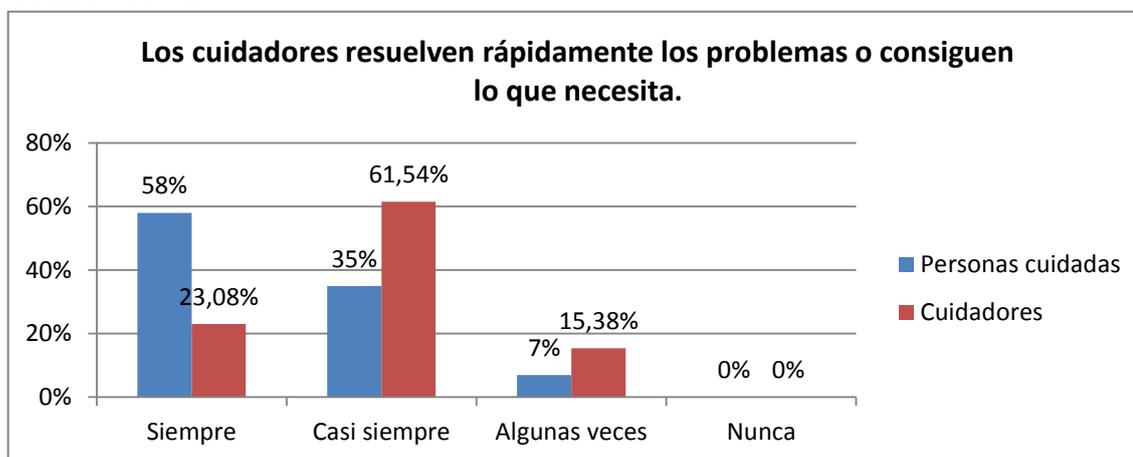
Ítem N° 8. Los cuidadores de enfermería resuelven rápidamente los problemas o consiguen lo que necesita.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	58	58 %	3	23,08 %
Casi siempre	35	35 %	8	61,54 %
Algunas veces	7	7 %	2	15,38 %

Nunca	0	0 %	0	0 %
Total	100	100	13	100

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 17



Fuente: Elaboración propia.

Percepción de cuidador–persona cuidada en relación a la compasión.

En este apartado, se evaluó la compasión como otro valor fundamental determinado por el Código deontológico del CIE. Para la descripción de este fenómeno, se emplearon cuatro preguntas.

Inicialmente, se les ha preguntado tanto a los cuidadores de enfermería como a las personas cuidadas internadas si en los cuidados que brindan y reciben, pueden percibir que se comparten las emociones y los sentimientos más íntimos.

Más de la mitad de las personas cuidadas (53%) se ha manifestado favorablemente respondiendo que “siempre” (21%) y “casi siempre” (32%) puede compartir fácilmente sus emociones y sentimientos más profundos con los cuidadores. Sin embargo, un porcentaje considerable ha mencionado que esto “algunas veces” (31%) puede darse; mientras que el 16% restante ha referido que “nunca” sucede. Los cuidadores han percibido en iguales

proporciones (38,46%) que “siempre” y “casi siempre” las personas de las que cuida comparten con ellos las emociones y sentimientos. El 23,08% reconoció que esto solo ocurre “algunas veces”.

En general, las personas cuidadas del servicio de internación han coincidido que “casi siempre” puede compartir fácilmente sus emociones y sentimientos más profundos con sus cuidadores de enfermería, aunque la media indica un valor de 2,58 quedando casi entre medio de dos percepciones diferentes (“algunas veces y “casi siempre”). Esta diferencia entre la elección que predomina y la media puede reflejarse en la dispersión de los datos siendo muy heterogéneos, dado el alto índice de variación (38,44%). Los cuidadores de enfermería han obtenido una media de 3,15 y cuyo índice de variación equivale a 24,39%, siendo sus datos más homogéneos que el grupo anterior. Este último valor se encuentra determinado por la elección mayoritaria de dos variables perceptivas (“siempre” y casi siempre”).

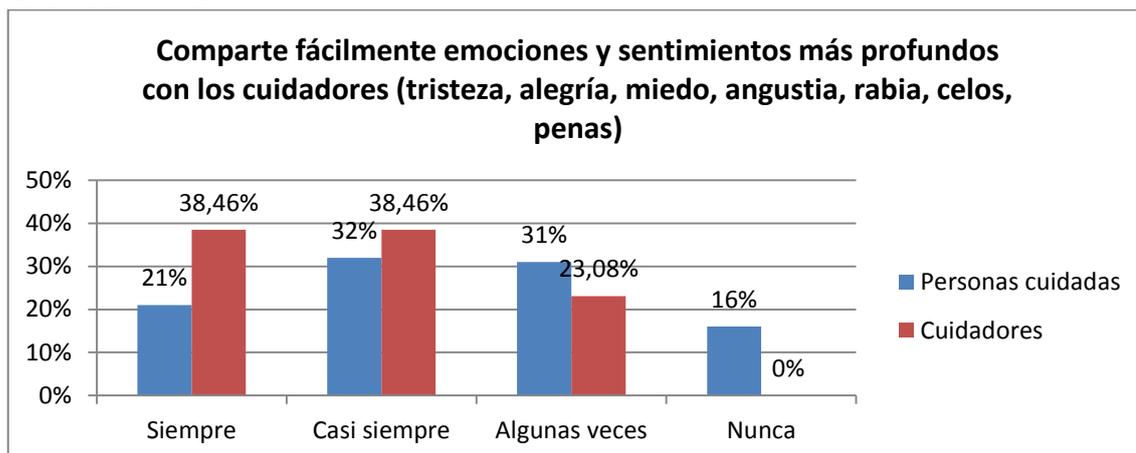
Tabla N° 18

Ítem N° 9. Comparte fácilmente emociones y sentimientos más profundos con los cuidadores de enfermería (tristeza, alegría, miedo, angustia, rabia, celos, penas)

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	21	21 %	5	38,46 %
Casi siempre	32	32 %	5	38,46 %
Algunas veces	31	31 %	3	23,08 %
Nunca	16	16 %	0	0 %
Total	100	100 %	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 18



Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, se intentó saber si los cuidadores de enfermería toman algún contacto físico con las personas de las que cuida en pos de demostrar afecto, percibiéndose que el 37% de la población cuidada cree que “algunas veces” se le realizan estos tipos de gestos como por ejemplo, tomarle la mano, recibir un abrazo, una caricia o una palmada. El 25% cree que “casi siempre” sucede. Un 19% cree que esto “nunca” ocurre; mientras que un mismo porcentaje especifica que pasa “siempre”.

Esta misma pregunta se les realizó a los cuidadores, alcanzando un grado de respuestas dispersas.

Estos han percibido respectivamente en un 46,15 y en un 15,38% que “siempre” y “casi siempre” realizan gestos de afecto para con las personas de las que cuida, como tomarle la mano, darle un abrazo, una caricia o una palmada. Mientras tanto, el 38,46% restante en similares proporciones que las personas cuidadas, cree que realiza estas acciones tan solo “algunas veces”.

En conclusión, puede decirse que la elección predominante en esta percepción ha sido la opción “algunas veces” en el caso de las personas cuidadas internadas, mientras que en los cuidadores de enfermería ha sido la

variable “siempre”. En este sentido la mitad de los cuidadores ha mencionado que “siempre” o “casi siempre” utiliza recursos físicos para demostrar afecto. También, debe tenerse en cuenta el alto porcentaje que reconoce que esto lo hace “algunas veces”, como así también, el alto porcentaje de las personas cuidadas (56%) que manifiesta que esto sucede “siempre” y “algunas veces”

En esta percepción, la media estimada para el grupo mayoritario ha sido de 2,44 mientras que para los cuidadores fue de 3,08. En esta oportunidad, los coeficientes de variación indican una alta dispersión de las respuestas de las personas cuidadas (41,11%) y de los cuidadores de enfermería (29,79%); siendo un tanto más heterogénea la primera que la segunda.

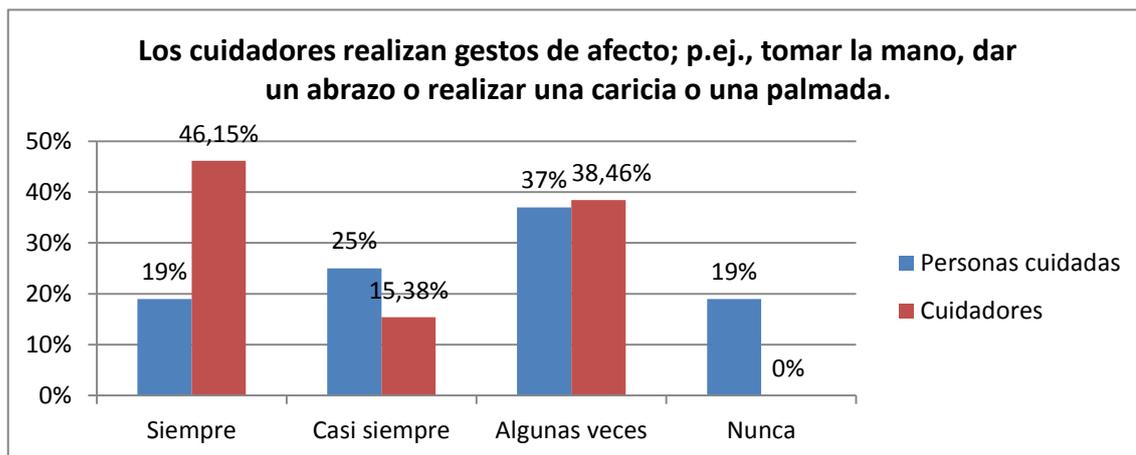
Tabla N° 19

Ítem N° 10. Los cuidadores de enfermería realizan gestos de afectos; p.ej., tomar la mano, dar un abrazo o realizar una caricia o una palmada.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	19	19 %	6	46,15 %
Casi siempre	25	25 %	2	15,38 %
Algunas veces	37	37 %	5	38,46 %
Nunca	19	19 %	0	0 %
Total	100	100 %	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 19



Fuente: Elaboración propia.

En el ítem 11 se indagó la percepción que tienen ambos grupos en estudio acerca de la capacidad que tienen los cuidadores de enfermería en ponerse en el lugar de la otra persona y entender por lo que está atravesando.

En similares proporciones, los cuidadores de enfermería (38,46%) y las personas cuidadas internadas (31%) creen que los cuidadores “siempre” saben por la situación que está pasando la persona y es capaz de ponerse en ese lugar. No obstante, a pesar que el 61,54% de los cuidadores cree que “casi siempre” comprende la situación del otro y desarrolla la empatía, casi un tercio de las personas cuidadas percibe que solo “algunas veces” (27%) los cuidadores de enfermería saben por lo que está pasando y se ponen en su lugar; mientras que el 3% afirma que esto “nunca” se cumple.

Al valorar la capacidad de los cuidadores para ponerse en el lugar de la persona cuidada y comprender la situación, se encontró que las respuestas del grupo mayoritario han sido mucho más dispersas que la de los cuidadores. Estos últimos, han concentrado sus respuestas en dos de las cuatro variables, logrando un coeficiente de variación 14,37% con una media de 3,38. En cambio, las personas cuidadas señalaron la opción “casi siempre” como la de

referencia, logrando una media de 2,98 y un coeficiente en la variación de respuestas de 28,07%; valor que encuentra su causa en la alta dispersión de las respuestas en todas las variables de percepción.

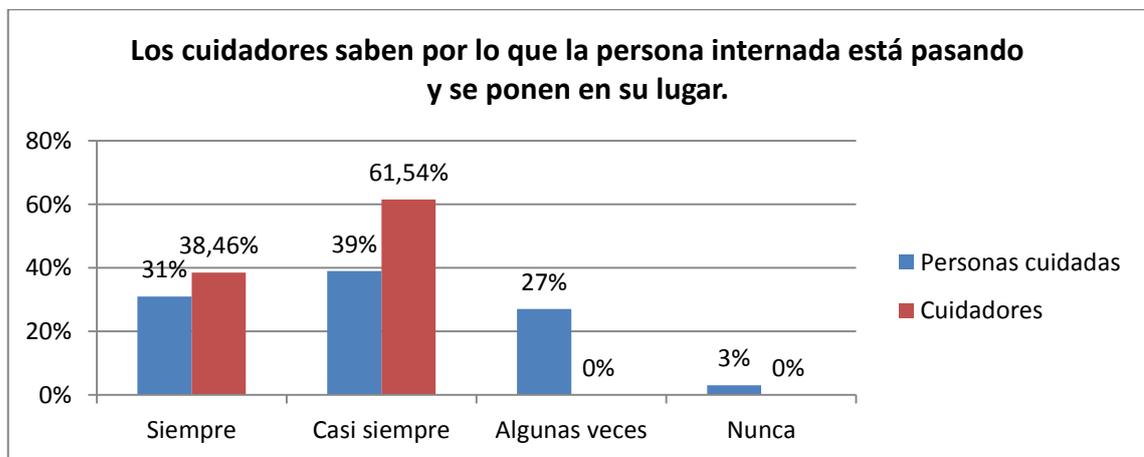
Tabla N° 20

Ítem N° 11. Los cuidadores de enfermería saben por lo que la persona internada está pasando y se ponen en su lugar.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	31	31 %	5	38,46 %
Casi siempre	39	39 %	8	61,54 %
Algunas veces	27	27 %	0	0 %
Nunca	3	3 %	0	0 %
Total	100	100 %	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 20



Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, se averiguó acerca de la percepción de mensajes positivos hacia las personas cuidadas indagando en que frecuencia se reciben o brindan frases de fe y esperanza.

Las personas cuidadas han coincidido en un 36% que “siempre” y “casi siempre” reciben frases de fe y esperanza por parte de los cuidadores de

enfermería. Estos han revelado respectivamente, en un 61,54 y un 23,08% que “siempre” y “casi siempre” transmiten estos tipos de mensajes y el 15,38% ha reconocido que solo lo hace “algunas veces”. Este último porcentaje se coteja con las respuestas de las personas que advierten en un 22% que tan solo “algunas veces” reciben frases de fe y esperanza. El 6% menciona que “nunca” se realiza.

En esta pregunta, las personas cuidadas han coincidido principalmente en dos de las cuatro opciones perceptivas (“Siempre y Casi Siempre”) logrando una media de 3,02. Aunque no se debe dejar de tener en cuenta que más del 25% optó por la opción “algunas veces” o “nunca”. Esta diversificación de respuestas, le otorga un coeficiente de variación amplio de 29,98% y aún mayor que el logrado por el otro grupo de estudio que fue de 21,55%. La media de los cuidadores ha sido de 3,46. Pese a estos valores, se observa una gran heterogeneidad en las respuestas en ambos casos.

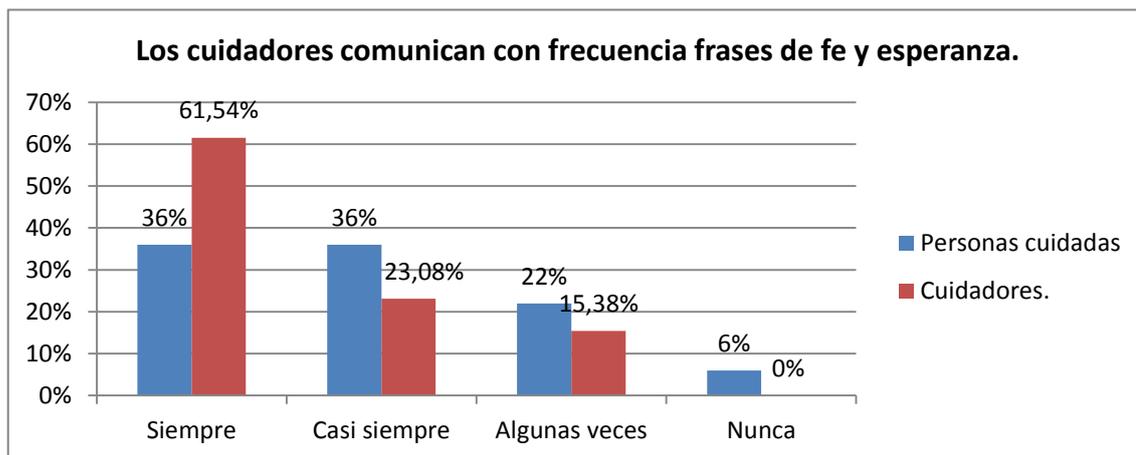
Tabla N° 21

Ítem N° 12. Los cuidadores de enfermería comunican con frecuencia frases de fe y esperanza.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	36	36 %	8	61,54 %
Casi siempre	36	36 %	3	23,08 %
Algunas veces	22	22 %	2	15,38 %
Nunca	6	6 %	0	0 %
Total	100	100 %	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 21



Fuente: Elaboración propia.

Percepción de cuidador–persona cuidada en relación a la confianza.

La confianza como otro elemento de valor que pone el código deontológico del CIE, implica la esperanza firme que se tiene de algo o alguien y es utilizado como adjetivo de persona cuando se hace referencia a un trato íntimo o familiar.

Aludiendo a la definición propuesta anteriormente, se indagó en que frecuencia percibían las personas cuidadas y los cuidadores de enfermería que recibían o brindaban cuidados que generaran tranquilidad y seguridad.

Un alto porcentaje de los cuidadores implicados en el estudio y de personas cuidadas han coincidido en valorar positivamente este ítem. El 49% de las personas cuidadas señaló que el cuidado que recibe “siempre” le genera tranquilidad y seguridad y el 27% ha referido que “casi siempre” percibe esto. Por otra parte, la mayor parte de los cuidadores sugiere que sus cuidados “casi siempre” generan tranquilidad y seguridad (61,54%) y el 30,77% se ha inclinado por el grado más alto de percepción (siempre).

Tan solo el 7,69% de los cuidadores de enfermería reconoce que sus cuidados “algunas veces” generan tranquilidad y seguridad en contraposición con lo expresado por el 24% de las personas cuidadas que eligió esta categoría.

En esta pregunta, gran parte de las personas cuidadas optó por la percepción “siempre” como la representativa y los cuidadores lo han hecho con la opción “casi siempre”. Las medias alcanzadas por ambos grupos han sido similares, siendo para los las personas cuidadas de 3,25 y de 3,23 para los cuidadores. El nivel de respuestas ha sido más homogéneo en el segundo grupo, dado que el coeficiente de variación fue de 17,82% mientras que en las personas cuidadas alcanzó el 25,14%.

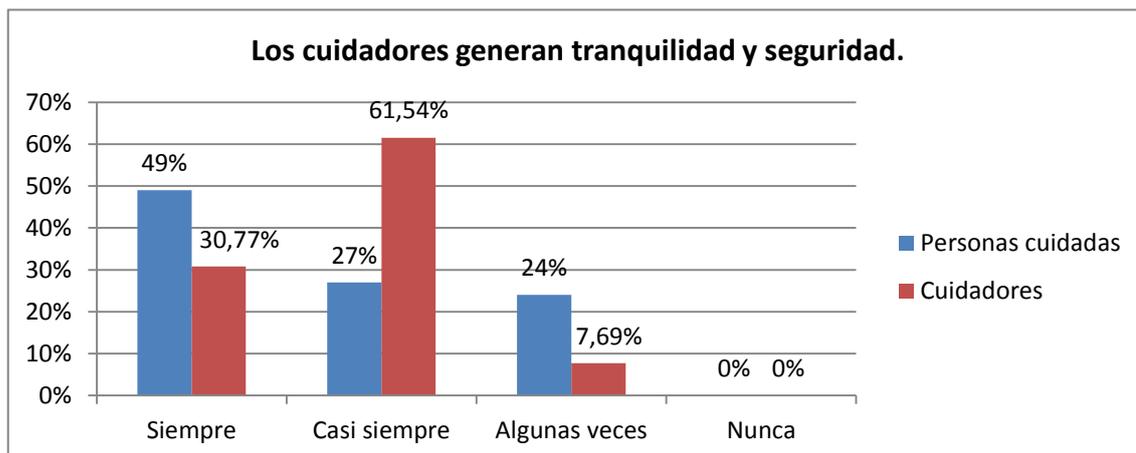
Tabla N° 22

Ítem N° 13. Los cuidadores de enfermería generan tranquilidad y seguridad.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	49	49 %	4	30,77 %
Casi siempre	27	27 %	8	61,54 %
Algunas veces	24	24 %	1	7,69 %
Nunca	0	0 %	0	0 %
Total	100	100 %	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 22



Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente pregunta de esta categoría se indagó acerca de la participación. Se encontró en un alto porcentaje que los cuidadores enfermería perciben que solo “algunas veces” hacen partícipe a las personas en los cuidados y decisiones de enfermería (46,15%). Sin embargo, el porcentaje restante se divide en “siempre” (23,08%) y “casi siempre” (30,77%), logrando un valor que apenas excede a la mitad de los encuestados (53,85%).

Las personas cuidadas en similares proporciones han referido que “siempre” (21%) participan en los cuidados de enfermería y junto a los que han considerado la opción “casi siempre” (57%) logran alcanzar el 78% de las respuestas positivas.

Pese al alto valor que los cuidadores han registrado en la opción “algunas veces”, esta preferencia solo fue reconsiderada por el 20% de las personas cuidadas.

En conclusión, puede mencionarse que en los cuidadores predominó la variable “algunas veces” mientras que en las personas cuidadas fue “casi siempre”. Debe considerarse que en los cuidadores, el resto de las opciones se

distribuyen en las variables “casi siempre” y “siempre” que elevan la media a 2,77. Ligeramente superior es el promedio que obtuvieron las respuestas de las personas cuidadas que fue de 2,97. A diferencia de la tendencia que venían manteniendo las respuestas de las preguntas anteriores, en este caso, estas han sido más homogéneas en las personas cuidadas que en sus cuidadores, dado que el coeficiente de variación del primero ha sido de 23,55% y de 28,87% en el segundo.

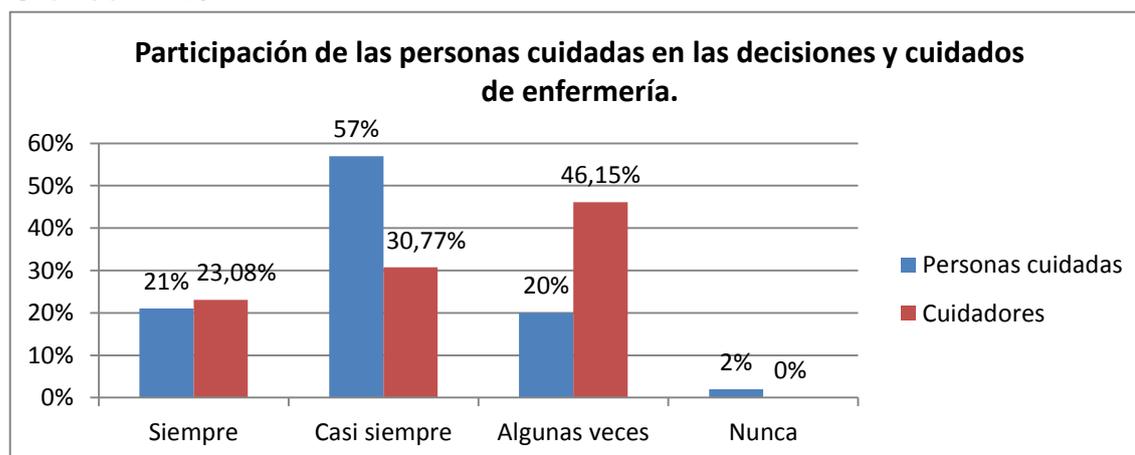
Tabla N° 23

Ítem N° 14. Participación de las personas cuidadas en las decisiones y cuidados de enfermería.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	21	21%	3	23,08 %
Casi siempre	57	57 %	4	30,77 %
Algunas veces	20	20 %	6	46,15 %
Nunca	2	2 %	0	0 %
Total	100	100 %	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 23



Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, se examinó en qué nivel perciben ambos grupos el cumplimiento de los compromisos asumidos por parte de los cuidadores.

El 58% de las personas cuidadas asevera que los cuidadores de enfermería “siempre” cumplen con lo que les promete, mientras que el 25% afirma que “casi siempre” se realiza. El 17% percibe que solo “algunas veces” se cumple. Los cuidadores han contestado en mayor proporción (53,85%) que “casi siempre” cumple con lo que promete mientras que el 30,77% dice que lo realiza “siempre”.

En ambos grupos de estudio, la categoría que percibe que “algunas veces” los cuidadores cumplen con las responsabilidades asumidas obtuvieron un valor similar.

Para ambos grupos la media fue reveladora, correspondiéndose a 3,41 para las personas cuidadas y de 3,15 para los cuidadores. Las personas que se encontraban internadas contestaron a la pregunta de manera más heterogénea que sus cuidadores pero con poca diferencia significativa, correspondiendo un coeficiente de variación de 22,37% para el primero de los casos y de 20,98% para el segundo grupo.

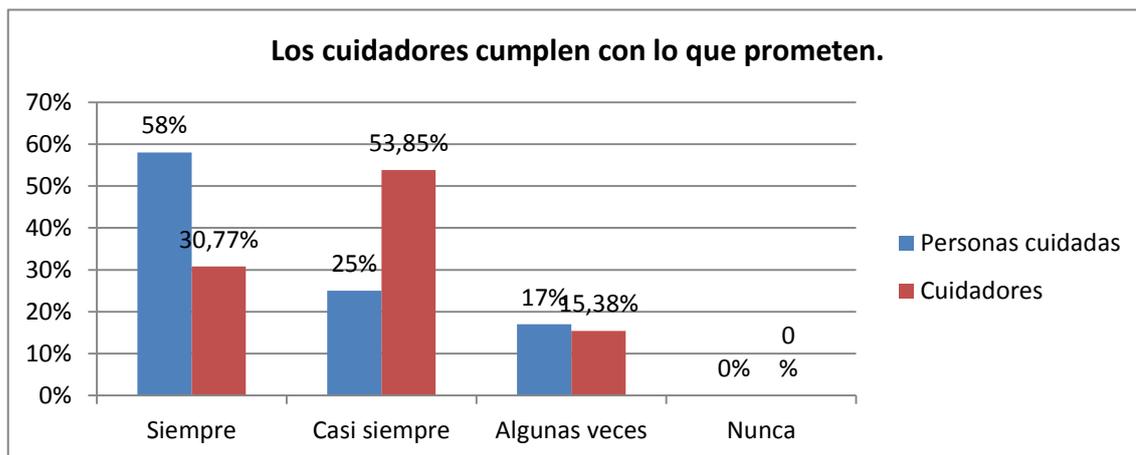
Tabla N° 24

Ítem N° 15. Los cuidadores de enfermería cumplen con lo que prometen.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	58	58 %	4	30,77 %
Casi siempre	25	25 %	7	53,85 %
Algunas veces	17	17 %	2	15,38 %
Nunca	0	0 %	0	0 %
Total	100	100 %	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 24



Fuente: Elaboración propia.

Por último, se ha evaluado desde ambos grupos en cuestión el grado en que perciben que los cuidadores de enfermería aceptan la opinión, queja y/ o sugerencia en relación a la atención que brinda.

Las personas han explicitado que los cuidadores “casi siempre” aceptan su opinión, queja y/ o sugerencia acerca de la atención que le brindan en un 57%, mientras que el 16% manifestó que “siempre” sucede. Este último porcentaje fue superado por los que perciben que esta aceptación solo se da “algunas veces” (24%). Solo el 3% consideró la respuesta “nunca” como válida.

Los cuidadores han valorado positivamente este ítem. De esta manera, el 53,85 y el 38,46% percibe, respectivamente, que “siempre” y “casi siempre” acepta la opinión, queja y/ o sugerencia de las personas cuidadas acerca de la atención que brinda. Solo el 7,69% de los cuidadores cree que “algunas veces” es capaz de aceptar las opiniones, quejas y/ o sugerencias.

Finalmente, a modo de conclusión, podría decirse que mayoritariamente las personas cuidadas han elegido la opción “casi siempre” para describir con qué frecuencia los cuidadores de enfermería aceptan sus opiniones, quejas y/o sugerencias en relación a la atención brindada. En cambio, los cuidadores han

elegido de modo común la percepción más alta posible (“siempre”). Estas elecciones incrementaron las medias a un valor de 2,86 para las personas cuidadas y un valor superior a este de 3,46 para los cuidadores. Aunque estos valores describen positivamente esta categoría, debe reconsiderarse que al menos el 25% de las personas manifestó que esta aceptación por parte de los cuidadores con respecto a la atención se da solo “algunas veces” o “nunca”.

Si se considera la dispersión en las respuestas, se puede mencionar una vez más que los cuidadores de enfermería del servicio de internación contestaron de manera más homogénea que el otro grupo, logrando un coeficiente de variación de 18,32% contra el 24,73% obtenido por las personas cuidadas.

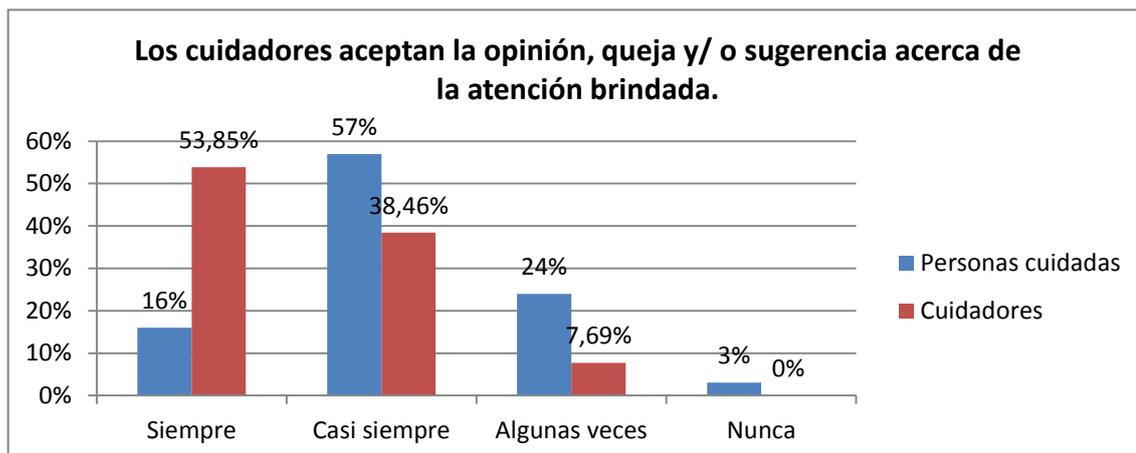
Tabla N° 25

Ítem N° 16. Los cuidadores de enfermería aceptan la opinión, queja y/ o sugerencia acerca de la atención brindada.

PERCEPCIÓN	CIUDADANOS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	16	16 %	7	53,85 %
Casi siempre	57	57 %	5	38,46 %
Algunas veces	24	24 %	1	7,69 %
Nunca	3	3 %	0	0 %
Total	100	100 %	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 25



Fuente: Elaboración propia.

Percepción de cuidador–persona cuidada en relación a la integridad.

Finalmente, la integridad es el último de los valores profesionales destacado por el CIE en su código deontológico. Este valor concibe que el personal de enfermería ejerza con coherencia entre los valores que predica y los métodos. En otro sentido, es quien realiza lo correcto, instrumentando un cuidado íntegro, holístico y personalizado.

Para la evaluación del trato personalizado, se midió en la pregunta 17 con qué frecuencia se percibe que los cuidadores de enfermería llaman a las personas cuidadas por su nombre y con capaces de identificarse.

Los datos arrojaron que los cuidadores perciben en un 46,15% que “siempre” llaman a la persona por su nombre y se identifican cuando las atienden y el 38,46 % refirió que “casi siempre” lo hace.

En menores proporciones que los cuidadores, el 27% de las personas cuidadas ha manifestado que sus cuidadores “siempre” los llama por su nombre y se identifica cuando se los atiende y el 25 % ha expresado que “casi siempre” lo hacen.

Los cuidadores admitieron en un 15,38% que “algunas veces” llaman a la persona por su nombre y se identifican para con ellos durante la atención. Este valor se contrasta con el 38% de las repuestas de las personas cuidadas que optaron por esta misma categoría y por el 10% que refirió que esta situación “nunca” se da.

Aunque las dos categorías más altas posibles de seleccionarse (“siempre” y “casi siempre”) alcanzan en la sumatoria el 52% de las personas cuidadas, la percepción priorizada por estos fue “algunas veces”. La media obtenida por este grupo ha sido de 2,69; con una alta dispersión de las respuestas en todas las variables. De esta manera, el coeficiente de variación para el grupo de las personas cuidadas representa el 36,3% y el de los cuidadores la media ha consistido en 3,31 con un coeficiente de variación de 21,82%. Esta última un poco menos dispersa, dado que las respuestas se concentran prácticamente en dos de las cuatro variables de percepción.

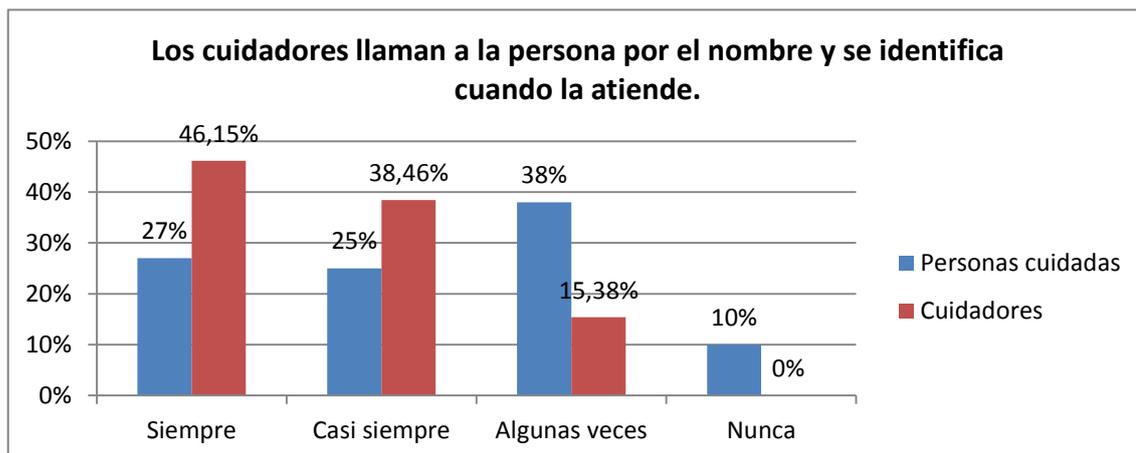
Tabla N° 26

Ítem N° 17. Los cuidadores de enfermería llaman a la persona por el nombre y se identifica cuando la atiende.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	27	27 %	6	46,15 %
Casi siempre	25	25 %	5	38,46 %
Algunas veces	38	38 %	2	15,38 %
Nunca	10	10 %	0	0 %
Total	100	100 %	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 26



Fuente: Elaboración propia.

En otro apartado, se evaluó la percepción que tienen ambos grupos acerca de la preservación de la intimidad y el pudor.

El 92,31% de los cuidadores de enfermería percibió que “siempre” cuida la intimidad de la persona internada, mientras que esta respuesta fue valorada por el 57% de las personas cuidadas.

Solo el 7,69% de los cuidadores percibió que “casi siempre” cuida de estos aspectos.

Tan solo el 12% de las personas cuidadas ha manifestado que solo “algunas veces” sus cuidadores de enfermería cuidan la intimidad y el pudor y solo el 2% ha mencionado que “nunca” se hace.

En esta pregunta, puede observarse que las respuestas de las personas cuidadas se dispersan por las cuatro variables perceptivas, aunque debe destacarse el alto acatamiento que tuvo la opción “siempre” no solo para este grupo, sino también para el de los cuidadores. Las medias alcanzadas se establecen en 3,41 y 3,92 para las personas cuidadas y los cuidadores, respectivamente.

En esta oportunidad, el coeficiente de variación ha sido altamente homogéneo para los cuidadores, estimándose en 6,79% y en el caso de las personas cuidadas de 22,75%.

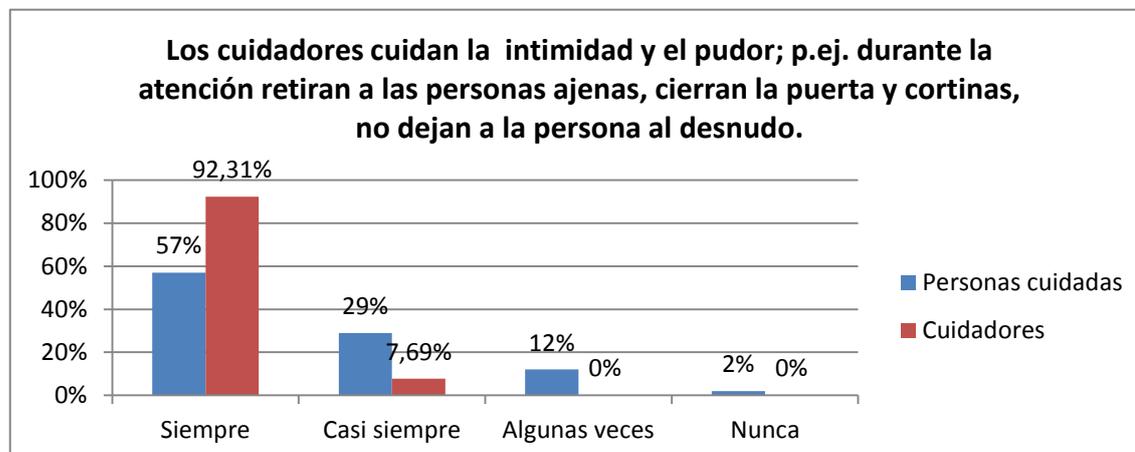
Tabla N° 27

Ítem N° 18. Los cuidadores de enfermería cuidan la intimidad y el pudor; p.ej. durante la atención retiran a las personas ajenas, cierran la puerta y cortinas, no dejan a la persona al desnudo.

PERCEPCIÓN	PERSONA CUIDADA		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	57	57 %	12	92,31 %
Casi siempre	29	29 %	1	7,69
Algunas veces	12	12 %	0	0 %
Nunca	2	2 %	0	0 %
Total	100	100 %	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 27



Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, se midió el interés que tienen los cuidadores de enfermería en conocer en profundidad a las personas de las que cuida. Por tal motivo, se les preguntó a ambos grupos con que frecuencia perciben que los cuidadores indagan sobre la historia de vida, aspectos laborales, integrantes del grupo familiar y si han preguntado acerca de la realización de diferentes actividades.

Los cuidadores han considerado en un 53,85% que perciben que “casi siempre” indagan sobre la historia de vida, el trabajo y les pregunta a las personas cómo, dónde y con quien vive y que otras actividades hace. El porcentaje de los cuidadores que contestó la opción “siempre” fue el 30,77%.

Sin embargo, en contraste con lo anterior, las personas cuidadas perciben en un alto porcentaje que los cuidadores “nunca” han averiguado sobre su historia personal, ni sobre los aspectos laborales como así también, sobre los integrantes de su familia y si realizan alguna otra actividad (48%).

En concordancia con lo expuesto anteriormente, las personas cuidadas a los que se les ha aplicado la encuesta han considerado en un 4 y 23% respectivamente, que los cuidadores “siempre” y casi siempre” indagan sobre estas cuestiones.

Quienes perciben que esto sucede “algunas veces” fue el 25% de las personas, mientras que el 15,38% de los cuidadores se ha reconocido en esta categoría.

En el ítem 19 del cuestionario, se encontró que la media obtenida de las personas cuidadas ha sido de 1,83 mientras que la de los cuidadores se ha establecido en 3,15. Esta alta diferencia entre ambos valores encuentra su causa por la alta proporción de la variable “nunca” por la que han optado las personas cuidadas. En contraste, la media alcanzada por los cuidadores se debe a la alta proporción de la categoría “casi siempre” seguida de la de “siempre”. En este último caso, el 50% de las respuestas centrales, se encuentran en una amplitud correspondiente a 1 que va desde la opción “casi siempre” a “siempre”. A diferencia de esta amplitud descrita, en lo que respecta a las personas cuidadas, el 50% de las respuestas centrales se encuentran

dispersas en una amplitud intercuartílica de 2, ubicándose entre la opción “nunca” y “casi siempre”. De esta manera, se observa un nivel de respuestas muy heterogéneo para las personas cuidadas, si se compara su coeficiente de variación (50,12%) con la de los cuidadores (20,98%).

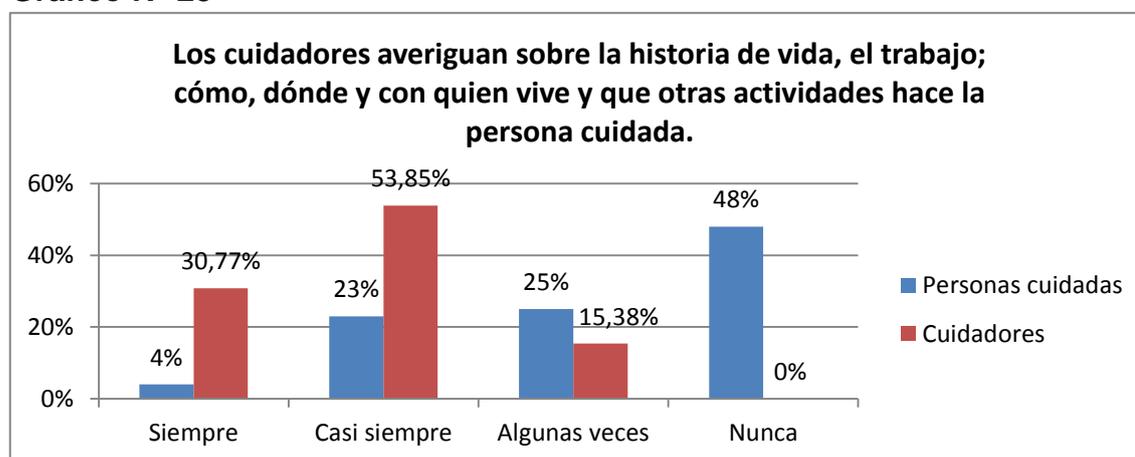
Tabla N° 28

Ítem N° 19. Los cuidadores de enfermería averiguan sobre la historia de vida, el trabajo; cómo, dónde y con quien vive y que otras actividades hace.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	4	4 %	4	30,77 %
Casi siempre	23	23 %	7	53,85 %
Algunas veces	25	25 %	2	15,38 %
Nunca	48	48 %	0	0 %
Total	100	100 %	13	100,00

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 28



Fuente: Elaboración propia.

En el punto número 20, se indagó acerca de la posibilidad que tienen las personas en poder expresar y compartir con el equipo de enfermería aspectos de su religión y/ o espiritualidad.

Un alto porcentaje de las personas cuidadas (46%) consideró que “casi siempre” puede expresar y compartir con los cuidadores sus creencias religiosas o espirituales. Pese a este valor, un 37% ha considerado que esto lo puede hacer “algunas veces”.

Los cuidadores también perciben en un alto grado que las personas cuidadas tan solo “algunas veces” expresan y comparten con ellos las creencias religiosas y/o espirituales (61,54%).

El resto de las respuestas de los cuidadores, se encuentran dispersas en las variables “siempre” (23,08%) y “casi siempre” (15,38%).

En resumen, en esta pregunta donde se valora acerca de la posibilidad que tienen las personas en poder expresar y compartir con sus cuidadores aspectos de su religión y/ o espirituales, debe considerarse que la percepción de las respuestas de los cuidadores del servicio de internación se invierte en relación a la tendencia que venía manteniendo. Tal es así, que la mayoría de los cuidadores optaron por la percepción “algunas veces”. Sin embargo, las personas cuidadas han elegido como respuesta prioritaria la percepción “casi siempre”.

La media para los cuidadores ha sido de 2,62 mientras que para las personas cuidadas fue de 2,56. En este caso, las respuestas de ambos grupos en estudio han sido dispersas y las de los cuidadores ligeramente un poco más heterogénea que la de las personas cuidadas. Esto se puede observar dado el coeficiente de variación del primer grupo que se ubicó en el 29,91% y del segundo que fue de 31,95%.

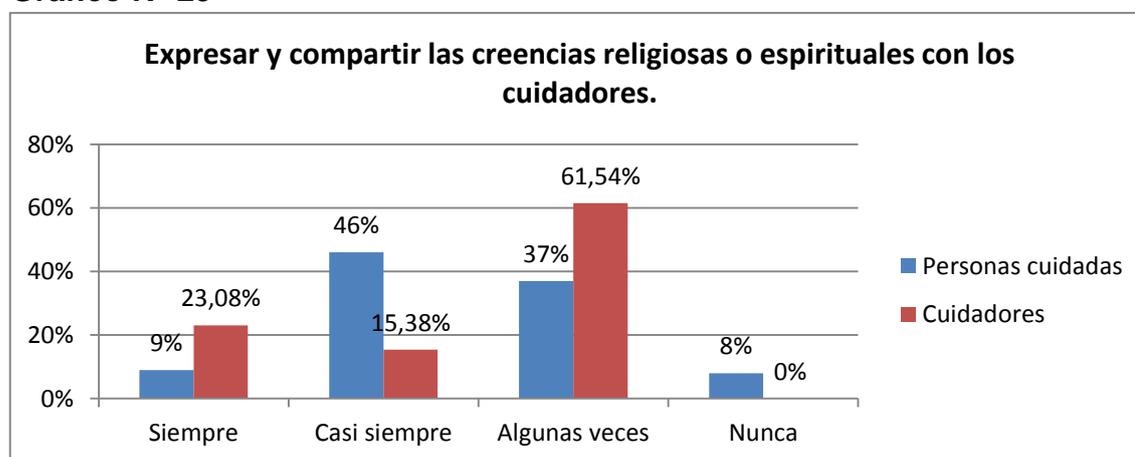
Tabla N° 29

Ítem N° 20. Expresar y compartir las creencias religiosas o espirituales con el los cuidadores de enfermería.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	9	9 %	3	23,08 %
Casi siempre	46	46 %	2	15,38 %
Algunas veces	37	37 %	8	61,54 %
Nunca	8	8 %	0	0 %
Total	100	100 %	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N° 29



Fuente: Elaboración propia.

Otra particularidad, que se tuvo en cuenta para valorar la integridad, fue preguntarles a ambos grupos en cuestión acerca de un abordaje holístico y que no solo se tuviera en cuenta la atención de la situación particular de la persona internada, sino que incluyera otras perspectivas.

De esta manera, el 32% de las personas cuidadas ha considerado que los cuidadores además de atenderlo por la situación que estaba internado “casi siempre” consideraba otros aspectos como hablarle del ejercicio y el deporte, de los alimentos, del hábitos del sueño, la higiene, la eliminación de la orina y de la materia fecal. Sin embargo, un cuarto de los encuestados (25%) ha

manifestado que esto sucede “algunas veces” y el 30% ha dicho que esa situación “nunca” se da.

En el caso de los cuidadores, más de la mitad de los encuestados (53,85%) ha considerado que “casi siempre” valora estos aspectos, mientras que en igual proporción consideran que “siempre” y “algunas veces” lo hacen (23,08%).

Por último, se observa que la percepción “algunas veces” comparte en ambos grupos porcentuales similares.

A modo de resumen, al valorar esta parte de la integridad, se encontró que la mitad de la muestra de las personas cuidadas ha percibido que tan solo “algunas veces” o “nunca” los cuidadores consideraban en la atención otros aspectos como hablarle del ejercicio y el deporte, de los alimentos, del hábitos del sueño, la higiene, la eliminación de la orina y de la materia fecal. Por otro lado, los cuidadores en su mayoría consideran que “casi siempre” lo hacen. Coincidentemente con la percepción de la mayoría, la media de los cuidadores ha sido de 3,00. En cambio, por el alto valor de respuestas negativas de las personas cuidadas, la media de respuesta para este grupo ha sido igual a 2,28.

Como se puede observar en la tabla, las respuestas de las personas internadas presentan una mayor dispersión por todas las variables, logrando un coeficiente de variación de 45,19%. La dispersión de las respuestas en los trabajadores de enfermería, al estar mayormente concentradas en tres variables, ha sido más homogénea, logrando un coeficiente de variación de 22,65%.

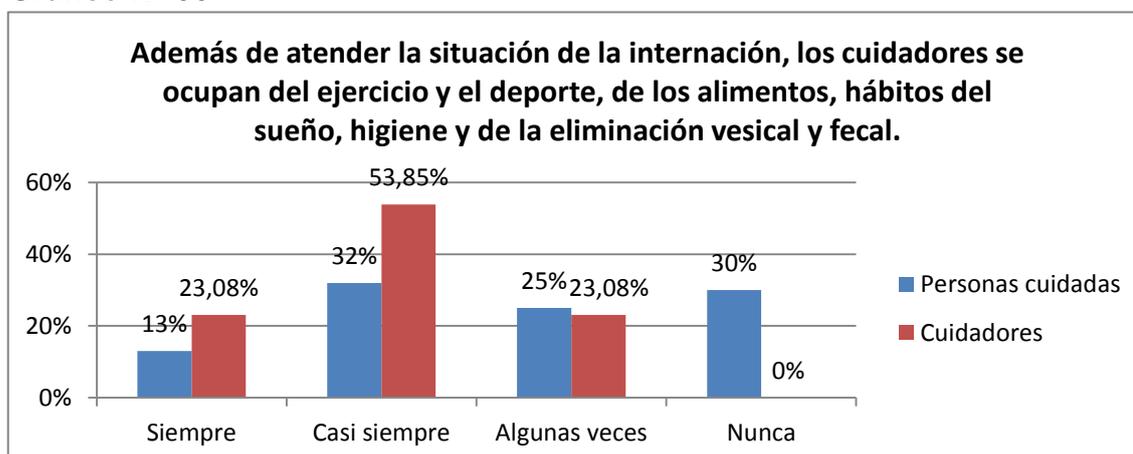
Tabla N° 30

Ítem N° 21. Además de atender la situación de la internación, los cuidadores de enfermería se ocupan del ejercicio y el deporte, de los alimentos, hábitos del sueño, higiene y de la eliminación vesical y fecal.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	13	13 %	3	23,08 %
Casi siempre	32	32 %	7	53,85 %
Algunas veces	25	25 %	3	23,08 %
Nunca	30	30 %	0	0 %
Total	100	100 %	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 30



Fuente: Elaboración propia.

Entendiendo a la persona como sujeto e integrante de un grupo familiar y la importancia de esta última en el proceso salud-enfermedad, ya sea internada o en la vida cotidiana, se abordó en otra pregunta del cuestionario y correspondiente a la dimensión de integridad, acerca de la percepción que se tiene con respecto a la atención familiar y su inclusión dentro del plan de cuidados.

Los datos revelaron que las personas cuidadas han mencionado en un 41% que “casi siempre” los cuidadores se encargan de atender a sus familias, le

dedican un tiempo, la escuchan, le dan respuestas y les enseñan cómo deben cuidarlo. El 20 % de esta población interrogada dijo que esta situación se da “siempre”.

En el caso de los cuidadores, las respuestas también han sido de carácter favorable aunque las proporciones se invierten con respecto al grupo anterior; puesto que el 53,85% ha mencionado que “siempre” atiende a la familia, le dedica un tiempo, la escucha, le da respuestas y le enseña cómo deben cuidar al familiar que se encuentra hospitalizado. El 15,38 % de los cuidadores encuestados optó por la opción “casi siempre”.

Pese a estos altos valores, se destacan las otras categorías perceptivas dado que el 26% de las personas cuidadas indicó que solo “algunas veces” los cuidadores atienden a la familia, le ofrecen un tiempo, la escuchan, le dan respuestas y le enseñan cómo deben cuidarlo. A su vez, esta categoría fue contemplada por el 30,77% de los cuidadores.

El 13% de las personas cuidadas ha mencionado que esta atención descrita hacia la familia “nunca” se dio.

En esta penúltima pregunta, pese al alto índice de las personas cuidadas que destaca la categoría “casi siempre”, debe apreciarse que al menos el 25% de los encuestados refirió que los cuidadores “nunca” o “algunas veces” se encargan de atender a su familia, le dedica un tiempo, la escucha, le da respuestas y le enseña cómo deben cuidarlo. Esta variable perceptiva también es reconocida por un importante porcentaje del equipo de enfermería.

Correspondiente con la mayoría, la media estipulada para las personas cuidadas se ubicó en 2,68 mientras que, en los cuidadores fue de 3,23. Este último valor, superior al anterior, se dilucida de la amplia mayoría que optó por

la opción “siempre”. En ambos casos, las respuestas se encuentran descentralizadas, puesto que se reparten en la mayoría de las variables logrando gran heterogeneidad entre ellas. De acuerdo con el coeficiente de variación, se estima que las respuestas de los cuidadores han sido más homogéneas que la de las personas cuidadas. En el primero, el coeficiente de variación se estimó en 27,56% y en el segundo de 34,96%.

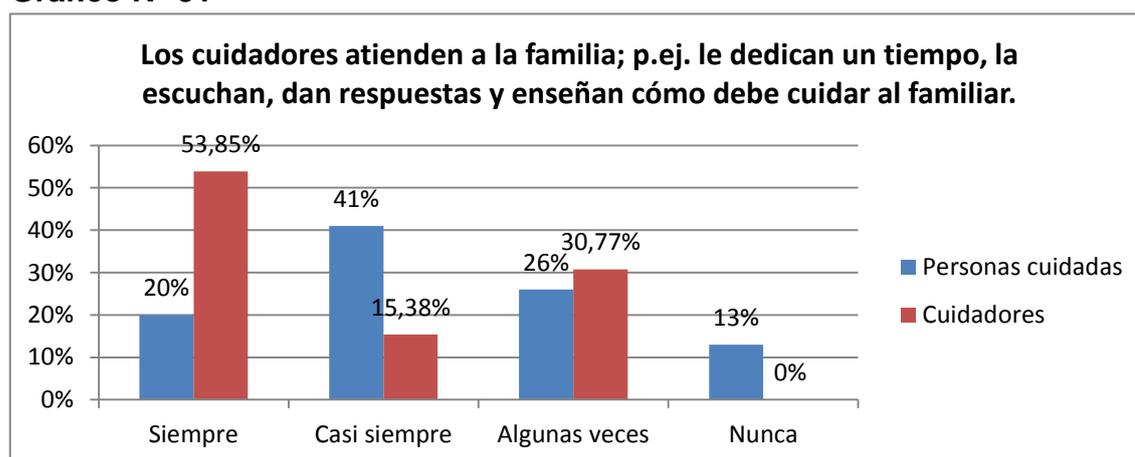
Tabla N° 31

Ítem N° 22. Los cuidadores de enfermería atienden a la familia; p.ej. le dedican un tiempo, la escuchan, dan respuestas y enseñan cómo debe cuidar al familiar.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	20	20 %	7	53,85 %
Casi siempre	41	41 %	2	15,38 %
Algunas veces	26	26 %	4	30,77 %
Nunca	13	13 %	0	0 %
Total	100	100 %	13	100

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 31



Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, dentro de la dimensión de integridad se interrogó acerca de la educación para el hogar, comprendiéndose que los cuidados no son

meramente exclusivos del proceso de internación sino que tienen su alcance extra hospitalario, cuyo objetivo es la prevención de recidivas o la continuidad del tratamiento para la rehabilitación.

En esta última pregunta de la encuesta, los valores obtenidos de las diferentes categorías discrepan entre ambos grupos de estudio.

Pese a haber sido altamente percibida como positiva por parte de cuidadores de enfermería que indicaron que “siempre” y “casi siempre” brindan información para el alta en un 38,46 y un 61,54%, respectivamente; el 32% de las personas cuidadas ha definido que tan solo “algunas veces” los cuidadores le han brindado información para el alta hospitalaria o cuidados que debe tener en el domicilio, signos de alarmas, controles, alimentación adecuada, entre otros.

Además, vale destacar que en valores compartidos, solo el 15% de las personas cuidadas en el estudio han mencionado que “siempre” y “casi siempre” se le brinda información para el alta. Este valor es hondamente superado por el 38% de las personas del mismo grupo que manifestaron que en el transcurso de la hospitalización “nunca” recibieron información para el alta.

En esta última pregunta, debe destacarse el alto nivel de dispersión de respuestas de las personas cuidadas en las cuatro variables, ya que el coeficiente de variación para este grupo fue del 51,24%. En cambio, el coeficiente para los cuidadores fue de 14,37% debido a la concentración de respuestas en dos de las cuatro variables, siendo mucho más homogénea que el primer grupo en estudio.

La media obtenida por los cuidadores ha sido muy significativa, logrando un valor que ha alcanzado el 3,38 correspondiente a la categoría “casi siempre”; mientras que el promedio logrado por las personas cuidadas fue de 2,07. La causa que explica estos valores se debe a la alta proporción de las personas cuidadas que eligió en su mayoría la opción de más bajo puntaje (“nunca”) mientras que, los cuidadores eligieron en su mayoría la opción “casi siempre”, valor que se corresponde con la media lograda.

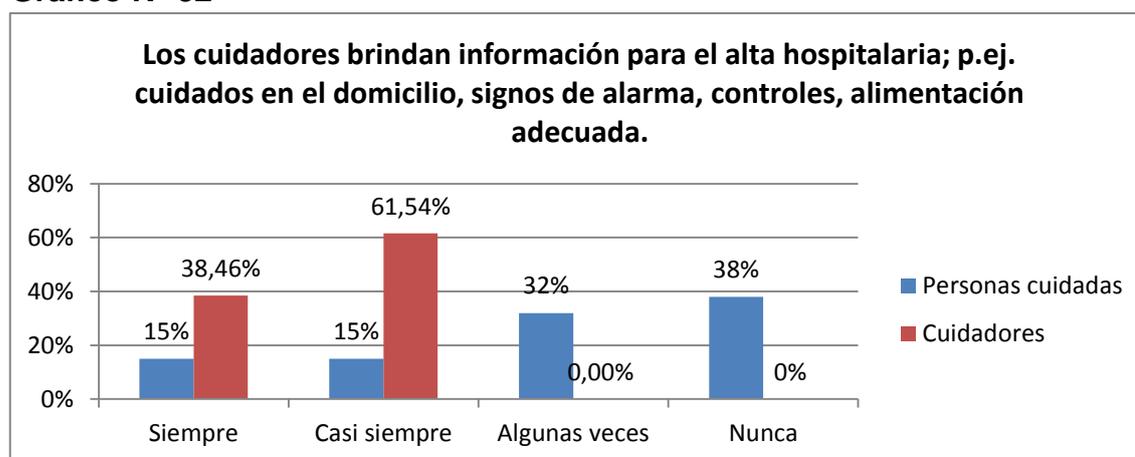
Tabla N° 32

Ítem N° 23. Los cuidadores de enfermería brindan información para el alta hospitalaria; p.ej. cuidados en el domicilio, signos de alarma, controles, alimentación adecuada.

PERCEPCIÓN	PERSONAS CUIDADAS		CUIDADORES	
	FA	%	FA	%
Siempre	15	15 %	5	38,46 %
Casi siempre	15	15 %	8	61,54 %
Algunas veces	32	32 %	0	0 %
Nunca	38	38 %	0	0 %
Total	100	100 %	13	100 %

Fuente: Elaboración propia.

Grafico N° 32



Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Percepción de cuidador–persona cuidada en relación al consentimiento informado.

La relación que establecen los cuidadores de enfermería con las personas cuidadas, por su especificidad en el cuidado y continuidad en la atención, debe estar basada en la información como derecho fundamental de quien recibe la atención y como obligación de quien se encarga del cuidado de la persona. Antiguamente, la persona que era cuidada se entregaba en manos del personal sanitario rigiendo el principio de beneficencia. Actualmente, las relaciones deben ser completamente horizontales, respetando el principio de autonomía. De ahí la importancia de una relación basada en la información y el consentimiento al acceso de diferentes prácticas por parte de la persona cuidada que se encuentra internada. De acuerdo a la ley provincial N° 3076, la persona que accede al servicio de salud tiene derecho a que se le reconozca su autonomía de voluntad, pudiendo aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos (Art.2 Inc.e). Esta ley aclara en el capítulo III acerca del consentimiento informado definiéndolo como “la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente...emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada”.

La importancia de evaluar esta cuestión acerca de la información y el consentimiento, no solo roza lo legal sino que intenta entender a la persona autónoma como tal, dueño de su cuerpo y protagonista de su propio proceso de salud-enfermedad. Entiéndase que la comunicación propicia del personal interviniente, en este caso los cuidadores de enfermería, dignifica y reconoce el

valor esencial del ser en contraposición de la famosa “cosificación” de la persona. El consentimiento informado, se convierte de este modo como instrumento de humanización, dado que permite responder a los cuidadores de forma no normalizada. Asimismo, se cumple lo que fija la ley anteriormente mencionada, cuando refiere que la información debe ser clara, precisa y oportuna.

Esta característica acerca de la información otorgada, fue evaluada conjuntamente en ambos grupos en el ítem número tres, obteniendo una valoración positiva como se describió anteriormente. Vale aclarar que la información y el conocimiento que se le otorga a la persona bajo cuidado disminuye la ansiedad, el temor y los miedos que genera la hospitalización y lo desconocido, favoreciendo la relación interpersonal y la participación activa en la toma de decisiones.

Pero no solo el proceso de empoderamiento de la información implica la necesidad de otorgar la misma lo suficientemente clara, precisa y oportuna sino que también debe tenerse en cuenta que en ese proceso comunicacional existente, el feed-back es sumamente necesario. La persona cuidada demanda dudas, preguntas, explicaciones e ideas conforme a su tratamiento, pronóstico y cuidados.

Esto es lo que motivó a la realización de la segunda pregunta del cuestionario, cuando se interrogó a ambos grupos acerca de la frecuencia que tienen los cuidadores en tomarse el tiempo necesario con el objetivo de escuchar a la persona que se encuentra bajo su cuidado y responder a sus dudas.

Tanto los cuidadores como las personas cuidadas, ratificaron esta dimensión con valoraciones muy altas en todas las preguntas; aunque demandó por parte de este último, la necesidad trabajar acerca de este aspecto puesto que, al menos el 25% de la población percibe no haber recibido o tan solo “algunas veces” explicación alguna acerca de la actividad que se le va a practicar, con su consecuente autorización y aclaración de las dudas y escucha activa en un tiempo que sea acorde e inherente a cada sujeto.

Por este motivo, se concluye que ambos grupos comparten en la categoría información y consentimiento informado la percepción, aunque puede observarse disimilitudes en la anticipación de la información para llevar adelante procedimientos de enfermería y la escucha atenta del personal; siendo las características de la información (clara y sencilla) como el ítem coincidente. Esto último indica que los cuidadores de enfermería son capaces de comunicarse de acuerdo a las características socioculturales de las personas que se encuentra bajo su cuidado favoreciendo al proceso de autonomía anteriormente descrito.

Percepción de cuidador–persona cuidada en relación a la confidencialidad

La relación que se establece entre los cuidadores y las personas cuidadas en su internación es sumamente compleja.

La persona que se encuentra internada en su afán de colaborar para su asistencia y cuidado revela infinitos datos y secretos que tal vez, en otras ocasiones, no hubiesen sido dados a conocer. Otras veces, puede ser que el

cuidador descubra datos que la persona no ha querido revelar o simplemente desconoce.

Esta relación de confidencialidad, que ambos protagonistas del cuidado llevan a cabo, se encuentra enmarcada dentro de la ley nacional 26529 cuando expresa explícitamente el derecho a la misma haciendo referencia que "El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente". Debe asumirse que a diferencia del secreto profesional como obligación asumida, la confidencialidad se centra en la persona como derecho adquirido.

En el estudio realizado, los cuidadores en alta proporción perciben que guarda en secreto la información que se le confía. Pero debe destacarse que al menos un 30 % de las personas cuidadas refiere que esto sucede tan solo "algunas veces" o "nunca".

Debe entenderse el aspecto legal por la que puede ser encauzada la pregunta formulada y entendida con este carácter por parte de los cuidadores, en contraposición con las expectativas que puede generar en las personas cuidadas la relación establecida entre ambos sujetos. Es decir, que tal vez la imagen que propicien los cuidadores no tenga el matiz suficiente que genere en las personas el respeto por este derecho.

En este sentido, es pertinente citar a Lescaille Taquechel (2007), cuando refiere que es necesario el reconocimiento de los principios de autonomía y respeto a la integridad e intimidad de las personas, aunque esto solo no alcanza para preservar la integridad; puesto que los cuidadores de enfermería

al estar mayor tiempo con las personas cuidadas e internadas y sus familiares deben tener “la suficiente entereza moral para respetar los matices y sutilezas del derecho moral de los pacientes a su autonomía” (párr. 15).

Por tanto, como afirma el autor anteriormente mencionado, debe destacarse que el valor de la integridad debe estar presente en los cuidadores de enfermería y, deben estos, comprometerse con el respeto de la autonomía de las personas y ser lo suficientemente confiable para que su actuar sea coherente y determinado bajo la máxima sensibilidad moral; de lo contrario, como afirma Potter y Perry (2001, p. 466) compartir la información no solo viola los códigos éticos y estándares de enfermería sino que, esta percepción que se logra generar en los ciudadanos puede convertirse en un punto de inflexión de la confianza, dañando las relaciones interpersonales con su consecuente interferencia en el plan terapéutico.

Percepción de cuidador–persona cuidada en relación a los valores profesionales.

Percepción de cuidador–persona cuidada en relación al respeto.

En la relación interpersonal que ambos sujetos del cuidado van construyendo y redireccionando permanentemente, el valor de aceptar incondicionalmente al otro sin realizar juicios de valor es de suma importancia. Debe comprenderse que los cuidadores deben evaluar de acuerdo a las vivencias y valores de la persona de que la cuida. De esta manera, será capaz de otorgar las herramientas necesarias para que la persona enfrente la situación que está atravesando, en este caso, el proceso de hospitalización. De

acuerdo a García y Rodríguez (2005, p. 32) “A través de la categorización diferida el profesional suspende su propia categorización y realiza una lectura de lo real mediatizada por lo dicho por el paciente donde se relativizan los conceptos y categorías profesionales”.

De esta conjetura, se entiende que los cuidadores deben acercarse con gestos amables y ofrecer cortesía en el trato como se evaluó en el ítem n° 5, reconociéndose por ambos grupos de estudios como de alta percepción al centrar sus respuestas en las categorías “siempre” y “casi siempre”.

Pero al preguntarles sobre la aceptación de ideas, opiniones y costumbres sin realizar ningún tipo de juicio de valor, pese que ambos grupos también han obtenido percepciones altas debe señalarse que el 26% de las personas cuidadas encuestadas al igual que un 15,38% de los cuidadores reconoció para esta percepción la categoría “algunas veces”.

A modo de conclusión, puede entenderse que a pesar del trato cordial y considerado por parte de los cuidadores de enfermería, en parte, este no logra profundizar en la relación a modo de comprender la diferencia de ese otro sujeto cuidado, expresado en ideas, opiniones y costumbres. Este resultado encontrado, puede asemejarse y ser congruente con lo hallado en el ítem n° 2 cuando se evaluó la escucha por de los cuidadores, el cual arrojó valores similares a esta categoría. El riesgo de que no se suspenda la categorización y no se relativicen los conceptos de los cuidadores, pone en riesgo el vínculo interpersonal y en consecuencia, la finalidad terapéutica que le dio origen.

Por último, el reconocimiento del dato expresado no solo merece una reflexión como imperativo moral, sino que también se lo debe comprender dentro del aspecto legal en el que se encuentra enmarcado en la ley provincial

3076 en su inciso c) y en la ley nacional 26529 en su art. 2 inc. b) cuando se reconoce en la atención, al trato considerado y respetuoso como derecho de la persona, debiendo respetarse sus convicciones personales y morales.

Percepción de cuidador–persona cuidada en relación a la disponibilidad.

La disponibilidad es otro de los valores perteneciente al Código de ética del CIE que fue evaluado y el mismo hace referencia a la oportunidad con que se presta el cuidado. En este sentido alude a la capacidad por parte de la persona cuidada de conseguir a un miembro del equipo de cuidadores cuando se lo necesite y recibir el cuidado o satisfacer la necesidad demandada.

En este apartado, se concluye que los cuidadores perciben que acuden rápidamente cuando es requerido, al igual que las personas cuidadas que se encuentran internadas. Aunque existe un 27% de estos últimos que ha manifestado que esa situación sucede “algunas veces” o no ocurre. Debe comprenderse que si bien los cuidadores aprecian que acuden prontamente cuando se los necesitan, existe un número de personas cuidadas que percibe cierta insatisfacción y esto puede ser explicado por la alta demanda de trabajo y tiempo que requiere cada una de las personas internadas en el servicio.

Además de la rapidez con la que se presentan los cuidadores a la sala de internación, se identificó la capacidad de la resolución de los problemas. En este ítem, puede referirse que aunque una pequeña proporción de personas cuidadas manifiesta que sus cuidadores se demoran en la atención, reconoce que es capaz de resolver sus problemas y obtener lo que en ese momento precisa.

Los cuidadores, en este ítem obtuvieron un leve descenso de la categoría perceptiva más alta; interpretándose que aunque cree que acude lo más rápido posible, en muchas oportunidades percibe que se ve afectada la capacidad resolutive ante las diferentes exigencias de las personas que están bajo su cuidado.

Percepción de cuidador–persona cuidada en relación a la compasión.

La compasión es otro de los elementos pertenecientes al Código deontológico del CIE descrito como valor profesional que debe desarrollar la enfermería.

La compasión no solo implica la posibilidad de ponerse en el lugar del otro sino que debe incluir la habilidad y la capacidad de tranquilizar a la persona afectada y aliviar en lo posible su sufrimiento.

La compasión requiere de una relación interpersonal creciente, cuyo fenómeno se encuentra cargado de subjetividad e implica la necesidad de hacer experiencia propia la necesidad del otro y con ello dar lugar al fin único que originó dicha la relación: el cuidado.

Para dar lugar a la compasión es necesario individualizar e identificar cada experiencia de proceso salud-enfermedad por el que cada ser se encuentra atravesando. Para ello, es necesario identificar los sentimientos y emociones a partir de una comunicación abierta y fluida.

En este sentido, se preguntó a ambos grupos acerca de la capacidad de compartir fácilmente emociones y sentimientos con los cuidadores.

De acuerdo a los datos obtenidos, se llegó a la conclusión que si bien existe un número considerable que abarca más de la mitad de las personas cuidadas

que refirieron que pudieron compartir durante el transcurso de la internación lo que estaban sintiendo con el equipo de enfermería; cerca de la otra mitad no pudo hacerlo. Es decir, que un grupo de personas no tuvo la misma oportunidad que la otra mitad, con riesgo de sufrir un creciente estrés y empeorar la situación de enfermedad ante la imposibilidad de expresar sus sentimientos (Potter & Perry, 2001, p. 472).

Los cuidadores de enfermería aunque pudieron percibir en alta proporción que las personas hablan con ellos acerca de lo que les ocurre, el 23,08% refiere que sucede tan solo “algunas veces” y esto, sumado a las respuestas de las personas puede indicar la falta de herramientas del equipo de enfermería para favorecer la expresión de los sentimientos o el descuido para devolver respuestas que se encuentren a las expectativas de las personas en pos de conservar la tranquilidad y aliviarle el sufrimiento.

En el ítem número número 11, aunque los cuidadores refieren ponerse en el lugar del otro y comprender su situación, al menos un tercio de las personas cuidadas no lo percibe de esta manera ya que optó en el cuestionario por la opción “algunas veces” o “nunca”.

Esta situación anteriormente descrita, posiblemente esté dada por un símil porcentaje que expresa que tan solo “algunas veces” recibe con frecuencia frases de fe y esperanza. Pues esto, también es reconocido por el 15,38% de los cuidadores. La importancia de dar este tipo de frases radica en que su fomento aumenta la esperanza y la autoconfianza y ayuda a las personas a conseguir sus objetivos (Potter y Perry, 2001, p. 471).

Para finalizar, dentro de esta dimensión, las personas cuidadas indicaron en general que “algunas veces” reciben gestos físicos de afecto, categoría que también es percibida por sus cuidadores.

Estas situaciones tal vez sean inusuales porque pueden llegar a ser consideradas importunas, pero debe entenderse que el tacto es un planteamiento de bienestar en la que los cuidadores entran en contacto con la persona para comunicar interés y apoyo y proporcionar calma emocional y física (Potter y Perry, 2001, p. 110). Estos autores exponen además que, gran parte de lo que realizan los cuidadores de enfermería supone contacto, por lo que deben aprender a ser sensibles a las reacciones de los demás al tacto y a emplearlo con prudencia (p. 472). El tacto demuestra proximidad, particularmente en las situaciones de sufrimiento. “El tacto es una forma de transmitir cercanía y afectividad, y en los momentos de mayor vulnerabilidad, el ser humano requiere del mismo. Y esto es así porque necesita saber que no está solo ante el sufrimiento” (Muñoz Devesa, Morales Moreno, Bermejo Higuera, y Galan Gonzalez, 2014, p. 233).

Por último, ha de saberse que de gran consideración es el cuidado a partir del contacto físico, que el mismo se encuentra enmarcado y codificado bajo el número 5460 y la etiqueta “Contacto” en la clasificación de las intervenciones de enfermería (N.I.C.)¹⁰.

¹⁰ En esta clasificación se describen de manera sistemática y ordenada los tratamientos utilizados por los enfermeros mediante un lenguaje normalizado. Constituye el resultado de una investigación desarrollada en el Colegio de Enfermería de la Universidad de Iowa (E.E.U.U.) en 1987.

Percepción de cuidador–persona cuidada en relación a la confianza.

La confianza como otro de los cimientos de la relación establecida entre cuidador y persona cuidada puede ser definida como la esperanza firme que se tiene en la otra persona o con quien se tiene trato íntimo o familiar, cuando se utiliza como adjetivo calificativo.

Se ha llegado a la conclusión, según los datos de la encuesta, que en general la percepción de las personas es que los cuidadores le inspiran tranquilidad y seguridad. Estos últimos también perciben en alta proporción que provocan con sus cuidados estas características, aunque tan solo uno de ellos representando por el 7,69 % dude a partir de la opción “algunas veces”.

Pese a la afirmación anterior, no debe descuidarse al 24 % de las personas que optó por mencionar que la tranquilidad y seguridad tan solo la ha percibido “algunas veces” durante el proceso de internación.

La importancia de promover la confianza entre el cuidador y la persona cuidada radica en favorecer una relación que sea capaz de conducir a un plan con objetivos netamente terapéuticos. Como menciona Potter y Perry (2001, p. 466), esta exposición supone un riesgo y cierta vulnerabilidad por parte de la persona que se encuentra internada. Los cuidadores deben ser conscientes de que la relación basada en la confianza con la persona de la que cuida, le brindará múltiples elementos en el cual fundamentará sus acciones en pos de alcanzar los objetivos planteados, pero si no logra hacerlo, la interacción será de carácter social y superficial.

Muñoz, Rodríguez, Daniel y López (2009) refieren que “la confianza estimula el uso de los recursos disponibles, facilita el acceso a la información e influye en la consecución de buenos resultados de salud y satisfacción de los

pacientes, colocándolos en el centro del sistema de salud y convirtiéndolos en protagonistas de su enfermedad y curación” (p. 32).

En otro punto, se analizó la importancia de la participación en los propios cuidados, encontrándose que las personas perciben que los cuidadores los involucran en los mismos. Si bien, el equipo de cuidadores también lo hace bajo las categorías “siempre” y “casi siempre”, reconoce en un 46,15% la opción “algunas veces”. Se podría interpretar en este caso, que aunque las personas consideran que participan en sus cuidados, sus cuidadores son conscientes que el nivel participativo de las personas podría ser aún mayor. Las herramientas de empoderamiento deben ser brindadas por la propia enfermería, para que verdaderamente la persona se involucre y sea protagonista de su propio proceso salud-enfermedad y no una simple espectadora de la actividad asistencial. En este sentido, Kraetschmer en el 2004 (citado por Muñoz et al., 2009, p. 32) concluye tras su investigación que “aquellos pacientes que desean aumentar su participación en su proceso de salud buscan activamente una mayor relación de confianza con sus cuidadores”.

La participación de las personas en sus propios cuidados, no solo aumenta la relación de confianza con su cuidador, sino que abre nuevos caminos de la relación terapéutica guiándolo hacia un “cuidado liberador”; como refiere Colliere (1993) “Un poder es liberador cuando, apoyándose en las fuerzas y capacidades presentes, libera otras posibilidades o permite que las capacidades existentes se desarrollen, o simplemente que se utilicen” (p. 315).

Dentro de esta dimensión, se evaluó como elemento generador de la confianza, un ítem que interrogaba si los cuidadores cumplían con lo que

prometían en diferentes ocasiones a las personas que se encontraban hospitalizadas y bajo sus cuidados. Los datos obtenidos que indicaron una alta percepción positiva en ambos casos. También en ambos grupos, existió una similitud en las proporciones que eligieron la opción “algunas veces”, siendo de 17 % para personas cuidadas y de 15,38 % para los cuidadores.

Para concluir, en esta dimensión se tuvo en cuenta si los cuidadores de enfermería eran capaces de aceptar opiniones, quejas y sugerencias acerca de la atención que brindaban. Este elemento intentó medir el grado de confianza, teniendo en cuenta la apertura o permeabilidad del equipo de cuidadores para admitir y reconocer las críticas con el objetivo de optimizar la asistencia. Los datos indicaron que ambos grupos coinciden en que perciben que los cuidadores son capaces de aceptar, opiniones, críticas y sugerencias. Aunque debe tenerse en cuenta que al menos un cuarto de la población de las personas cuidadas (25%) refirió que esto sucede “algunas veces”; opción que es percibida por un cuidador (7,69 %). Este elemento, no solo es considerado como generador de la confianza, perteneciente a la relación interpersonal, sino que legalmente se lo reconoce como derecho en la ley provincial 3076 (inc. q) que refiere que la persona puede manifestar la disconformidad por la atención recibida y es en este sentido la enfermería, quien debe sentar las bases y crear el ambiente propicio para que la persona puede expresarse libremente.

Percepción de cuidador–persona cuidada en relación a la integridad.

En el primer ítem que se evaluó acerca de la integridad (N°17), se intentó conocer con qué frecuencia los cuidadores llaman a la persona por su nombre. La conclusión que dejaron los datos fue que en general, si bien las personas

perciben que “siempre” y “casi siempre” en un 52 % es llamada por su nombre y los cuidadores se identifican por el suyo, existe cerca de la mitad (42%) que refiere que esto sucede “algunas veces” o “nunca”. Al igual que la mayoría de sus respuestas, los cuidadores se inclinaron hacia una percepción positiva, reconociendo tan solo en un 15,38 % que “algunas veces” cumplen con esta acción.

Potter y Perry (2001) mencionan que si el personal de enfermería actuante no se presenta o no reconoce a la persona de la que cuida por su nombre, puede producirse cierta incertidumbre en la interacción entre ambos y “transmitir una falta impersonal de compromiso o cuidado” (p. 466). Debe tenerse en cuenta, según refieren estos autores, que llamar a la persona por el nombre no solo transmite respeto a la dignidad humana sino que lo singulariza como ser. Utilizar el diagnóstico, número de cama y de habitación u otros aspectos, indica implícitamente que los cuidadores de enfermería no se interesan lo suficiente para conocer a la persona en su unicidad.

Por último, este tipo de situaciones no solo concierne a la parte estética de la enfermería, sino que encuentra sus implicancias legales en la ley provincial 3076 donde se reconoce el derecho de “Saber el nombre completo del médico responsable de coordinar su atención y del/los profesionales, técnicos y/o auxiliares responsable/s de los procedimientos o el tratamiento” (Art 2. Inc. e).

En el ítem N° 18 se evaluó acerca de la intimidad y pudor en relación a la exposición corporal en la que se ven afectadas las personas cuidadas e internadas. La intimidad en cuanto a la información, ya fue evaluada cuando se abordó la confidencialidad.

Para los cuidadores, la exposición del cuerpo para la aplicación de técnicas y exploraciones puede ser considerada rutinaria y hasta mecanizada, al punto de ser descuidada. Autores como Arcos y Huertas (2010) afirman que “la intimidad no solo es un derecho de los pacientes sino también una necesidad que atender” (p. 64). Por tanto, no solo es un derecho por el que debe velar el equipo de cuidadores de enfermería, sino una necesidad que atender, conservar y cuidar.

En esta categoría, los datos evidenciaron que existe un acuerdo entre la percepción de los cuidadores y las personas cuidadas al obtener puntuaciones altas en ambos casos. Tan solo el 12 % de las personas consideró que solo “algunas veces” se cuidó su intimidad y pudor.

En este sentido, se puede afirmar que los cuidadores se encargan de preservar la intimidad de la persona, priorizando la integridad del ser cuidado frente a cualquier materialización biológica del cuerpo.

Para la pregunta N°19 del cuestionario, aplicado a ambos grupos, se intentó conocer con qué frecuencia se percibía que los cuidadores indagan acerca de la historia de vida, el trabajo, la vivienda (donde y como vive), el núcleo familiar (con quien vive) y que otras actividades realiza la persona cuidada.

Los datos logrados por las encuestas de las personas cuidadas indicaron en un alto porcentaje que tan solo “algunas veces” (25%) y “nunca” (48%) se abordan estas cuestiones o al menos la perciben de esta manera. En cambio, esta percepción (“algunas veces”) fue indicada por el 15,38 % de los cuidadores.

El cuidado debe basarse principalmente en el conocimiento de la persona que en ese momento se está cuidando. Cuando este lo percibe así, el cuidado

se torna “personalizado, consolador, curador y proporcionador de apoyo” (Potter y Pery, 2001, p.112)

Además de registrar datos clínicos, los cuidadores deben valorar el contexto de la persona en pos de conocerlo mejor y de acuerdo a las referencias obtenidas comenzar a elaborar la mejor estrategia para su cuidado; sabiendo cuales son las herramientas de la persona, las fortalezas, debilidades y cuáles son los factores de riesgo que pueden incidir en el proceso de la salud-enfermedad.

Pero como refieren los autores anteriormente mencionados, el éxito del conocimiento de la persona a la que se cuida radica en la relación que se establece. Es decir, si no hay relación interpersonal o es de carácter superficial, no existe el conocimiento de la persona en su profundidad y por ende, los cuidados se tornan parciales.

Conocer estas perspectivas y utilizarlas, permitirá que los cuidados sean acordes y específicos a la situación de la persona, lejos de ser netamente técnicos.

El ítem N° 20 se evaluó acerca de la posibilidad de que tienen las personas de expresar y compartir con sus cuidadores las creencias o la espiritualidad.

Para este caso, si bien un grupo de personas cuidadas indicó en un 46 % que “casi siempre” puede compartir este tipo de experiencias con el equipo de enfermería, un 37 % indicó que “algunas veces” sucede. El 61,54 % de los cuidadores se reconoció en esta última categoría.

Estas cifras pueden encontrar relación con la pregunta anterior, dado que podría afirmarse que los cuidadores no profundizan en las relaciones en pos de conocer a la persona de la que cuida, en este caso, desde su espiritualidad y

saber cómo experimenta e influye la misma en el proceso de salud-enfermedad. También, podría indicar un menor desenvolvimiento para abordar estas cuestiones o la presunción de que todo tipo de actividad que ayude a la expresión de la espiritualidad sea de carácter privado.

De acuerdo a Potter y Perry (2001), existe en el factor de curación un espíritu intrínseco del individuo. El espíritu, del latín *spiritus* hace referencia al aliento o a la respiración y significa aquello que da vida o anima a una persona. Por ello se encuentra en el centro de cada persona. Estos autores afirman que las creencias y expectativas tienen efectos sobre el bienestar físico de una persona. Por ello, es necesario que los cuidadores trabajen y se interioricen acerca del abordaje espiritual de las personas y para lograrlo, deben establecer una interconexión con ellas.

Watson en 1979 describió la relación entre ambos sujetos en un sentido espiritual. De este modo, reconoció en dicha relación sentimientos que llevan al ser humano a una conexión intrapersonal, interpersonal y transpersonal. Si en esta relación cuidador-persona cuidada los sujetos logran conocerse entre sí, la misma podrá virar hacia una relación de curación.

Por otro lado, además de atender la situación de internación por la que estaban las personas cuidadas en la institución, se les preguntó a las mismas y al equipo de cuidadores enfermería si se encargaban de otras actividades que no estaban directamente relacionadas con el motivo de la hospitalización.

Aunque en este ítem los cuidadores obtuvieron un promedio medio (3,00) que indicó que “casi siempre” abordan otros elementos en la asistencia, un 23,08 % reconoció que “algunas veces” lo hace. Las personas cuidadas indicaron en un porcentaje similar (25 %) que “algunas veces” los cuidadores

se encargaban de otras necesidades como el ejercicio y el deporte, de los alimentos, el sueño, la higiene y la eliminación fecal y vesical; y otras refirieron que “nunca” se hace.

En esta categoría se intentó seguir con la línea de las dos preguntas anteriores, comprendiéndose que el abordaje de las necesidades debe ser integral, y no solo el cuidado o la atención deben estar motivados por las circunstancias que llevaron a la persona a la internación. De esta manera, es posible visualizar al hombre globalmente desde una concepción holística, cuyas necesidades sentidas no solo lo hacen más vulnerable sino que reciente a otras, exigiendo a los cuidadores un tipo de cuidado más íntegro.

Además para que el cuidado adquiriera esta integridad, debe incluir al contexto más próximo del sujeto; es decir, debe comprender la valoración de la familia, porque es a partir de las relaciones con los demás, la forma que tiene la persona de transcurrir la vida.

Según Potter y Perry (2001) la familia es un recurso significativo, debido a que “el éxito de la intervención depende de la voluntad de la familia de compartir información del cliente, su aceptación, comprensión de los tratamientos, de si las intervenciones encajan bien con las prácticas diarias de la familia, y si la familia puede ayudar y ofrecer los tratamientos recomendados” (p.112)

En este sentido, se le preguntó a las personas cuidadas si los cuidadores de enfermería atendían a la familia, le dedicaban un tiempo, le daban respuestas, la escuchaban y si les enseñaban como debían cuidarlo.

Un alto porcentaje comprendido por el 61% de las personas cuidadas refirió que “siempre” y “casi siempre” los cuidadores incluían a su familia en los

cuidados. Estas percepciones son coincidentes con el 69,23% de los cuidadores. Sin embargo, pese a esta alta valoración, debe considerarse que el 26% de las personas cuidadas manifestó que esta situación tan solo se dio algunas veces, similar valor obtenido por los cuidadores en esta categoría (30,77%).

En conclusión, en el ítem 22 del cuestionario, se puede afirmar que existe por parte de los cuidadores de enfermería un discernimiento acerca de la atención que le brinda a la familia, reconociendo que esta podría ser mayor aún. Por otra parte, esta carencia puede ser percibida por las personas cuidadas.

Esta relación con la familia, que según los datos otorgados por los cuidadores podría ir en crecimiento, podría verse influenciada por la falta de tiempo para llevar a cabo una relación con el contexto familiar o de habilidades para hacerlo y la concentración de los cuidados y/o actividades dirigidas específicamente a la persona que se encuentra internada.

Los cuidadores deben procurar trabajar conjuntamente con la familia de la persona cuidada para que esta logre obtener los recursos adecuados y debe también, animarla para que asuma la responsabilidad del cuidado.

Para concluir, se analizó en el último ítem del cuestionario acerca de la información y cuidados para el alta que proporcionan los cuidadores.

Los datos arrojaron que el equipo de cuidadores de enfermería percibe en alta proporción que brinda información sobre los cuidados para el domicilio, signos de alarmas, controles y alimentación adecuada. En contraposición a este resultado, las personas cuidadas han percibido que estas acciones tan solo suceden “algunas veces” o “nunca”. Esta percepción del grupo mayoritario

puede estar relacionada con la actividad facultativa del médico, que es quien otorga el alta hospitalaria; sin embargo, debe considerarse que la persona y su familia pueden estar preocupadas por como continuar los cuidados en el hogar y son los cuidadores de enfermería quienes deben ayudar a anticipar e identificar las necesidades antes del alta y coordinar las acciones necesarias (Potter y Perry, 2001). De acuerdo a estos autores, “la planificación del alta empieza en el momento en que el usuario es ingresado en una instalación sanitaria”. (p.41).

Otra de las razones que puede encontrar la falta de planificación de cuidados para el alta es la escasa valoración al ingreso, con el déficit de un proceso sistemático de enfermería conducido por un modelo médico, basado en la prescripción facultativa y en actividades de enfermería bajo la relación de suplencia-ayuda.

CAPÍTULO V

CONCLUSIÓN

El presente estudio permitió conocer a partir de una estrategia cuantitativa, descriptiva y transversal por medio de encuestas en su modalidad entrevista y autoadministrada las percepciones acerca de la relación interpersonal entre los cuidadores y las personas cuidadas del servicio de internación durante los meses de mayo y junio de 2015; destacándose que los elementos de la relación interpersonal como el consentimiento informado y la confidencialidad, como así también los valores de respeto, disponibilidad y confianza, se encuentran presentes de acuerdo a la percepción de las personas cuidadas y que son compartidas con los cuidadores. No obstante, la compasión y especialmente el valor de la integridad fueron los que presentaron mayor disimilitud.

Los cuidadores valoraron positivamente todos los elementos, aunque reconocieron que tan solo algunas veces permiten que las personas participen de sus cuidados (46,15%), atienden a la familia (30,77%) y favorecen la expresión de la espiritualidad (61,54%).

Los resultados del estudio, pretenden incorporar una nueva mirada de la actividad enfermera para la consecución de grandes objetivos en materia de cuidado.

Se deja en evidencia que las limitaciones encontradas en la presente investigación fueron:

El alcance específico al servicio de internación.

Falta de antecedentes previos en la institución, para la comparación de los resultados para con este u otro servicio.

El vacío de la presente investigación que puede ser incorporado en futuras investigaciones es integrar la voz de los actores a partir de una estrategia cualitativa.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a Mayer (1987, citado por Potter y Perry, p.109) es frecuente que los cuidadores de enfermería y las personas cuidadas difieran con frecuencia en las percepciones acerca del cuidado. Por esta razón y los resultados del presente estudio, se debe priorizar actividades de educación continua programadas para los cuidadores de enfermería acerca de una relación interpersonal que le permita comprender que es importante para la persona que se encuentra bajo su cuidado y para ello, se han establecido las siguientes recomendaciones:

- Continuar con la entrega de la información acorde a las características socioculturales de la población que demanda cuidados, puesto que gran parte de ella ha manifestado haber recibido la misma de manera clara y sencilla.
- Reforzar la información en la relación interpersonal acerca de los procedimientos a realizar, con la consecuente escucha activa para la aclaración de las dudas que demande la persona cuidada acorde a los tiempos que el mismo requiera.
- Trabajar con los cuidadores de enfermería técnicas comunicativas y actitudinales para desarrollar la confianza hacia estos por parte de las personas cuidadas, a modo de elevar aún más el nivel de percepción que se tiene acerca de ella.
- Trabajar acerca de técnicas comunicativas y asertivas para que los cuidadores sean más permeables a las ideas, opiniones y costumbres de las personas de las que cuida para favorecer y profundizar la relación interpersonal.

- Reforzar el trabajo interdisciplinario para que los cuidadores de enfermería del servicio de internación realicen las interconsultas pertinentes para cuando perciban que no pueden dar solución a lo solicitado por la persona cuidada.
- Diseñar programas de entrenamientos para que el equipo de cuidadores de enfermería mejore y adquiera herramientas y técnicas que favorezcan la expresión de los sentimientos y emociones de las personas cuidadas; como así también, la utilización de mensajes positivos y uso del tacto como bases del cuidado interpersonal.
- Diseñar en conjunto con el equipo de cuidadores de enfermería, estrategias para incorporar a la persona del servicio de internación a sus cuidados.
- Incluir dentro del servicio, visitas de un supervisor a las habitaciones de las personas cuidadas o incorporar un buzón de opiniones, quejas y sugerencias, para favorecer la expresión de las personas y aumentar la permeabilidad del personal para recibir estas inquietudes.
- Diseñar estrategias para identificación de la persona; por ejemplo, colocando su nombre al pie de la cama, a modo de aumentar la percepción del trato personalizado a partir del reconocimiento de los cuidadores de enfermería.
- Implementar instrumentos de valoración para recabar datos de la persona, como la historia de vida, actividades que realiza, acerca del trabajo, grupo familiar y donde y como vive para desarrollar cuidados en tiempo y forma, que permitan reconocer fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas.

- Reconocer la importancia de la espiritualidad en el cuidado y las herramientas que se encuentran a disposición, para lograr un abordaje holístico que permita a las personas que se hallan bajo cuidado la posibilidad máxima de su expresión, logrando el mayor bienestar posible durante el proceso de internación.
- Implementar instrumentos de valoración que no solo determine la necesidad o situación que llevó a la persona a la internación sino que comprometa a los demás aspectos de la concepción holística para un abordaje integral de ella.
- Implementar instrumentos de valoración familiar lo suficientemente sensibles para que el personal de enfermería determine el significado del cuidado familiar y lo utilice como estrategia para el cuidado de la persona.
- Introducir el concepto de alta de enfermería, como parte de un proceso de cuidados que prevea los problemas y necesidades posteriores al alta hospitalaria para dar continuidad a los mismos, optimizar los recursos personales del sujeto y del sistema sanitario.
- Realizar estudios similares al presente con enfoques cualitativos para lograr profundización del tema en cuestión.

CAPÍTULO VI

BIBLIOGRAFÍA

- Arcos, F., & Huertas, M. S. (2010). La exposición corporal y el cuidado de enfermería. Obtenido de *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*, (28), 63-70: <http://www.index-f.com/cultura/28pdf/28-063.pdf>
- Bulacio, B., & Oliva, E. G. (2011). *Percepción de la calidad de la prestación de enfermería que tienen los pacientes*. Obtenido de Universidad Nacional de Córdoba: www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/bulacio_oliva.pdf
- Cabrera, A. N., & Freytas, G. O. (2007). *Calidad de atención de enfermería al paciente*. Obtenido de Universidad Nacional de Córdoba: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/cabrera_alejandra_noemi.pdf
- Canales, F., Alvarado, E. L., & Pineda, E. B. (2001). Plan de tabulación y análisis. En *Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud* (págs. 189-193). OPS/OMS.
- Canales, F., Alvarado, E. L., & Pineda, E. B. (2001). Tipos de estudio. En *Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud* (págs. 134-145). OPS/OMS.
- Collière, M. F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA.
- Collière, Marie Françoise (1930-2005). (2005, vol 21, n.1). *Rev Cubana de enfermer*. Recuperado el 25 de febrero de 2015, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100013&lng=es&nrm=iso.ISSN 1561-2961
- Colque, N. A., Díaz, S. Y., & López, S. M. (2011). *Percepción de la calidad de la prestación de enfermería que tienen los pacientes*. Obtenido de Universidad Nacional de Córdoba: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/colque_norma.pdf.
- Consejo Internacional de enfermeras. (2012). Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Ginebra, Suiza.
- Díaz, R. (2002). *Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios*. Obtenido de *Revista de Calidad Asistencial* (revista en

Internet):

<http://www.calidadasistencial.com/images/gestion/biblioteca/57.pdf>

Galeano, H., Furlán, C., Auchter, M., Balbuena, M., Zacarías, G., & Zacarías, L. (2006). *Nivel de satisfacción con la atención de enfermería en un hospital pediátrico*. Obtenido de Comunicaciones científicas y Tecnológicas. Universidad Nacional del Nordeste: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt2006/03-Medicas/2006-M-134.pdf>

García, L. A., & Carlos, R. J. (2005). *Factores personales en la relación terapéutica*. Obtenido de Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [online] (96): 29-36: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s0211-57352005000400003&script=sci_arttext

González Ortega, Y. (2007). *La enfermera experta y las relaciones interpersonales*. Obtenido de Aquichán, 7(2), 130-138: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000200003

Henderson, V. A. (1994). *La naturaleza de la enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación: reflexiones 25 años después*. Madrid, España: Interamericana-McGraw Hill.

Henríquez Fierro, E., & Zepeda Gonzalez, M. I. (2003). Preparación de un proyecto de investigación. *Ciencia y enfermería*, IX(2), 23-28.

Juárez-Rodríguez, & García-Campos. (2009). *La importancia del cuidado de enfermería*. Obtenido de Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc.(revista en Internet): <http://bit.ly/1f0I3UY>

Lescaille Taquechel, M. (2007). *El secreto profesional y su relación con enfermería*. Obtenido de Revista Cubana de Enfermería, 23(2), 0-0.: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192007000200005&script=sci_arttext

Lucena, V. G., & Ospina Spahn, R. B. (2012). *Percepciones de la enfermera y de la usuaria sobre la atención brindada en una institución pública*. Obtenido de Universidad Nacional de Córdoba: www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/lucena_vilma.pdf

Ministerio de salud de Río Negro. (2014). *El Derecho a la Salud en Río Negro.Fortaleciendo el Sistema de Salud Rionegrino.Etapa 2014-2015*. Obtenido de sitio web de Ministerio de salud de Río Negro: http://www.salud.rionegro.gov.ar/salud/wp-content/uploads/documentos/plan_provincial_salud/Plan_Salud_2014-2015.pdf

- Muñoz Devesa, A., Morales Moreno, I., Bermejo Higuera, J. C., & Galan Gonzalez, J. M. (2014). *La Relación de ayuda en Enfermería*. Obtenido de Index Enferm [online],23,(4).229-233: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962014000300008&script=sci_arttext
- Muñoz Devesa, A., Morales Moreno, I., Bermejo Higuera, J. C., & Galan Gonzalez, J. M. (2014). *La Relación de ayuda en Enfermería*. Obtenido de Index Enferm [online],23,(4): http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962014000300008&script=sci_arttext
- Muñoz, F. J., Rodríguez, M. d., Daniel, M. J., & López, M. d. (2009). *Nuevas formas de aproximación al concepto de confianza en la relación enfermera-paciente*. Obtenido de Tempus Vitalis [online], 9 (1):30-35: http://tempusvitalis.es/TV_files/2009vol9num1/4confianza91.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1966). Comité de expertos de la O.M.S. en enfermería. Quinto informe. Serie de informes técnicos n° 347. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente*. Obtenido de <http://www1.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-16-s.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Washington, D.C.: OPS.
- Orrego Sierra, S., & Ortiz Zapata, A. C. (2001). Calidad del cuidado de enfermería. *Investigación y educación en enfermería*, 19(2), 78-83.
- Periñán, V. M., & Díaz, I. M. (2003). La calidad asistencial: concepto y medida. *Dirección y organización: Revista de dirección, organización y administración de empresas*(29), 50-58.
- Polít, D. F., & Hungler, B. P. (1997). Análisis cuantitativo: Estadística descriptiva. En *Investigación científica en las ciencias de salud* (Quinta ed., págs. 375-403). México: Mc-Graw Hill Interamericana.
- Potter, P., & Perry, A. (2001). *Fundamentos de enfermería (Quinta edición)*. Madrid: Elsevier España.
- Real Academia Española. (2012). *Diccionario de la lengua española. Versión electrónica*, 22° edición. Obtenido de <http://www.rae.es>
- Rivera Álvarez, L. N., & Triana, Á. (2007). *Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country*. Av.

Enferm, 25 (1), 55-68. Obtenido de http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf

Rodríguez-Jiménez, S., Cárdenas-Jiménez, M., Pacheco-Arce, A. L., & Ramírez-Pérez, M. (2014). *Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería*. Obtenido de *Enfermería Universitaria* 11(4): <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/viewFile/50748/45569>

Romero Ameri, L. C. (2008). *Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*. Obtenido de Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. Programa Cybertesis: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/482>

Sánchez, S. G., Pérez, M. P., & Vargas, G. P. (s.f.). *La calidad de la atención interpersonal de enfermería*. Obtenido de http://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti_17.pdf

Sifuentes Contreras, A., Parra, F. M., Marquina Volcanes, M., & Oviedo Soto, S. (2010). Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de neonatos en la unidad terapia intensiva neonatal. *Enfermería Global*, IX(2).

Suñol, R., & Àlvar, N. (s.f.). La calidad de la atención. *Ponencia y jornada de la fundacion Avedis Donabedian*.

Tomey, M. A. (1994). *Modelos y teorías de enfermería* (Tercera ed.). Madrid: Mosby/ Doyma Libros.

Tomey, M. A., & Alligood, R. M. (2007). *Modelos y teorías de enfermería* (Sexta ed.). Barcelona: Elsevier España, S.L.

Triviño, Z., & Sanhueza, O. (2005). Paradigmas de investigación en enfermería. *Ciencia y enfermería*, XI(1), 17-24.

Universidad de Cádiz. (s.f.). Desarrollo histórico de la calidad. *Conceptos generales de calidad*. Cádiz, España. Obtenido de sitio web de Universidad de Cádiz: http://ocw.uca.es/pluginfile.php/1039/mod_resource/content/1/TEMA_1.pdf

Varo, J. (1994). Dimensiones de la calidad de la atención médica. En *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria* (pág. 61). Ediciones Díaz de Santos.

Leyes citadas

Ley N° 24004. Ley de ejercicio de la Enfermería. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Buenos Aires, 26 de septiembre de 1991.

Ley N° 26529. Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Buenos Aires, 21 de octubre de 2009.

Ley N° 2999. Ley de ejercicio de la Enfermería. Legislatura de la provincia de Río Negro. Viedma, 27 de julio de 1996.

Ley N° 3076. Ley de Derechos del Paciente. Legislatura de la provincia de Río Negro. Viedma, 20 de marzo de 1997.

ANEXOS

Anexo I

Instrumento de recolección de datos

Encuesta a las personas cuidadas

N°....

Estimado/a señor/a:

La presente encuesta tiene como finalidad recolectar información sobre lo que Ud. percibe en la relación personal que establece con el enfermero durante su internación en el Hospital Dr. Aníbal Serra. Se mantendrá la **confidencialidad** de los datos e información que Ud. proporcione.

Agradecemos su colaboración con este estudio.

I Parte

Datos identificatorios

EDAD

- 18-24
- 25-31
- 32-38
- 39-45
- 46-52
- 53-59
- 60 ó más

SEXO

- Masculino
- Femenino

ESTADO CIVIL

- Soltero/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a
- Unión libre

ESTADÍA HOSPITALARIA

- 2-4 días
- 5-7 días
- 8-10 días
- 11 ó más días

ESCOLARIDAD

- Sin escolaridad
- Primaria Completa Incompleta
- Secundaria Completa Incompleta
- Terciaria Completa Incompleta
- Universitaria Completa Incompleta

II Parte

N°	PREGUNTA	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
		4	3	2	1
01	Antes de realizar una actividad, el enfermero le explica lo que va a hacer y le pide su autorización.				
02	El enfermero lo escucha atentamente y se toma el tiempo necesario para responder sus dudas.				
03	El enfermero utiliza palabras claras y sencillas.				
04	El enfermero guarda en secreto la información que usted le confía.				
05	El enfermero se acerca con gestos amables y es cortés en el trato.				
06	El enfermero acepta sus ideas, opiniones y costumbres sin juzgarlas.				
07	El enfermero acude rápidamente cuando lo llama.				
08	El enfermero resuelve rápidamente el problema o consigue lo que necesita.				
09	Puede compartir fácilmente sus emociones y sentimientos más profundos con el enfermero usted (tristeza, alegría, miedo, angustia, rabia, celos, penas)				
10	El enfermero realiza gestos de afecto; por ejemplo, le toma la mano, le da un abrazo o le realiza una caricia o una palmada.				
11	El enfermero sabe por lo que usted está pasando y se pone en su lugar.				
12	El enfermero le comunica con frecuencia frases de fe y esperanza.				
13	El cuidado del enfermero le genera tranquilidad y seguridad.				
14	Siente que participa en las decisiones y cuidados de enfermería.				
15	El enfermero cumple con lo que le promete.				
16	El enfermero acepta su opinión, queja y/ o sugerencia acerca de la atención que le brinda.				
17	El enfermero lo llama por su nombre y se identifica cuando lo atiende.				
18	El enfermero cuida su intimidad y pudor Ej. Durante la atención, retira a las personas que son ajenas, cierra la puerta, mantiene las cortinas cerradas, se preocupa por no dejarlo desnudo.				
19	El enfermero averigua sobre su historia de vida, su trabajo y le pregunta cómo, dónde y con quien vive y que otras actividades hace.				
20	Puede expresar y compartir sus creencias religiosas o espirituales con el enfermero.				
21	Además de atender la situación por la que está internado, el enfermero se ocupa de hablarle del ejercicio y el deporte, de los alimentos, hábitos del sueño (cantidad de horas que duerme/descanso, problemas para conciliar el sueño), la higiene (por ejemplo de la boca y del cuerpo), eliminación de la orina y materia fecal.				
22	El enfermero se encarga de atender a su familia, le dedica un tiempo, la escucha, le da respuestas y le enseña cómo deben cuidarlo.				
23	El enfermero le brinda información para el alta hospitalaria (cuidados en el domicilio, signos de alarma, controles, alimentación adecuada).				

Instrumento de recolección de datos

Cuestionario autoadministrado a cuidadores de enfermería

N°....

Estimado personal de enfermería:

La enfermería es una profesión cuyo propósito es el cuidado de la persona, la familia y la comunidad; para ello, establece relaciones con las personas que están bajo su cuidado. Por este motivo, lo invito a completar el siguiente formulario con el objetivo de conocer y describir la percepción de la relación interpersonal que establece enfermería del servicio de internación del Hospital Dr. Aníbal Serra con las personas internadas.

Con este propósito, se ha elaborado el siguiente cuestionario cuyas respuestas son de carácter **anónimas**.

Muchas gracias por su colaboración.

Instrucciones

A continuación encontrará una serie de ítems. Marque con una X solo UNA OPCIÓN en el casillero correspondiente. En la segunda parte, considere señalar lo que percibe en la relación establecida con la persona internada de acuerdo al nivel de frecuencia: Siempre (4), Casi siempre (3), Algunas veces (2), Nunca (1).

I Parte

EDAD (Años)

- 21-30
- 31-40
- 41-50
- 51 -60
- 61 ó más

SEXO

- Masculino
- Femenino

NIVEL DE EJERCICIO DE ENFERMERÍA

(De acuerdo a la ley que actualmente lo agrupa)

- Aux. en enfermería
- Enfermero
- Lic. en enfermería

ANTIGÜEDAD LABORAL (Años)

- 0-4
- 5-9
- 10-14
- 15-19
- 20 ó más

II Parte

N°	PREGUNTA	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
		4	3	2	1
01	Antes de realizar una actividad, le explica a la persona lo que va a hacer y le pide su autorización.				
02	Escucha atentamente a las personas internadas y se toma el tiempo necesario para responder las dudas.				
03	Utiliza palabras claras y sencillas.				
04	Guarda en secreto la información que se le confió durante la atención.				
05	Se acerca hacia las personas internadas con gestos amables y es cortés en el trato.				
06	Acepta de las personas hospitalizadas las ideas, opiniones y costumbres sin juzgarlas.				
07	Acude rápidamente cuando se lo llama.				
08	Resuelve rápidamente el problema que le plantea la persona internada y/o consigue lo que necesita.				
09	La persona de la que cuida comparte fácilmente sus emociones y sentimientos más profundos con usted (tristeza, alegría, miedo, angustia, rabia, celos, penas)				
10	Tiene gestos de afecto con las personas hospitalizadas; por ejemplo, le toma la mano, le da un abrazo, le realiza una caricia o una palmada.				
11	Comprende por lo que está pasando la persona internada y es capaz de ponerse en su lugar.				
12	Comunica con frecuencia frases de fe y esperanza.				
13	Los cuidados que administra generan tranquilidad y seguridad en la persona hospitalizada.				
14	Hace participar a las personas internadas en las decisiones y cuidados de enfermería.				
15	Cumple lo que le promete a la persona de la que cuida.				
16	Acepta cualquier opinión, queja y/o sugerencia acerca de la atención que brinda.				
17	Llama a las personas internadas por su nombre y se identifica cuando las atiende.				
18	Cuida la intimidad y pudor de las personas. Ej. Durante la atención, retira a quienes son ajenos, cierra la puerta, mantiene las cortinas cerradas, se preocupa que las personas no queden al descubierto (desnudas).				
19	Indaga a las personas internadas sobre su historia de vida, su trabajo y le pregunta cómo, dónde y con quien vive y que otras actividades realiza.				
20	Las personas hospitalizadas expresan y comparten con usted las creencias religiosas y/o espirituales.				
21	Además de atender la situación que llevó a la persona a su internación, se ocupa de hablarle del ejercicio y el deporte, de los alimentos, hábitos del sueño (cantidad de horas que duerme/descanso, problemas para conciliar el sueño), la higiene (por ejemplo de la boca y del cuerpo), eliminación de la orina y de la materia fecal.				
22	Atiende a la familia del sujeto al que cuida, le dedica un tiempo, la escucha, le da respuestas y le enseña acerca de los cuidados.				
23	Brinda información para el alta hospitalaria (cuidados en el domicilio, signos de alarma, controles, alimentación adecuada).				

Anexo III

Presentación de proyecto a la dirección del hospital

San Antonio Oeste, 17 de marzo de 2015

Sra. Directora de Hospital Dr. Aníbal Serra

Dra. Paula laquinta

PRESENTE

Estimada Dra. Paula laquinta:

Por medio de la presente, me dirijo a Usted a fin de dar a conocer que como alumno perteneciente a la Universidad Nacional del Comahue, me encuentro realizando la tesis para optar el título de grado de la Licenciatura en Enfermería.

Por tal motivo, solicito autorización para llevar a cabo la investigación titulada: "Percepción de la relación cuidador-persona cuidada en el Hospital Aníbal Serra de San Antonio Oeste".

Para ello, será necesario realizar entrevistas a las personas internadas y al personal de enfermería con previo consentimiento, en día y horarios pactados a fin de evitar inconvenientes en el normal desenvolvimiento de las tareas asistenciales.

Para mayor comprensión del proyecto que se desea ejecutar, se adjunta copia del mismo.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, saluda a Usted

Atte.

Enf. Villalón Lucas A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: “Percepción de la relación cuidador-persona cuidada en el Hospital Aníbal Serra de San Antonio Oeste”

El presente estudio tiene como finalidad describir las **percepciones de la persona cuidada** internada acerca de la relación establecida con el personal de enfermería (cuidadores) de esta institución pública y es llevada a cabo por Villalón Lucas A., estudiante de la Licenciatura en enfermería de la Universidad Nacional del Comahue del Centro Universitario Regional Zona Atlántica.

- **Responderá un cuestionario acerca de la relación interpersonal con el/la enfermero/a durante su hospitalización.**
- **El procedimiento del estudio implica que no haya daños previsibles para Ud. o su familia.**
- **La participación es voluntaria.**
- **No recibirá ningún beneficio directo por el hecho de participar en el estudio ya que los resultados tendrán un interés científico.**
- **La participación del estudio es confidencial.**
- **La información podrá ser divulgada en publicaciones y reuniones científicas, conservando el anonimato de la persona.**

He leído y se me ha explicado toda la información descrita en este formulario antes de firmarlo. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

San Antonio Oeste,.....de.....de 2015.

Firma.....

Aclaración.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: “Percepción de la relación cuidador-persona cuidada en el Hospital Aníbal Serra de San Antonio Oeste”

El presente estudio tiene como finalidad describir las **percepciones de los cuidadores** (personal de enfermería) acerca de la relación personal establecida con persona cuidada internada en esta institución pública y es llevada a cabo por Villalón Lucas A., estudiante de la Licenciatura en enfermería de la Universidad del Comahue, del Centro Universitario Regional Zona Atlántica.

- **Responderá un cuestionario acerca de la relación interpersonal con la persona durante su hospitalización.**
- **El procedimiento del estudio implica que no haya daños previsibles para usted.**
- **La participación es voluntaria.**
- **No recibirá ningún beneficio directo por el hecho de participar en el estudio, ya que los resultados tendrán un interés científico.**
- **La participación del estudio es confidencial.**
- **La información podrá ser divulgada en publicaciones y reuniones científicas, conservando el anonimato de la persona.**

He leído y se me ha explicado toda la información descrita en este formulario antes de firmarlo. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

San Antonio Oeste,.....de.....de 2015.

Firma.....

Aclaración.....

Anexo V

Matriz personas cuidadas

DATOS IDENTIFICATORIOS						PREGUNTAS																							
N°	SEXO	EDAD	ESTADÍA HOSPITALARIA	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1	M	60 ó más	11 ó más días	Casado	SE	3	3	3	2	4	4	4	4	3	4	4	1	4	4	4	4	4	4	1	4	3	3	3	
2	M	60 ó más	11 ó más días	Soltero	SE	4	3	2	4	4	2	2	3	4	2	4	4	4	3	3	3	4	4	1	3	3	3	4	
3	F	60 ó más	5-7 días	Casado	SC	2	2	4	2	3	2	3	3	3	1	1	1	2	3	2	1	1	3	1	1	2	2	1	
4	M	60 ó más	2-4 días	Casado	SC	3	3	3	1	3	3	2	4	3	2	3	2	2	4	4	3	2	4	2	2	3	4	2	
5	M	60 ó más	2-4 días	Divorciado	PI	4	4	3	4	4	2	2	4	3	3	3	4	3	3	4	3	2	2	1	2	1	1	2	
6	F	60 ó más	2-4 días	Viudo	PC	3	4	3	4	3	2	2	3	3	4	3	3	4	4	4	3	1	4	3	4	3	3	4	
7	M	18-24	5-7 días	Soltero	SC	3	2	3	2	3	3	2	3	1	1	3	2	3	2	3	3	3	2	2	2	1	2	1	
8	M	60 ó más	2-4 días	Casado	PC	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	3	4	3	4	4	4	3	3	2	2	4	2	
9	M	60 ó más	2-4 días	Casado	PC	3	3	4	4	4	2	3	2	3	2	4	2	3	4	2	2	3	3	3	2	2	2	3	
10	M	18-24	2-4 días	Unión libre	SI	4	3	3	3	2	4	3	4	1	2	4	3	4	2	4	3	3	4	2	1	3	2	1	
11	F	60 ó más	2-4 días	Divorciado	SI	4	2	4	4	4	3	3	3	2	1	3	1	4	3	4	4	3	3	3	3	3	1	1	
12	F	53-59	5-7 días	Divorciado	SC	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	4	3	2	3	2	2	2	2	2	
13	F	60 ó más	2-4 días	Casado	PC	2	2	4	4	4	3	2	4	3	3	2	3	4	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	
14	F	60 ó más	2-4 días	Casado	PI	2	2	2	3	2	3	2	2	1	1	2	2	4	2	3	3	2	3	1	1	1	3	1	
15	M	60 ó más	2-4 días	Casado	SC	2	3	3	3	3	3	2	3	2	1	2	2	4	3	3	3	3	3	1	2	2	3	2	
16	F	32-38	2-4 días	Unión libre	TC	3	4	4	3	3	2	2	4	1	1	2	2	2	2	3	2	1	3	1	3	1	3	1	
17	F	32-38	2-4 días	Casado	SI	4	4	4	4	2	3	4	4	4	3	3	3	4	2	2	2	2	4	1	2	2	2	1	
18	F	60 ó más	2-4 días	Divorciado	PI	4	4	4	2	4	3	4	4	1	2	4	3	4	4	3	2	4	4	1	2	1	3	1	
19	M	60 ó más	2-4 días	Casado	SC	4	3	3	3	4	4	3	3	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	
20	F	60 ó más	2-4 días	Divorciado	PI	4	4	4	4	4	3	4	4	1	2	4	3	4	4	3	2	4	4	1	2	1	3	1	
21	M	46-52	2-4 días	Casado	SC	4	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	2	2	1	
22	M	39-45	5-7 días	Divorciado	TC	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	2	4	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	
23	F	53-59	2-4 días	Viudo	SC	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	4	3	2	3	1	3	1	3	3	1	2	
24	F	25-31	2-4 días	Soltero	SC	4	4	4	4	4	4	4	4	1	2	4	4	4	4	4	4	4	2	4	1	4	1	3	1
25	M	60 ó más	2-4 días	Viudo	SC	2	2	2	2	4	2	4	4	2	2	2	3	4	3	2	1	2	4	1	2	4	3	1	
26	M	46-52	2-4 días	Casado	TC	4	4	4	2	4	2	4	4	3	2	3	4	4	3	4	3	2	3	1	2	3	3	3	
27	M	60 ó más	2-4 días	Casado	PI	2	2	3	3	4	3	4	3	3	3	2	3	4	3	4	3	4	4	1	2	1	3	1	
28	F	32-38	2-4 días	Unión libre	TC	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	1	2	2	2	4	
29	F	39-45	2-4 días	Divorciado	SC	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	1	2	2	2	4	
30	M	60 ó más	2-4 días	Viudo	PI	2	3	3	3	4	4	3	4	1	4	3	3	4	3	3	4	3	3	1	1	4	3	3	
31	F	60 ó más	2-4 días	Viudo	PI	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	3	3	3	
32	F	60 ó más	2-4 días	Viudo	PC	3	2	4	2	3	4	1	4	1	1	4	3	2	2	2	2	1	3	1	1	1	4	1	
33	M	32-38	2-4 días	Casado	UC	2	2	3	1	3	2	3	3	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	3	1	1	2	
34	M	46-52	2-4 días	Unión libre	PC	2	1	2	1	4	2	2	3	4	1	2	2	4	2	4	4	4	4	1	2	1	3	3	
35	M	18-24	2-4 días	Soltero	SC	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3	4	3	2	3	3	3	3	
36	F	60 ó más	2-4 días	Viudo	PI	4	4	4	3	4	3	2	4	2	4	4	4	4	3	3	3	4	4	1	3	4	4	1	
37	M	60 ó más	2-4 días	Casado	PI	3	4	2	4	4	3	4	4	2	2	3	3	4	3	4	3	2	4	3	3	1	3	1	
38	M	39-45	2-4 días	Soltero	PC	4	2	4	1	4	3	3	3	3	2	4	2	4	3	4	2	3	2	2	3	2	3	1	
39	F	18-24	2-4 días	Soltero	SI	4	4	4	4	3	3	3	3	1	2	2	3	2	3	3	3	2	4	1	3	1	2	4	
40	F	60 ó más	2-4 días	Viudo	PC	4	4	4	4	4	3	3	4	2	4	3	4	4	3	4	3	2	4	1	2	4	4	4	
41	M	46-52	2-4 días	Casado	SI	4	4	4	4	2	2	2	4	2	3	4	3	3	3	4	3	4	3	3	2	2	3	1	
42	F	60 ó más	2-4 días	Casado	SC	2	3	3	3	4	3	4	4	3	4	3	2	4	3	2	3	2	4	1	2	2	4	2	
43	M	46-52	2-4 días	Casado	PC	4	4	4	2	4	3	3	3	2	3	4	3	4	3	4	3	2	4	1	2	2	3	2	
44	F	60 ó más	5-7 días	Viudo	PI	4	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	4	3	4	3	3	3	3	4	4	
45	M	46-52	2-4 días	Casado	SC	4	4	4	3	4	3	4	4	3	3	4	3	4	4	4	2	2	4	1	4	3	3	2	

46	F	53-59	2-4 días	Casado	TC	1	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	1	2	1	4	1	4	4	1	2	2	1	1	
47	M	60 ó más	5-7 días	Casado	PI	3	3	4	2	4	3	4	4	3	3	4	3	3	2	4	3	3	4	2	3	3	2	2	
48	M	60 ó más	5-7 días	Divorciado	PI	3	4	4	3	4	3	4	4	3	1	4	1	3	3	2	2	2	1	1	3	1	1	1	
49	F	60 ó más	2-4 días	Viudo	PI	4	4	3	2	4	3	4	3	3	2	2	4	4	4	2	3	3	3	3	3	2	4	2	
50	F	25-31	2-4 días	Unión libre	PC	4	4	4	4	4	3	4	4	4	1	4	4	4	3	4	4	4	4	4	2	4	4	4	
51	F	25-31	2-4 días	Unión libre	UI	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	3	4	3	4	4	4	1	2	1	4	1
52	M	18-24	2-4 días	Soltero	SI	4	4	4	2	4	3	4	4	4	1	4	4	4	3	4	3	2	3	1	2	3	3	2	
53	F	25-31	5-7 días	Unión libre	SI	2	4	2	4	4	2	2	3	2	2	2	2	4	4	3	4	3	3	2	3	4	2	4	
54	F	60 ó más	2-4 días	Divorciado	PC	4	4	4	3	4	2	4	4	4	3	3	4	3	3	4	3	4	4	1	4	1	4	1	
55	M	46-52	2-4 días	Casado	UI	4	4	4	3	4	3	4	4	3	2	4	4	3	2	4	3	2	4	2	4	4	3	2	
56	F	60 ó más	2-4 días	Soltero	SE	4	4	4	4	3	4	4	4	3	2	3	3	2	2	4	4	4	4	1	2	1	3	4	
57	M	39-45	2-4 días	Casado	SI	3	3	4	4	2	4	4	3	2	1	3	3	4	3	4	3	3	4	2	3	1	3	1	
58	M	60 ó más	2-4 días	Casado	PI	4	3	2	4	4	4	4	4	3	2	3	3	4	3	3	4	2	3	1	3	2	3	2	
59	M	46-52	2-4 días	Soltero	PI	4	3	3	3	4	3	4	4	1	4	4	4	3	3	4	3	4	3	2	3	1	3	3	
60	M	60 ó más	2-4 días	Casado	SC	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	2	3	4	4	4	
61	M	60 ó más	2-4 días	Casado	PC	2	2	3	3	4	3	4	3	3	3	2	4	2	2	4	3	3	4	2	3	3	3	1	
62	M	53-59	2-4 días	Soltero	PI	4	4	4	2	3	3	3	3	3	1	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	1	4	1	
63	M	60 ó más	2-4 días	Soltero	PC	4	4	4	4	4	3	4	4	3	2	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	4	
64	F	60 ó más	2-4 días	Casado	PI	2	2	4	2	4	2	2	2	4	2	3	4	2	2	2	3	4	4	1	3	1	2	2	
65	F	60 ó más	2-4 días	Casado	PI	4	3	3	3	3	3	3	3	2	1	2	3	4	4	4	3	3	3	1	3	1	1	1	
66	M	60 ó más	2-4 días	Casado	PI	4	4	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	2	2	4	3	2	4	2	3	3	3	2	
67	F	32-38	2-4 días	Soltero	SI	2	4	4	2	4	2	2	4	2	2	2	4	4	3	4	2	3	2	1	3	4	2	2	
68	M	60 ó más	2-4 días	Unión libre	PC	4	3	4	3	4	3	4	3	3	1	3	4	3	3	4	3	2	4	4	2	3	1	1	
69	F	25-31	2-4 días	Unión libre	SI	1	2	4	3	2	2	4	4	1	1	3	4	2	2	4	2	2	4	2	3	2	2	1	
70	M	53-59	5-7 días	Divorciado	UC	2	3	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	1	3	2	1	1	
71	M	60 ó más	5-7 días	Casado	SE	4	4	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	4	4	3	2	3	1	2	3	3	3	
72	F	46-52	2-4 días	Viudo	SI	2	2	4	2	2	2	2	2	2	1	4	3	3	3	2	4	4	3	3	1	3	1	1	
73	M	60 ó más	2-4 días	Divorciado	PI	2	3	4	3	3	3	4	4	1	3	2	2	2	4	4	3	4	2	2	3	1	2	1	
74	M	60 ó más	2-4 días	Casado	SI	4	3	4	3	3	4	4	4	2	2	4	3	2	3	3	2	3	4	2	3	3	3	1	
75	M	60 ó más	2-4 días	Casado	PI	4	4	4	2	4	3	2	4	4	2	3	3	2	3	4	3	2	3	2	3	3	2	2	
76	F	39-45	5-7 días	Casado	SI	3	3	4	4	4	3	2	4	1	1	2	4	2	4	2	3	1	4	1	2	1	1	1	
77	F	53-59	2-4 días	Casado	PC	4	4	4	3	4	3	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	3	4	2	2	1	2	4	
78	F	18-24	2-4 días	Casado	SI	4	4	4	3	4	2	4	4	3	4	3	3	3	3	4	3	2	4	2	3	1	3	3	
79	F	46-52	2-4 días	Soltero	PI	4	3	4	2	3	3	4	3	3	2	3	3	2	2	4	3	1	4	1	3	3	3	1	
80	F	60 ó más	2-4 días	Casado	SC	4	4	4	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	
81	F	60 ó más	2-4 días	Viudo	TC	2	2	4	2	2	3	1	4	1	2	3	3	2	3	3	3	3	4	3	2	4	2	1	
82	M	60 ó más	5-7 días	Casado	PI	3	3	4	3	4	2	4	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	4	1	3	2	4	2	
83	M	53-59	5-7 días	Soltero	PI	4	4	4	3	4	3	4	4	3	3	4	4	3	2	4	2	1	4	4	3	4	4	4	
84	F	46-52	5-7 días	Casado	PC	2	2	4	2	4	2	4	4	2	4	4	4	3	3	4	2	3	3	1	2	1	4	3	
85	M	60 ó más	2-4 días	Casado	PC	4	1	4	3	4	3	2	4	1	2	3	3	3	3	4	3	2	3	1	3	3	3	1	
86	M	60 ó más	2-4 días	Casado	PI	2	4	4	3	4	2	4	4	4	4	3	4	3	2	4	2	4	4	3	2	3	4	3	
87	M	60 ó más	2-4 días	Casado	PI	4	3	3	3	4	2	4	4	3	1	2	2	3	3	4	2	3	4	3	3	3	2	2	
88	M	60 ó más	2-4 días	Soltero	PI	4	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	4	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	
89	F	46-52	5-7 días	Divorciado	SC	4	4	4	4	3	4	4	3	2	3	2	3	4	4	2	4	2	2	3	4	3	4	2	
90	F	32-38	2-4 días	Casado	SI	3	4	3	4	4	4	3	3	2	4	4	4	4	4	4	2	2	4	3	4	4	4	3	
91	M	39-45	5-7 días	Casado	TI	1	1	3	3	3	4	4	4	2	2	2	2	3	3	4	4	2	4	1	1	1	1	2	
92	M	60 ó más	2-4 días	Casado	PI	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	2	3	2	3	2	4	1	3	3	3	3	
93	M	60 ó más	2-4 días	Viudo	PC	2	4	4	2	4	3	4	4	2	2	2	2	2	3	3	3	2	4	1	3	3	4	4	
94	F	32-38	5-7 días	Divorciado	TI	2	4	4	4	4	3	3	3	2	3	3	4	3	3	2	3	1	3	2	2	3	1	2	
95	F	53-59	2-4 días	Casado	SC	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2	2	4	2	2	4	3	3	4	2	2	

96	F	60 ó más	2-4 días	Unión libre	PI	4	4	4	3	4	3	4	2	4	4	4	3	3	4	3	4	4	1	1	1	1	1	
97	F	60 ó más	2-4 días	Casado	PI	2	2	4	4	3	3	4	4	2	2	3	2	4	3	4	3	2	3	3	4	2	3	1
98	M	53-59	2-4 días	Divorciado	SC	3	3	4	3	2	3	4	4	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2
99	F	39-45	2-4 días	Casado	PC	4	4	2	4	3	4	4	4	3	2	3	4	2	2	3	4	3	4	3	3	3	2	3
100	F	53-59	2-4 días	Casado	PI	3	4	4	3	3	3	2	2	2	2	3	2	4	3	4	3	4	4	2	2	2	3	2

Referencias: Columna Sexo: F= femenino. M= Masculino

Columna Escolaridad: SE= Sin escolaridad. PC=Primaria incompleta. PC=Primaria completa. SI=Secundaria completa. TC=Terciaria incompleta. TC=Terciaria completa.

UC=Universitaria completa. UI= Universitaria incompleta

Columna Preguntas: 1=Nunca. 2=Algunas veces. 3=Casi siempre. 4= Siempre.

Matriz cuidadores

DATOS IDENTIFICATORIOS					PREGUNTAS																							
	SEXO	EDAD	NIVEL DE EJERCICIO	ANTIGÜEDAD LABORAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
1	F	31-40	AUX.	0-4	4	3	3	4	3	2	3	2	2	2	3	4	3	2	3	4	4	4	4	4	2	3	3	4
2	F	21-30	ENF	0-4	2	3	4	3	3	3	2	3	3	2	3	4	3	2	3	4	2	4	3	2	2	2	2	3
3	F	31-40	ENF	10-14	4	3	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	3	3	3	2	4	4	3	4	4	4	4	4
4	F	21-30	ENF	0-4	3	4	4	4	4	2	3	2	3	4	4	4	4	4	2	3	4	4	2	3	3	3	3	3
5	F	31-40	AUX.	0-4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	2	2	3	4	4	3	2	3	4	3	3
6	M	21-30	AUX.	0-4	4	3	3	4	3	3	4	4	2	2	3	3	3	4	4	3	3	3	2	2	2	2	2	3
7	F	51-60	ENF	20 ó más	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4
8	F	31-40	AUX.	0-4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
9	M	41-50	AUX.	0-4	3	4	4	4	4	3	4	3	2	2	4	3	3	3	3	4	3	4	3	2	2	4	3	3
10	F	31-40	ENF	0-4	3	4	3	4	3	3	3	3	4	2	3	4	3	2	3	4	2	4	3	3	3	2	3	3
11	F	21-30	AUX.	0-4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4	3	4	4	4	4	4	3	2	3	4	3
12	F	31-40	ENF	5-9	4	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	4	3	2	3	2	3	3
13	F	21-30	ENF	0-4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	2	3	4	4

Referencias: Columna Sexo: F= femenino. M= Masculino

Columna Nivel de ejercicio: AUX=Auxiliar de enfermería. ENF=Enfermero. Lic= Licenciado en enfermería.

Columna Preguntas: 1=Nunca. 2=Algunas veces. 3=Casi siempre. 4= Siempre.