



UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES
MÉRIDA VENEZUELA

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
MÉRIDA ESTADO MÉRIDA



**CUIDADO HUMANIZADO SEGÚN LA TEORÍA DE JEAN WATSON EN LA
ATENCIÓN AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFÁLICO (TEC),
EN LA EMERGENCIA GENERAL DE ADULTOS, INSTITUTO AUTÓNOMO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE
2023**

Autoras: Carrillo A., Katty L.

Vielma F., Alejandra C.

Tutor: Esp. Cesar E. Gualdrón F.

Mérida, Octubre 2023

Reconocimiento-Compartir igual



UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES
MÉRIDA VENEZUELA

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
MÉRIDA ESTADO MÉRIDA



**CUIDADO HUMANIZADO SEGÚN LA TEORÍA DE JEAN WATSON EN LA
ATENCIÓN AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFÁLICO (TEC),
EN LA EMERGENCIA GENERAL DE ADULTOS, INSTITUTO AUTÓNOMO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE**

2023

Trabajo de Grado como requisito para optar al Grado de Licenciatura en Enfermería

Autoras: Carrillo A., Katty L.

Vielma F., María Alejandra

Tutor: Esp. Cesar E. Gualdrón F.

Mérida, Octubre 2023

DEDICATORIA

Primeramente, dedicamos este trabajo a Dios, por darnos la fe de que todo saldría bien.

A nuestros padres, por su amor, trabajo sacrificio y comprensión, por ser nuestro motor, por cada día impulsarnos a seguir adelante frente a cualquier dificultad; sin ustedes este logro no sería posible.

A todas aquellas personas que, durante todo este tiempo, estuvieron a nuestro lado, dándonos su palabra de aliento para llegar al feliz logro de esta meta.

A todos los que nos aprecian y celebran hoy nuestro triunfo.

Dios nos bendiga a todos.

www.bdigital.ula.ve Las Autoras

AGRADECIMIENTO

A Dios, Todopoderoso quien estuvo a nuestro lado cada día y en cada paso para poder llegar hasta aquí. Por ser nuestro guía en el transcurso de nuestra carrera.

A la ilustre Universidad de Los Andes, en especial a la Escuela de Enfermería, por su contribución en nuestra formación.

A nuestro tutor, por aceptarnos e impartir su valiosa orientación en la investigación.

A nuestros compañeros, fuente de estímulo y compañerismo en la realización del trabajo.

Infinitas Gracias...

www.bdigital.ula.ve Las Autoras

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Índice General.....	vi
Índice de Tablas.....	vii
RESUMEN.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA.....	4
Planteamiento del problema.....	4
Formulación del Problema.....	10
Objetivos de la investigación.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivos Específicos.....	11
Justificación e Importancia de la Investigación.....	11
Alcances y limitaciones.....	13
Alcances.....	13
Limitaciones.....	13
Línea de Investigación.....	13
Consideraciones Éticas.....	14
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	16
Antecedentes de la investigación.....	16
Bases Teóricas.....	21
Bases Legales.....	33
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	35
Tipo y diseño de investigación.....	35
Población y Muestreo.....	36
Variable o sistema de Variables. Operacionalización.....	38
Instrumento.....	38
Validación del instrumento.....	39
Procedimiento para recabar la información.....	42
Plan de tabulación y análisis estadísticos de los datos.....	42
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	43
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	59
Conclusiones.....	59
Recomendaciones.....	60
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	63
ANEXOS “A” Instrumento de recolección de datos.....	69

INDICE DE TABLAS

TABLA		Pág.
1	Operacionalización de la variable.....:	38
2	Validez de contenido del cuestionario	41
3	Dimensión: Datos Sociodemográficos. Indicadores: Edad, Sexo y Estado Civil.....	43
4	Distribución de frecuencia y porcentaje de la Dimensión: Datos Sociodemográficos, Indicadores: Nivel Educativo y Procedencia.....	44
5	Distribución de frecuencia y porcentaje de la Dimensión: Características Sociodemográficas, Indicadores: Tipo de accidente y Tiempo de Hospitalización.....	45
6	Distribución de frecuencia y porcentaje de la Dimensión: Valores humanísticos y altruistas con la instalación de fe y esperanza.....	46
7	Distribución de frecuencia y porcentaje de la Dimensión: Sensibilidad hacia uno mismo y los demás desarrollando una relación de cuidados humanos.....	48
8	Distribución de frecuencia y porcentaje de la Dimensión: Expresión de sentimientos positivos y negativos para la resolución de problemas y toma de decisiones.....	50
9	Distribución de frecuencia y porcentaje de la Dimensión: Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal, creando un entorno de apoyo.....	53
10	Distribución de frecuencia y porcentaje de la Dimensión: Ayuda a la satisfacción de las necesidades humanas con la aceptación de fuerzas existenciales fenomenológicas.....	56



UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES
MERIDA VENEZUELA

Universidad de Los Andes
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería
Mérida Estado Mérida



CUIDADO HUMANIZADO SEGÚN LA TEORÍA DE JEAN WATSON EN LA ATENCIÓN AI PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFALICO (TEC), EMERGENCIA GENERAL DE ADULTOS, INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2023

Autoras: Carrillo A., Katty L.
Vielma F., Alejandra C.
Tutor: Esp. Cesar Gualdrón
Año: 2023

RESUMEN

El Objetivo de la investigación fue analizar el cuidado humanizado según la teoría de Jean Watson en la atención del paciente con traumatismo craneoencefálico (TEC), en la Emergencia General de Adultos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, periodo abril – septiembre 2023. Se realizó un estudio de enfoque no experimental, de tipo descriptivo, con diseño de campo y corte transversal. La población estuvo conformada por 30 pacientes con TEC hospitalizados, se utilizó un instrumento estructurado con 32 ítems, conformado por dos partes: la primera contentiva de los datos sociodemográficos con 7 ítems y la segunda con 32 ítems en la escala de Likert “nunca”, “a veces”, “regularmente” “casi siempre”, “siempre”, el cual fue validado bajo la técnica “Juicio de Expertos”. Resultados: En cuanto a la dimensión, características sociodemográficas, arrojó que el mayor porcentaje se ubicó en la categoría entre 36-40 años con un 23%, en el sexo 73% era masculino y 47% eran solteros, 30% tenía secundaria completa, 37% era del municipio Libertador, 50% ingreso con el diagnóstico caídas de su misma altura y tenían más de 8 días de hospitalización con un 57%. Referente a la dimensión interacción enfermera/paciente el 70% de los pacientes con TEC manifestó que siempre recibe un trato amable por parte de la enfermera/o, 53% afirmó que siempre sienten que la actitud de la enfermera/o tiene un efecto positivo en ellos y con 43% demostró que nunca las acciones de enfermería le ayudan a fortalecer la fe. Respecto a la dimensión cuidado transpersonal 56% dice que siempre la enfermera/o les han informado o educado respecto a los cuidados que le realizan, 66% considero que siempre conoce la razón de los cuidados que le proporciona la enfermera/o. En relación a la dimensión campo fenomenológico arrojó que la mayoría de los pacientes con 43% expresó que siempre la enfermera/o trabaja para satisfacer sus necesidades físicas, 33% sintió que la enfermera/o siempre se preocupa por las necesidades sociales de los pacientes con TEC, 53% manifestó que nunca lograban entender el significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera/o y 57% de los pacientes sentían que la enfermera/o nunca los ayudaban a comprenderse mejor así mismo y a los demás.

Palabras Clave: Cuidado. Humanizado, paciente, traumatismo cráneo encefálico, Emergencia, Hospital.



UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES
MERIDA VENEZUELA

Universidad de Los Andes
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería
Mérida Estado Mérida



HUMANIZED CARE ACCORDING TO THE THEORY OF JEAN WATSON IN THE CARE OF PATIENTS WITH CRANIO-BRAIN TRAUMA (TBI), ADULT GENERAL EMERGENCY, AUTONOMOUS INSTITUTE THE ANDES UNIVERSITY HOSPITAL, PERIOD APRIL – SEPTEMBER 2023

Autoras: Carrillo A., Katty L.
Vielma F., Alejandra C.
Tutor: Esp. Cesar Gualdrón
Año: 2023

Abstract

The objective of the research was to analyze humanized care according to Jean Watson's theory in the care of patients with traumatic brain injury (TBI), in the General Adult Emergency of the Autonomous Institute The Andes University Hospital, period April - September 2023. carried out a study with a non-experimental approach, of a descriptive type, with a field and cross-sectional design. The population was made up of 30 hospitalized patients with ECT, a structured instrument with 32 items was used, made up of two parts: the first containing sociodemographic data with 7 items and the second with 32 items on the Likert scale "never", "sometimes", "regularly", "almost always", "always", which was validated under the "Expert Judgment" technique. Results: Regarding the dimension, sociodemographic characteristics, it showed that the highest percentage was located in the category between 36-40 years with 23%, in sex 73% were male and 47% were single, 30% had completed secondary school, 37% were from the Libertador municipality, 50% were admitted with the diagnosis of falls from the same height and 57% had been hospitalized for more than 8 days. Regarding the nurse/patient interaction dimension, 70% of patients with ECT stated that they always receive friendly treatment from the nurse, 53% stated that they always feel that the nurse's attitude has a positive effect on them. them and with 43% showed that nursing actions never help them strengthen their faith. Regarding the transpersonal care dimension, 56% say that the nurse has always informed or educated them regarding the care they provide, 66% consider that they always know the reason for the care that the nurse provides. In relation to the phenomenological field dimension, it showed that the majority of patients with 43% expressed that the nurse always works to satisfy their physical needs, 33% felt that the nurse always cares about the social needs of patients with TEC, 53% stated that they were never able to understand the meaning of their life through communication with the nurse and 57% of the patients felt that the nurse never helped them better understand themselves and others

Keywords: Care. Humanized, patient, head trauma, Emergency, Hospital.

INTRODUCCIÓN

La gestión hospitalaria es una asistencia sanitaria de calidad, siendo lo más eficientemente posible, iniciando por el cuidado humanizado que es la esencia de la labor enfermera, con pautas establecidas para el buen trato al paciente, lo cual trasciende a la visión del hombre como ser, permitiendo su comprensión holística del proceso enfermedad que padece. Las áreas de cuidados de emergencias para pacientes con traumatismo encefalocraneal, generalmente son áreas en las cuales la tecnología de punta, la eficacia y la eficiencia profesional preponderan, en la mayoría de los casos, dejando de lado las interrelaciones profesionales dadas por la comunicación efectiva y el cuidado humanizado, como herramientas fundamental para proporcionar atención enfermero de calidad.

Es por ello, que el ingreso a la emergencia de un paciente por TEC, afecta física y emocionalmente tanto al paciente como a los familiares; por el tipo de afrontamiento a los que son sometidos por la separación física, la incertidumbre y la angustia que una situación de salud genera, especialmente cuando el área ofrece cuidados a pacientes es estado de gravedad, y con predisposición a morir por los diferentes traumatismos que recibió.

Frecuentemente los pacientes con traumatismo craneo encefálico (TEC) ingresan por accidentes con insuficiencia de oxígeno para el funcionamiento normal de las células del organismo, muchos órganos se afectan como resultado del impacto, por lo tanto el shock requiere tratamiento inmediato y puede empeorar muy rápidamente, por la alteración anormal que puede causar la muerte, como sucede con el shock cardiogénico (debido a problemas cardíacos), un shock hipovolémico (causado por muy poco volumen de sangre) y un *shock* neurógeno (ocasionado por daño al sistema nervioso).

Es así como la mirada humanizante para los casos por TEC va más allá del diagnóstico u afección de salud, es el momento donde el personal de enfermería da un trato afable al paciente para que este gestione la enfermedad desde el autocontrol, el autoconocimiento; creando conciencia de su padecimiento y necesidad de atención segura y eficaz, debiendo prevalecer en el quehacer enfermero, la empatía y la atención con la finalidad de conseguir su máximo bienestar. En tal sentido, el servicio de emergencia de adultos debe reflejar la calidad y excelencia en la práctica diaria.

En tal sentido, dentro de las instituciones sanitarias se crea un espacio de socialización del paciente con el personal sanitario, las normas y pautas de cuidados y comportamiento se incorporan al momento de la estancia en el centro médico, lo que permite la adaptación al nuevo régimen de salud al que este debe someterse. En base a las premisas de Jean Watson, comúnmente el cuidado integral se ve obstaculizado por la diversidad de procedimientos, técnicos y tecnológicos dejando de lado el hecho de interactuar y comunicarse con el paciente y su entorno. En las áreas de emergencia hospitalaria es muy frecuente la mecanización de los procedimientos, por la interacción y demanda cotidiana, viéndose afectados física y emocionalmente tanto el paciente, el familiar, como también el equipo de salud.

Igualmente, el área de emergencia de adultos es un espacio destinado al cuidado y diagnóstico de pacientes que han sufrido algún tipo de padecimiento fortuito, accidental u alteración de enfermedades persistentes; según el estándar de la OMS las áreas hospitalarias deberían contar con todos los recursos necesarios para atender la emergencia de forma rápida y eficaz como análisis de laboratorio, rayos X, ultrasonidos, tomografía, resonancia magnética, quirófano, entre otros. El área de emergencia está conformada por el equipo de salud dispuesto a diagnosticar y tratar al paciente que ingrese en el menor tiempo posible.

El cuidado al paciente con TEC hospitalizado en la emergencia de adultos, ha tenido un desarrollo acelerado en los últimos años, la demanda creciente, la falta de garantías de un servicio eficiente, donde se interactúe entre avances tecnológicos, científicos, calidad humana en el trato y la ampliación en los aspectos fisiopatológicos, requiere de una respuesta asistencial diferente a la normativizada, hoy en día debido a la crisis sanitaria que vive Venezuela se hace imposible que los centros hospitalarios estén dotados de todos los recursos e insumos necesarios para el cuidado enfermero del paciente con TEC.

En el mismo orden de ideas, el personal de enfermería ostenta un rol de cuidador, donde es fundamental el trato humanizado al paciente, que ante la adversidad de padecimiento está en riesgo su bienestar y vida. Por lo tanto, en la actualidad el cuidado humanizado representa no sólo un reto para el enfermero venezolano que amerita en su labor mayor responsabilidad tanto en la asistencia como en la toma de decisiones clínicas; porque debe persistir el conocimiento, habilidad y destreza, como lo hizo Nithingale, considerando que de este legado dependerá el éxito de su práctica. El área de emergencia de adultos se enfrenta a situaciones en las cuales el personal de enfermería debe mantener las funciones vitales del

paciente en riesgo de perder la vida, ya que presenta alteraciones fisiopatológicas que pueden llegar a alcanzar un nivel de gravedad alto que puede representar una amenaza real o potencial para la vida, y a su vez susceptible de recuperación.

Partiendo de las premisas de Jean Watson (1979), las investigadoras consideran como objetivo general Analizar el cuidado humanizado según la teoría de Jean Watson en la atención del paciente con traumatismo craneo-encefalico (TEC), en la Emergencia General de Adultos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, periodo abril – septiembre 2023.

Considerando que este resulta de la interrelación disciplina entre conocimiento y acción, para proporcionar cuidados humanizados de calidad.

Por lo expuesto anteriormente, se estructuró la investigación de la siguiente manera: Capítulo I, Planteamiento del problema, objetivos de la investigación (general y específico), justificación e importancia, alcances y limitaciones, línea de investigación y consideraciones éticas. Capítulo II, lo constituyen el marco teórico donde se exponen los antecedentes, las bases teóricas del estudio, Sistema de variables y su operacionalización. Capítulo III, referido al marco metodológico que enfoca la metodología utilizada referente al tipo y diseño de la investigación, la población de estudio, la técnica e instrumentos de recolección de datos, y finalmente el plan de tabulación y análisis estadístico de la información. Capítulo IV, se presentan los resultados de la investigación, el mismo contiene el análisis e interpretación de los resultados que permitió la descripción de los cuidados humanizados presente en los sujetos que fueron objetos de este estudio. Capítulo V, examina las conclusiones y recomendaciones que arrojó la investigación. Y finalmente las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La humanización en los hospitales es demanda frecuente por pacientes y familiares ya que es parte de un derecho humano, como lo es el trato digno libre de discriminación racial, étnica y género. Las políticas de salud deben estar enfocadas a establecer normas que aseguren el buen trato al paciente hospitalizado. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), establece que como una de las acciones que caracterizan y definen el rol del enfermero está en la conservación, apoyo y comprensión al ser para que encuentre un motivo y preservar la salud, encaminándose al cuidado y bienestar desde la intervención con respeto y apoyo emocional.

Es por ello, que las entidades sanitarias a nivel mundial han concentrado los roles y funciones del personal de enfermería, aumentando la esencia de las relaciones humanas y generando en la práctica enfermera los cuidados holísticos humanizados. La humanización es un mecanismo de adaptación y construcción, que crea vínculos entre el paciente y el personal de enfermería. Para Peplau (1990), el trato humanizado es un mecanismo interpersonal terapéutico, que responde a la necesidad de ayuda, apoyados en el conocimiento y pericia del proceso de atención de enfermería.

Igualmente para Watson en (1979, citada por Izquierdo, 2015), quien desarrolló la teoría del cuidado humano, basándose en 3 premisas fundamentales para brindar cuidados eficientes tanto en atención hospitalaria como de apoyo emocional, siendo la primera que el cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades, la actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno, siendo la oportunidad de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de la profesión, lo que ha permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes. La segunda premisa es la claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado

entre la enfermera-persona y paciente-persona, siendo el grado de comprensión definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, ya que el personal de enfermería y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol. Y referente a la tercera premisa, el grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, lo cual se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado, siendo el personal de enfermería genuino y debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Es por ello que los casos de pacientes afectados con un traumatismo craneoencefálico (TEC) exigen hoy en día el reconocimiento de la dignidad humana, para recibir cuidados de salud, sintiéndose valorados como personas en todas sus dimensiones. Es así como la afección o deterioro de la salud requiere de ayuda y cuidados específicos para obtener la adaptación al momento vivido o nuevo estilo de vida que regirá desde su autocontrol y gestión de emociones y cuidados. La humanización dentro de los centros de salud es prioridad para la sociedad y sobre todo para los usuarios, porque es parte de los derechos humanos. Es muy cierto, que las políticas de estado, tienen acuerdos y convenios a los que los países se suscriben y ratifican, lo cual es la base de la normativa y reglamentos para propiciar un ambiente armónico y sano para el paciente.

Todo ser humano que padezca de problemas de salud demanda ser atendido por profesionales capacitados y estar en un espacio agradable, donde se le preste el cuidado humanístico que le permita la aceptación de la enfermedad, sobrellevar los momentos de angustia y controlar sus emociones, el personal de enfermería y el paciente, durante la estancia hospitalaria construyen un vínculo que se considera un enlace humanitario que integra un vínculo cíclico e inagotable del arduo y complicado manejo del paciente en estado agónico y es el quehacer diario del personal de enfermería quien enseña al paciente para que afronte este proceso con actitud positiva y reconfortante hacia el paciente agónico. De acuerdo con Huamán, Huamán y Munayco (2018), los servicios de emergencias son los principales receptores de todo tipo de agonías y dolencias con expectativas de curación, la labor enfermera como conocedora de sus competencias, deben proporcionar calidad a los cuidados que recibe el paciente para asegurar las mejores condiciones de vida y adaptación durante la estancia en el servicio.

A las personas que se les interrumpe el proceso saludable con alguna adversidad en la vida, vive momentos de incertidumbre por el desconocimiento de la situación y los procesos

de atención hospitalaria, es aquí la necesidad que el personal de enfermería comprenda que el paciente necesita cuidados de enfermería conjuntamente con la familia.

Los pacientes que ingresan a la emergencia de adultos pueden sufrir complicaciones por TEC a corto o largo plazo, en función de la gravedad y de la localización de la lesión o afección, así como de la edad y del estado de salud del paciente, en algunos casos pueden ver afectada la razón, la vista, el habla, el equilibrio o las emociones, entre otras habilidades; razón por la cual en la presente investigación se aborda al paciente cuando se encuentra en su fase de recuperación posterior a salir del área de emergencias.

En tal sentido, Constantin, Fernández, García y Requejo (2022), definen un traumatismo craneoencefálico como “una lesión física producida sobre el tejido cerebral que altera la función cerebral, temporal o permanentemente, dependiendo del tipo de traumatismo” (p. 2). Lo que quiere decir, que el traumatismo, que afecta al cerebro, puede producir una disminución del nivel de conciencia y puede alterar las habilidades cognitivas, físicas y emocionales de la persona. También existen dos tipos de traumatismo craneoencefálico, por un lado, los traumatismos leves que producen graves alteraciones del estado mental o de la conciencia; y por otro lado, los traumatismos graves, pueden llegar a generar pérdida del conocimiento, problemas de razonamiento y comportamiento durante un periodo de tiempo más prolongado.

En el mismo orden de ideas, Soto, Cruz y Miranda (2009), puntualizan que el TEC “es una lesión mecánica sobre estructuras encefálicas, producido por un intercambio brusco de energía mecánica impactante sobre la cavidad craneana” (p. 21). La mayoría de estos impactos son el resultado de una aceleración y desaceleración de la cabeza, que imprime un movimiento al cerebro, deformándolo y provocando además movimientos de rotación que lesionan al tejido cerebral. Se ha observado, que dentro de las causas de TEC se encuentran los accidentes de tránsito, las caídas de altura, la violencia delincuencial y familiar y por último lesiones deportivas, cabe indicar que los accidentes de tránsito generalmente tienen factores asociados y en nuestro país es muy importante el nivel de alcoholismo.

La Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS Y OMS 2018), consideran al traumatismo craneoencefálico como la lesión física o deterioro funcional del contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía mecánica, que incluye a todas aquellas causas externas que pueden provocar conmoción, contusión,

hemorragia o laceración del cerebro, cerebelo y tallo encefálico hasta el nivel de la primera vértebra cervical, lo cual condiciona a alguna de las manifestaciones clínicas como confusión o desorientación, pérdida de conciencia y amnesia postraumática.

En tal sentido, los traumatismos craneo encefálicos son un problema de salud pública, ya que deja secuelas físicas, emocionales y psicológicas. Por ende, el rol del personal de enfermería es fundamental para disminuir las complicaciones y ofrecer holísticamente un cuidado más humano, asegurando una atención de calidad, lo que determina la sensibilidad y responsabilidad hacia el paciente cuidado, siempre buscando su reinserción a la sociedad.

De acuerdo con Nguyen, Fiest, Mcchesney y Cols (citado por Ariza, Herrera y Rodríguez 2018), el TEC como epidemiología a nivel mundial tiene una tasa de 579 por 100.000 persona/año, principalmente debido a caídas y/o accidentes vehiculares y esta puede estar asociada al sexo (predominantemente en hombres), edad y/o país (más alta en países en vía de desarrollo). Además, es una de las principales causas de años perdidos por incapacidad en personas menores de 45 años y es una de la mayoría de las muertes por traumas. Está previsto que para el año 2030 supere a otras situaciones como causa de muerte y discapacidad.

Morales (2018), en Cuernavaca, México realizaron un estudio frecuencia del tratamiento Quirúrgico en los pacientes con Traumatismo Craneoencefálico Severo, donde revelan que de un total de 71 expedientes de pacientes seleccionados, 50 pacientes correspondían a hombres (70,5%), siendo la principal causa los accidentes automovilísticos con 32,2%, de acuerdo a la escala de coma de Glasgow la puntuación con mayor porcentaje fué de 8 puntos (47,8%), dentro de la lesión intracraneal que se documentó con mayor frecuencia el edema cerebral al igual que la hemorragia subaracnoidea ocupando el 21,1%, el total de los pacientes que reunieron criterios de intervención quirúrgica fueron 17 pacientes (23,9%); sin embargo de ellos solo se intervinieron 10, que representan el 14% del total de la muestra estudiada, y el 58% de los que reunieron criterios imagenológicos para Tx Qx, 2 pacientes fallecieron (2,8%).

Para, Bonow, Barber, Temkin y cols. (2018), en Catalunya. España; indican que la epidemiología en Latinoamérica del traumatismo craneoencefálico es alta causadas por accidentes de tránsito y violencia, los más implicados son los motociclistas y los peatones, seguido de los países en donde la tasa de violencia es alta ya sea debido a conflictos bélicos y distintos tipos de violencia como la doméstica y la infantil, tal es el caso de Colombia; Brasil;

Venezuela; México y El Salvador. La tasa de incidencia en Sao Paulo, Brasil resultó ser 360 por 100.000, mucho más alta que la tasa de incidencia global de 200 por 100.000 para los países desarrollados. Un estudio realizado en la ciudad de El Salvador, sobre las características de las víctimas reveló que el 83% eran hombres; el grupo de edad más frecuente fue entre 21 y 30 años; las causas principales fueron las lesiones intracraneales (41%), la violencia con o sin armas (25%) y las caídas (24%). Otro estudio informó que los mexicanos son hospitalizados como resultado de TEC cada año; los hombres con edades entre 25 y 44 años son más propensos a ser afectados.

Asimismo, Molero (2018), realizó un estudio en Venezuela, específicamente en el estado Zulia titulada Evolución clínica de los pacientes con traumatismo craneoencefálico severo, reportó 106 casos, de estos el sexo más afectado fue el masculino con 76,42%. Entre las causas mencionó los accidentes de tránsito 57,55%, caídas de altura 17,92%, heridas por arma de fuego 11,32%, lesión por objeto contuso 9,43% y accidente en bicicleta 3,78%. De acuerdo a los hallazgos tomográficos se determinó: fracturas 50% de los casos, hemorragias en 49,99%, edema cerebral 42,45%, contusión cerebral 8,49%, neumoencefalo 2,83%. En relación al abordaje terapéutico indicó que el 46,23% fue quirúrgico. Además también señaló que el 17,92% de estos casos falleció.

Y por lo tanto, el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA), no escapa a tal situación ya que se han reportado para el año 2022, 238 casos de TEC, y 95 casos para el año en curso 2023, de los cuales han sido hospitalizados por más de 8 días 125 pacientes; estadísticas que se mantiene a lo largo del territorio nacional, llevando al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS, 2020) y refieren que se deben tomar medidas de emergencia. Fue así como se implementa en el país, el Sistema Venezolano de Triage Hospitalario y su Manual de Aplicación, estableciendo prioridades según el tipo de emergencia u estado del paciente con TEC (MPPS, 2020).

Siguiendo un régimen de asistencia se crean un nivel de priorización de atención, identificando la primera con el color rojo, y tiene un tiempo de espera: 0 minutos, ingresan inmediatamente los pacientes con alteración súbita y crítica del estado de salud, en riesgo inminente de muerte y que requieren atención inmediata, en la sala de reanimación de trauma shock, con signos vitales anormales, como en el caso específico de paciente con trauma severo como por ejemplo víctima de accidente de tránsito, precipitación (caída de altura),

herida por arma de fuego o arma blanca, a nivel del cráneo y traumatismo encefalocraneano, en la prioridad 2, se identifica con el color naranja y el tiempo de espera es 10 min, el traumatismo es agudo cuadro súbito agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, cuya atención se debe realizar en un tiempo referencia, y prioridad 3, el traumatismo es leve, y puede esperarse 60 min. Es el paciente que no presenta riesgo de muerte ni secuelas invalidantes. Amerita atención en el servicio de emergencia (MPPS, 2020).

Quedando así constituida la Emergencia General de Adultos, en donde se le debe dar prioridad de atención y cuidados a los traumatismos craneoencefálicos. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), promulgó la política de formación integral para el desarrollo humano del personal de salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: “Trato humanizado a la persona sana y enferma” este organismo enfatiza que la Humanización “Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida” (p. 2).

Para la OPS (s/f) el profesional enfermero se encuentra en la línea principal del accionar en el sector sanitario, prestando los servicios de atención a las personas y comunidades.

Además, considerando que la estancia en emergencias deja secuelas físicas, emocionales y psicológicas, el rol del personal de enfermería es fundamental para disminuir las complicaciones y ofrecer holísticamente un cuidado más humano, asegurando una atención de calidad, lo que determina la sensibilidad y responsabilidad hacia el paciente cuidado, siempre buscando la aceptación y reinserción a la sociedad.

Ante lo descrito, el personal de enfermería debe cumplir con el cuidado humanizado al paciente con traumatismo craneoencefálico que se encuentre en su fase de recuperación, y por lo crítico de esta enfermedad se orienta a apoyarse en la teoría de Cuidado Humanizado de Jean Watson, según Sitzman y Watson (2017), lo que requiere de un compromiso moral por parte de enfermería, el cual demanda cada individuo sea sano o enfermo, para mejorar la calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado, el cual tiene una visión humanista que sobrepasa las acciones ordinarias frecuentes y habituales, lo que modifica el

enfoque para incorporar y acompañarse de sentimientos y emociones cargadas de valores, actitudes y conocimientos que marca una diferencia.

No obstante, el creciente riesgo de deshumanización no es exclusivamente producto de las dificultades de comunicación o incorporación del avance tecnológico, cada vez más, los hospitales están funcionando con menos recursos humanos y no capacitado para cuidar humanamente a los pacientes con traumatismos craneoencefálicos y esta situación afecta al personal de enfermería, por tanto se origina sobrecarga de trabajo, al tener a su cuidado mayor número de pacientes y el personal de enfermería carecer de formación especializada para atender y cuidar a este tipo de paciente crítico. Así mismo las instituciones de salud, con sus procesos, estructuras físicas y administrativas, contribuyen a la pérdida de contacto y continuidad de cuidado, además a menudo se trasgrede la privacidad y la intimidad del paciente hospitalizado.

Actualmente el personal de enfermería que labora en la emergencia general de adultos del IAHULA, debe aplicar las habilidades y destrezas en las tres divisiones que convergen el servicio hospitalario, conocidas como triaje, estabilización, observación mixta y trauma shock, siendo esta última el área más crítica del servicio. La demanda e inmediatez que requiere el funcionamiento de urgencias genera constantemente recarga en la labor enfermera, llevando al acto biomédico a la tecnificación de los procedimientos olvidando el deber ser de la labor del personal de enfermería. Por tal motivo, surge la siguiente interrogante: ¿Cómo es el cuidado humanizado según la teoría de Jean Watson en la atención del paciente con traumatismo craneo-encefalico (TEC), en la Emergencia General de Adultos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, periodo abril – septiembre 2023?.

1.2. Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Analizar el cuidado humanizado según la teoría de Jean Watson en la atención del paciente con traumatismo craneoencefálico (TEC), en la Emergencia General de Adultos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, periodo abril – septiembre 2023.

Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas del paciente con traumatismo craneoencefálico hospitalizado en la Emergencia General de Adulto.
2. Conocer el cuidado humanizado en la dimensión interacción enfermera/paciente del paciente con traumatismo craneoencefálico hospitalizado en la Emergencia General de Adulto
3. Indagar sobre el cuidado humanizado en la dimensión del cuidado transpersonal del paciente con traumatismo craneoencefálico hospitalizado en la Emergencia General de Adulto.
4. Determinar el cuidado humanizado en la dimensión del campo fenomenológico del paciente con traumatismo craneoencefálico hospitalizado en la Emergencia General de Adulto.

1.3. Justificación de la investigación

La enfermería es una profesión cuyo objeto de estudio es el cuidado humanizado; con base en que el cuidado es definido como ciencia y arte. La enfermería busca con estos elementos el desarrollo del personal, el cual va ligado directamente a la academia teórico/práctica, ya que son las instituciones formadoras de enfermería donde se diseña el perfil y se garantiza el profesionalismo, así mismo incrementa y fortalece el conocimiento, los valores, las habilidades y destrezas para la interacción, que van a definir el rol profesional y a

su vez determina la identidad profesional encontrándose dentro de ella el cuidado humanizado.

Al respecto, Watson (2006, citada por Rivera y Álvaro 2007 p. 5), refiere que el cuidado humano es una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Además, consideran que el cuidado “ha existido en todas las sociedades se ha transmitido a través de la cultura, ha permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos. “El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda enfermera – paciente”. “La enfermera debe ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado”. (p. 4). Por lo tanto, Watson en su obra: Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma. El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma de una persona existe en él y para él. Es por ello, que las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás, para hallar soluciones necesarias y encontrar significados a la vida misma.

Para Watson, es muy importante mantener presente las dimensiones de su teoría como lo es la Interacción enfermera paciente, la dimensión transpersonal, el campo fenomenológico y el conocimiento del cuidado por parte de enfermería (práctico/asistencial).

Si el personal de enfermería cuenta con todos los elementos necesarios para desenvolverse dentro de su medio, poco a poco podrá crear prestigio y reconocimiento, con ello el valor de su persona y de su profesión lo cual se irá consolidando y fortaleciendo con mayor seguridad, brindándole la satisfacción personal y profesional, secundario al cuidado humanizado.

De acuerdo con lo anterior, la investigación tiene pertinencia e interés teórico, práctico, metodológico y social.

Desde el punto de vista teórico, la revisión es de vital importancia, puesto que, al conocer sobre el cuidado humanizado y sus dimensiones, el personal genera conocimientos en la asistencia del paciente recluido en el área de emergencia general de adultos del IAHULA. Por tanto, la investigación sirve como base teórica para futuras investigaciones, sumando además factores y estrategias de afrontamiento asociados para su prevención, es una forma de contrarrestarla, evitando su reincidencia y el acrecentamiento.

Desde el punto de vista práctico, el personal de enfermería que labora en la emergencia de adultos identifica las oscilaciones que se presentan en el cuidado humanizado, así persistan

los factores de riesgo que influyen en la misma, reconociendo las debilidades y fortalezas que existen en su valía profesional y así ofrecer un cuidado humanizado de calidad. Desde este enfoque del conocimiento que el personal tenga del cuidado humanizado al paciente hospitalizado, es importante para retroalimentar y vigorizar no solamente la profesión sino también el servicio de urgencias, ya que existe buen desempeño y productividad laboral en el cuidado humanizado.

Desde el punto de vista social, permitió conocer uno de los criterios a tener en cuenta para poder evaluar la satisfacción y calidad de atención del paciente con traumatismo craneoencefálico, ya que existen las posibilidades de diseñar acciones que propicien un eficiente desempeño laboral envuelto en estímulo y motivación, manteniendo la consolidación de un entorno saludable, organizado que contribuye en la superación de los problemas detectados en el cuidado humanizado al paciente con TEC, hospitalizado en la Emergencia General de Adultos.

Considerando el aporte metodológico, la investigación presenta un antecedente ya que contribuye al fortalecimiento y fundamentación de nuevas líneas de investigación que tenga como objeto, los estudios de tipo descriptivo, con diseño de campo y corte transversal relacionados con el cuidado humanizado de los pacientes con TEC, sirviendo como antecedente a futuras investigaciones que se relacionen con la temática en estudio.

1.4. Alcances y Limitaciones

Toda investigación se centra por supuesto en la solución de las interrogantes formuladas, alcanzando cada uno de los objetivos planteados y para lograr ello, se buscó la manera de que el paciente que ingresa por el área de emergencia del IAHULA participe activamente y se involucre en el estudio. El alcance de la investigación es que con los resultados se fortalezca y mejore la atención del personal de enfermería y el cuidado a este tipo de paciente. Sin embargo, se estableció los alcances claros que conllevan a pensar en que estos se verán regidos por las limitaciones; la cual va dirigida específicamente a la búsqueda de estadísticas epidemiológicas, indicadores y datos actualizados del ingreso de los pacientes a la Emergencia General de Adultos, teniendo en cuenta las secuelas que puedan presentar los

pacientes con TEC, debido al diagnóstico, dentro de ellas se encuentran las afecciones cognitivas, emocionales y motoras.

1.5. Línea de Investigación

La Universidad de Los Andes en pro de la Academia y en conjunto con la Escuela de Enfermería perteneciente a la facultad de Medicina, se encarga de la formación profesional íntegra de los estudiantes que allí hacen vida; por lo cual, y como requisito del último semestre se ha planteado incorporar la presentación del Trabajo Especial de Grado; inmersa en la línea de investigación “Desarrollo Profesional de Enfermería, con sus bases conceptuales de la profesión, el proceso enfermero y las estrategias de desarrollo cognitivos y actitudinales, tecnologías de información y comunicación, la cual pertenece a la dirección del Grupo de Investigación “Historia y Pensamiento Enfermero”, adscrito al Departamento de Enfermería en Fundamentos Clínico y Quirúrgico.

1.6. Consideraciones Éticas

En el desarrollo de esta investigación se tomó especial interés en los aspectos éticos que requiere todo proceso investigativo. En este sentido, se consideró en primer lugar, el consentimiento informado al paciente de la Emergencia General de Adultos, para poder ser involucrados en el estudio, ratificando la confidencialidad de la información aportada y el respeto a su dignidad humana ante todo. Así mismo, en este estudio se consideró como base, porque tomó en cuenta los criterios de Código de Ética del Investigador Holístico señalado por Hurtado de B. (2002), quien explica que: “en toda investigación debe privar el respeto a la condición humana y social de las personas colectivas y comunidades en general” (p. 203).

A la par, el Código Deontológico de enfermería en Venezuela (2008), expresa en el Capítulo III, Artículo 12 “El profesional de enfermería no utilizará sus conocimientos para lucrarse de la dignidad humana; sino que se ajustará a los principios de equidad, justicia y honestidad” (p. 6). Estos criterios entre otros serán tomados en cuenta en el curso de la investigación realizada, por lo que los investigadores dejan constancia, que en ningún momento se afectará desde el punto de vista ético, a la población objeto de estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Todo trabajo de investigación trae implícito la realización de un conjunto de acciones que forman parte de su estructura y a su vez, conduce al logro de los objetivos planteados. En tal sentido, en el presente capítulo se destacan los antecedentes, las bases teóricas y las bases legales que dan sustento al estudio, cuyas especificaciones se desarrollan a continuación. Con relación a la temática de la investigación, por considerar algo novedoso para el ámbito de salud, se dificulta un tanto recabar información al respecto, sin embargo, se consideró necesario abordar algunas investigaciones previas relacionadas con el tópico en estudio.

2.1. Antecedentes de la Investigación

Catota y Guarate (2023), en Ambato, Ecuador efectuaron un estudio titulado Cuidado Humanizado de Enfermería en pacientes Hospitalizados en un hospital de Ambato, Ecuador. El objetivo general fue analizar la perspectiva del paciente hospitalizado en relación con el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería. Utilizaron una metodología de naturaleza cuantitativa, de tipo descriptiva, con diseño de campo, con corte transversal. La población objeto de estudio estuvo constituida por 240 participantes hospitalizados en diferentes unidades de atención, la muestra fue de 200 pacientes seleccionados mediante criterios de inclusión y exclusión. Para La recolección de datos se realizó mediante una encuesta estructurada (PCHE) utilizando una escala Likert de 4 puntos; posteriormente se realizó la tabulación de datos en el programa SPSS.

Referente a los resultados arrojados con relación a las cualidades del hacer de enfermería; en éste se evidencia que el 70% de los usuarios de ginecología señalaron que siempre y casi siempre los profesionales demuestran cualidades como: trato con amabilidad a la paciente, les hacen sentir como personas, les generan confianza cuando los cuidan, les explican los cuidados, le demuestran respeto por sus creencias y valores.

Respecto a las unidades de ginecología señalaron con un 58% que siempre el personal de enfermería tenía buena apertura en la comunicación, los padres de los niños del área de pediatría señalaron que casi siempre con un 75% le mostraban la comunicación

enfermero-paciente. Mientras que el personal que trabaja en el servicio de medicina interna siempre con 7% y algunas veces 45% mostraban apertura en la comunicación con los pacientes hospitalizados. En cuanto a los profesionales del área de medicina interna algunas veces trabajan con buena disposición 82%. Sin embargo, es muy importante recalcar que los representantes de los niños hospitalizados en el servicio de pediatría señalaron que los profesionales de enfermería casi siempre 82% tenían buena disposición al momento de la atención.

El análisis por servicio y categoría muestra que el 70% de las pacientes hospitalizadas en ginecología siempre han percibido las cualidades por parte del profesional de enfermería tales como: les hacen sentir como una persona, trato con amabilidad, sentirse bien atendidas y tranquilas. En cambio, la comunicación enfermero – paciente, el 75% de los padres de los niños de pediatría indicaron que los profesionales de enfermería casi siempre cumplían con la apertura de una escucha activa, diálogo, explicaciones adecuadas sobre procedimientos realizados, respuestas con seguridad y claridad a todas sus preguntas. La disposición para la atención respecto al cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en el servicio de cirugía, el 75% señaló que casi siempre se mostraba el interés por brindar comodidad a los pacientes durante su hospitalización.

Blanco (2021), en Cerro de Pasco, Perú, realizó una investigación titulada Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del usuario atendido en el servicio de emergencias del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma. El objetivo general que guió la investigación fue: Determinar la relación entre el cuidado humanizado de enfermería y la satisfacción del usuario atendido en el servicio de emergencias del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma - 2021. El tipo de investigación fue descriptivo, diseño correlacional, de corte trasversal, con el objetivo de relacionar el cuidado humanizado y la satisfacción del usuario en usuarios atendidos en el servicio de emergencias. Para este estudio se trabajó con la poblacional muestral de 50 pacientes y como técnica el muestreo no probabilístico intencional y, la recolección de datos fue a través de un cuestionario de cuidado humanizado y el cuestionario de satisfacción del usuario.

En relación a los resultados se evidenció que del total de usuarios atendidos en el servicio de emergencia el 50%, a veces reciben cuidado humanizado, seguido de 32% de siempre, y finalmente 18% nunca. En relación a la variable satisfacción del cuidado, el 62%,

refirió satisfacción media, seguido de 22% satisfecho y 16% insatisfecho. Se contrasto la hipótesis que existía relación estadísticamente significativa entre el cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del usuario atendido.

Cornejo (2020), en Pimentel, Perú, ejecuto una investigación intitulada Percepción del Paciente sobre Cuidado Humanizado a la Luz de Watson - Servicio de Cirugía. H.R.D “Las Mercedes”. Chiclayo. El presente trabajo de investigación es con un enfoque no experimental, cuantitativo, de tipo descriptivo y diseño de campo y corte transversal, el cual surgió de la preocupación acerca de la percepción del paciente sobre el cuidado humanizado a la luz de Watson con el objetivo de determinar la percepción del paciente sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en el servicio de cirugía varones del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo. La población muestral la constituyeron 85 pacientes; así mismo para la recolección de datos se utilizó el instrumento caring Behaviors Assessment (CBA), obteniéndose como resultados que el 60% de los encuestados tienen una percepción sobre el cuidado humanizado como bueno, el 39,4% ven su relación con el profesional de enfermería como una relación de ayuda- confianza lo que se traduce en una percepción sobre el cuidado humanizado como bueno y el 0,6% percibe el cuidado de enfermería como deficiente. La autora concluyó que el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de cirugía es regular pues el cuidado no solo implica tener conocimientos, sino también una base ético- moral que guie su accionar. Por lo que se recomienda concientizar a los enfermeros sobre las repercusiones que tiene el cuidado humanizado en el ejercicio de sus labores.

Idrogo y Ríos (2020), en Tarapoto, Perú realizaron un estudio sobre el Cuidado Humanizado del Profesional de Enfermería y la Satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital II – 2. MINSA. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el cuidado humanizado del profesional de Enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados. Estudio tipo básico con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, diseño de campo y corte transversal, la muestra fue de 103 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina. Respecto a los resultados se observó en la dimensión: sentimiento del paciente; el 54,4% consideró que los sentimientos del paciente eran óptimos, en la dimensión características de la enfermera (o), el 47,6% eran óptimos, en la dimensión del hacer del profesional de enfermería, el 59,2%

consideró un nivel óptimo, en la dimensión de Proactividad del profesional de enfermería, el 41,7% señaló un nivel óptimo, en la dimensión Apoyo emocional al paciente el 58,3% mencionó que es de nivel óptimo, en la dimensión Apoyo físico al paciente, el 55,3% (57) mencionó que es de nivel óptimo, en la dimensión Prioridad al ser cuidado por el profesional de enfermería, el 65,0% mencionó que era de nivel óptimo.

Y finalmente; en la dimensión Disponibilidad para la atención por el profesional de enfermería, el 56,3% mencionó que eran de nivel óptimo Con respecto a la satisfacción del paciente; dimensión: trato humano, el 57,3% mencionó que era de nivel ligeramente alto, en la dimensión Capacidad resolutive del profesional de Enfermería, el 63,1% (65) señaló que es de ligeramente alto. Concluyeron que existe una relación estadísticamente significativa entre el cuidado humanizado brindado por los profesionales de enfermería con la satisfacción del paciente, se aplicó la prueba no paramétrica chi cuadrado leída con un nivel de significancia $p < 0,016$, evidenciándose que si existe relación entre ambas variables.

Serrato (2019), en Pimentel, Perú efectuó una investigación titulada: Cuidado Humanizado desde la Perspectiva del Profesional de Enfermería del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque. El estudio tuvo como objetivo determinar el nivel del cuidado humanizado desde la perspectiva del profesional de enfermería del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque. Fue una investigación cuantitativa, de tipo descriptiva y con diseño de campo y corte transversal. La población muestral estuvo constituida por 41 profesionales de enfermería de los diferentes servicios de hospitalización que accedieron al estudio, la recolección de datos se obtuvo con 2 instrumentos, la encuesta sociodemográfica y el “Caring Efficacy Scale”, desarrollado por Carolie Coates en 1992 que se basa en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano de Jean Watson.

En concordancia a los resultados, se encontró que del total de la población, el 61,0% (25 enfermeros) brindan un nivel de cuidado regular; 24,4, (10 enfermeros) un nivel deficiente y el 14,6% (6 enfermeros) un nivel bueno. Con respecto al nivel de cuidado humanizado según edad y grado académico, se afirma que las enfermeras que tienen especialidad y maestría brindan un mejor cuidado, y que la edad no afecta al momento de brindar este cuidado al paciente. El autor concluyó que el nivel de cuidados humanizados por los profesionales de enfermería en el Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque es regular y

hay una percepción de autoeficiencia favorable al momento de brindarle el cuidado a la persona.

Inca (2017), en Lima, Perú efectuó un estudio titulado: Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería de centro quirúrgico de la Clínica Internacional Sede San Borja. Los objetivos fueron determinar la percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería de centro quirúrgico de la clínica internacional sede san Borja e identificar la percepción en apoyo emocional, proactividad, características de la enfermera y priorizar al ser cuidado. Fue un estudio de nivel aplicativo, de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal la población estuvo constituida por 82 pacientes de la clínica internacional sede san Borja. La técnica fue la entrevista y el instrumento escala de Likert, considerando consentimiento informado.

Referente a los resultados se obtuvo que del 82 (100%), el 50% tenían una percepción medianamente favorable, 31,7% favorable y 18,3% desfavorable sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería. En la dimensión priorizar al ser cuidado, el 45,2% considero una percepción favorable 42,7% medianamente favorable 12,2% desfavorable. En la dimensión apoyo emocional, el 42,7% apreció una percepción favorable, 39% medianamente favorable 18,3% desfavorable. En la dimensión proactividad, el 41,5% considero una percepción medianamente favorable, 40,2% favorable 18,3% desfavorable. En la dimensión característica de la enfermera el 41,5% experimentaron una percepción medianamente favorable, 39% favorable, 19,5% desfavorable. El autor concluyó que la mayoría de los pacientes tenían una percepción medianamente favorable sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería en el servicio de sala de operaciones; y en las dimensiones descritas hay una percepción favorable y medianamente favorable.

Los estudios anteriormente citados guardan estrecha relación con el presente trabajo de investigación. La enfermería como profesión debe proporcionar cuidado humanizado, siendo de suma importancia este tipo de atención en los pacientes con traumatismos craneoencefálicos. El cuidado humanizado es una responsabilidad especializada del personal de enfermería, especialmente del profesional que labora en el área de emergencias donde suelen ingresar para su debido triaje todo tipo de casos, y con frecuencia ingresan pacientes politraumatizados. Por tal motivo, es fundamental desarrollar habilidades blandas para

profundizar la interacción enfermera paciente e iniciar la relación en el campo fenomenológico e incidir en el momento de cuidado, permitiéndole al paciente el descubrimiento de sí mismo y reencontrarse con los valores, sentimientos, creencias y actitudes de su propio conocimiento y justo en presencia del momento del cuidado. Siendo en este caso el enfermero el idóneo para lograr una comunicación efectiva con el paciente, influyendo de manera directa en la experiencia de una estadía más satisfactoria y positiva.

El cuidar es la esencia del trabajo del personal de enfermería, sin embargo, en la actualidad la percepción que tienen los pacientes acerca de este profesional y sus cuidados no es muy favorable, frente a esta problemática de descontento se hizo necesario este estudio. Cuya finalidad es determinar la percepción del cuidado humanizado que tiene el paciente por TEC.

2.2. Bases Teóricas.

Las bases teóricas son como los cimientos o pilares que sostienen tu estudio y le dan solidez y significado. Las bases teóricas permiten conectar la investigación con el conocimiento existente, proporcionando un marco conceptual que guía el camino hacia respuestas significativas.

Iniciando con las bases teóricas del cuidado humanizado, Jara, Moreno y Rodríguez (2021), manifestaron que, en el contexto de las sociedades actuales, sumado la tecnologización de la atención y el predominio del paradigma tradicional, y biomédico, para enfermería se hace necesario el rescate de un cuidado más humano por parte de los profesionales de enfermería. Razón por la cual, surge el interés de medir el cuidado humanizado brindado por enfermeras/os a las personas hospitalizadas, especialmente a los pacientes con traumatismos cráneo encefálicos del Servicio de Emergencia General de Adultos.

El paciente hospitalizado demanda una serie de cuidados especializados y específicos que solo el enfermero/a puede suplir durante la estadía hospitalaria. En tal sentido, la atención humanizante que brindan los profesionales de enfermería ha de ser, ser holística e integral de manera que las experiencias hospitalarias sean menos traumáticas.

2.2.1. Teorías relacionadas al tema.

Desde los inicios de la humanidad los seres humanos incorporaron múltiples pautas de cuidado para sobrevivir dentro de un entorno desconocido. Por décadas se han hecho uso de técnicas enfermeras que denotan el cuidado humano desde la comprensión del ser.

La pionera en enfermería Florence Nightingale (1820-1910) cultivó la dignificación de la enfermería y la profesionalización de este personal dedicado al cuidado humano. Fue la primera en referirse a la relación intrínseca entre la profesión y el cuidar al otro. El cuidado se relaciona directamente con la labor enfermera, siendo este el rol central y más significativo del proceso de sanación del paciente. Para Smith (1999) citado por Gutiérrez y Gallard (2020) su teoría profesa predominio en la filosofía, la educación y la investigación de enfermería hasta hoy en día.

Para Heidegger el acto se fundamenta en el preocuparse (cuidar) como la particularidad más profunda del ser humano. En su diversidad el «estar» en el mundo son la manifestación del preocuparse. Para él, el no preocuparse por los demás acarrea al detrimento de su ser, por lo que la preocupación sería el medio para el reencuentro. Por su parte Mayerroff consideró el cuidado el medio por el cual se ayuda a otro a crecer, animarle y asistir influye en su bienestar y cuidados (Gutiérrez y Gallard, 2020).

La concepción de enfermería como la conocemos hoy en día tiene sus orígenes en Leininger quien reflejó en su libro *Ethical and moral dimensions of care* Leininger, la necesidad del cuidado y su práctica. Entre las teorías y sus precursores más destacados se encuentran Watson (2005), Benner (1990), Fry, Piller y Robinson (1996), Roach (1987), Tschudin (2005), Davis, Tschudin y Raeve (2006), entre otros, desarrollaron diversos análisis y teorías sobre el cuidar y sus aspectos éticos.

Arenas y Campos (2011), manifiesta que el cubrir el cuerpo para protegerse de las inclemencias del tiempo, curar las enfermedades con plantas medicinales y otros, constituyen quizá de los primeros vestigios del cuidado.

El cuidado según Tobón (2016), es de carácter interpersonal, intencional y único, que se sucede en un contexto sociocultural. Es decir; es un proceso subjetivo, en el cual, quien es cuidado y su cuidador, establecen una relación de doble vía que parte del reconocimiento del otro como ser humano diferente, e implica estar con la persona a quien se cuida. Es por ello que cuidar también significa conocer a cada paciente, interesarse por él o ella e involucra el

dejar de interesarse solo en uno mismo, algo difícil y empezar a interesarse en el paciente y su entorno. Asimismo, es importante destacar la idea que el personal de enfermería basa el cuidado, bajo teorías, prácticas y ética, y lo que más le importa es la calidad humana de cada miembro del personal de enfermería.

La teoría de cuidado humanizado de Jean Watson

Margaret Jean Harman Watson, enfermera norteamericana, Magister en Salud Mental y Psiquiatría, Doctora en Psicopedagogía, es quien ha trabajado arduamente la temática del cuidado humano es así como en la Universidad de Colorado, donde ha sido Decana de la Facultad de Enfermería, creó el “Centro de cuidados humanos” e impulsó el Doctorado en Enfermería basado en el cuidado humano, en salud y educación

Resalta que el cuidado brindado por el personal de enfermería debe ser holístico y no solo ver una de sus partes sino integrar todas sus partes (mente, cuerpo y alma), según Córdova y Lozano (2007), manifiestan que para que esta teoría funcione debe existir el binomio ayuda-confianza entre el cuidado y el cuidador, generando así un clima de respeto y una ayuda mutua.

Su teoría es basada en la observación de los cambios producidos en las organizaciones sanitarias, cuyo enfoque está centrado en la enfermedad. Por tanto, se considera de suma importancia humanizar los cuidados que se brinda; ya que es el centro de enfermería; evitando el sumergirse en un cuidado basado en la rutina. Es así que Jean Watson planteó diferentes premisas acerca del cuidado de enfermería.

Modelo de Jean Watson y las 7 suposiciones.

El modelo de Watson (2006), parte de siete suposiciones considerando:

1. El cuidado puede demostrarse y practicarse de manera efectiva solo de manera interpersonal.
2. El cuidado consiste en factores curativos que resultan en la satisfacción de ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado efectivo promueve la salud y el crecimiento individual o familiar.
4. Las respuestas de cuidado aceptan al paciente tal como es ahora, así como en lo que puede llegar a ser.

5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial al mismo tiempo que permite al paciente elegir la mejor acción para sí mismo en un momento dado.
6. La ciencia de cuidar es complementaria a la ciencia de curar.
7. La práctica del cuidado es central para la enfermería.

Factores de cuidado humanizado por Jean Watson.

Un factor de cuidado se determina según las condiciones que existan en el sistema y servicio sanitario al que se acude o trabaja. Cada condición puede influir de manera directa e indirecta en el cuidado del paciente. En el caso venezolano la deshumanización del cuidado aparece como un asunto multifactorial, servidores del servicio sanitario de diversos países encaran con preocupación la pérdida de humanismo en el ámbito asistencial, dejando de lado al paciente que fue el centro y el fin en sí mismo de la asistencia sanitaria, convirtiéndolo en un ser vulnerable (Arredondo C, González, J, 2009).

En el mismo orden de ideas, Arredondo; et al, (2009), consideran entre los múltiples factores existentes en la deshumanización del cuidado, la persistencia de una responsabilidad compartida entre los diversos actores del sistema y servicio sanitario, destacando el entramado social, la estructura sanitaria, la formación académica, la hegemonía técnica y el propio paciente. Para su explicación se hará una breve comparación con el caso venezolano, con el fin de ahondar más en la fundamentación de la investigación.

Entramado Social

Como entramado social se considera todo el tejido y sistema de relaciones que se tejen en el sistema sanitario que se ve afectado tanto por los cambios tanto de índole nacional como internacionales. Este choque de valores, costumbres y creencias se enfrentan a la crisis multifactorial venezolana. Desde un orden global se promueven valores como la tenacidad, la eficiencia y la lealtad y las otras, la participación, el respeto, el bien común y la equidad. Asimismo, predominan valores técnicos-científicos y otros intereses sobre la calidad y la calidez que debería imperar en la atención sanitaria.

Estructura sanitaria

Siendo un factor primordial para el trabajo decente, organizado y eficiente, las estructuras sanitarias en el país carecen de espacios adecuados para la atención de calidad. El funcionamiento y la organización influye directamente en el trato humanizado, de no funcionar a cabalidad se incrementa la práctica deshumanizante. Un servicio de emergencias debe ofrecer a todos los pacientes atención temprana y asistencia individualizada, considerando la pérdida de conocimiento y conciencia del paciente sobre su condición de salud requiriendo el acompañamiento y reconocimiento de su situación, sin que se vea afectado por la estructura organizativa, políticas de gestión o ideologías políticas o la inmediatez que requiere la demanda hospitalaria pública.

Otro factor deshumanizante muy común en países desarrollados es el uso de altas tecnologías, donde dan prioridad a la modernización de las instituciones para proporcionar diagnósticos y tratamientos oportunos, sin las necesidades individuales del enfermo. Lo que conduce a los profesionales de la salud a perpetuar del fenómeno deshumanizante en los medios ambientes sanitarios Arredondo; et al, (2009).

2.2.2. Formación y Práctica Enfermera

La formación enfermera se ha super-especializado, centrándose en el desarrollo de habilidades técnicas, carente de contenidos filosóficos o antropológicos humanistas teniendo como resultado, profesionales con elevado saber científico y gran pericia técnica, pero en reiterados casos incapaces de reconocer a la persona enferma como fin en sí misma (Santos, 2001, citado por Arredondo; et al, 2009). Aunado a ello, la modernización y tecnificación del servicio hace que se pierda la humanización e interacción entre el paciente y el personal enfermero.

Según lo establecido por el manual de cuidados enfermero del centro médico en la formación de enfermero ha de contener un carácter humanista-altruista, incorporando un sistema de valores, el cual posteriormente pasa a definirse como: una práctica amorosa, donde prevalece la bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente. Para Durán (2009) en el cuidado humanizado crea vínculos donde la relación enfermera-paciente se dirige de maneja exclusiva al enfermo. Siendo este. “cómo ser único, con su historia personal; por esto, el cuidado no puede estar desvinculado de la multidimensionalidad del ser humano.

Profundizar en este tema significa hacer referencia al ser humano como un todo, es decir, un ser racional, biológico, emocional, espiritual y social, para fomentar y proteger la salud, cuidar la enfermedad y asegurar un ambiente cálido y seguro” (pág. 576).

En la consolidación de esta relación existen factores más allá de la práctica médica que se incorporan al cuidado del paciente, Según Watson (1979):

- 1. Formación de un sistema humanístico-altruista de valores:** Los valores humanísticos y altruistas se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de las enfermeras-educadores. Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo
- 2. Factor de Incorporación de la fe y la esperanza,** definido como: ser auténticamente presente, permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Considerando a la persona libre, con creencias propias y como un ser para el cuidado.
- 3. Factor del cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros,** el cual se define como: cultivar las propias prácticas espirituales y transpersonales, ir más allá del ego y abrirse a los demás con sensibilidad y compasión.
- 4. Factor del desarrollo de una relación de ayuda y confianza;** definido como el desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza.
- 5. Factor de la aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos,** el cual se entiende como: estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida.
- 6. Factor del uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial,** el cual se puede comprender como: el uso creativo de uno mismo, como participe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencial.
- 7. Factor de la creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural,** definido como: la creación de un medio ambiente

de cuidado en todos los niveles (físico; no físico; ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz.

- 8. Factor de la promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal**, el cual se entiende como el participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro.
- 9. Factor de la asistencia con la gratificación de necesidades humanas**, definido como la asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger.
- 10. Factor del reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales**, la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a las personas a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad del personal de enfermería va más allá de los 10 factores de cuidado, lo que facilita el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud.

2.3. Aspectos que favorecen la relación humana enfermera-paciente

La principal función de los enfermeros en la sala de emergencias es brindar una asistencia segura y sin riesgos (Valenzuela, Sanjuan, Ríos, Sanchis, y Montejano 2019), manifiestas que el brindar una atención humanizada es fundamental que exista una atención categorizada y la clasificación de riesgos en la evaluación del paciente. Por lo que es necesario hacer una evaluación del estado general, signos vitales, dolor y algún tipo de ayuda diagnóstica, para lograr una identificación correcta del cuidado que se requiere. Siendo la humanización un acto de cuidados compasivos, benevolente, no existe el juicio, la atención del paciente es el objetivo a cumplir, siendo un observador crítico y veraz, que más allá, hace de su labor un cuidado responsable, profesional, sin reparos y más asertivo, lo que conlleva a realizar una atención óptima. En la relación a la atención que se debe prestar al paciente

hospitalizado, es importante considerar que existen aspectos que hacen de la relación enfermero-paciente un estado armónico.

- Brindar atención de enfermería individualizada considerando valores, creencias, sentimientos, como ser único indivisible que vive y responde ante la enfermedad según sus experiencias, conocimientos y modo de vida. Ser consciente y sensible a la salud emocional y mental del paciente, además de su salud física.
- Ser receptivo de las necesidades y percepciones que tiene el paciente de las mismas.
- Humanizar el cuidado promueve en el paciente la adhesión a tratamientos y cuidados.
- Ser sensible a vulnerabilidad del paciente, ante su situación de salud.
- Permitir que el paciente se sienta singular e importante durante la prestación del cuidado.

Para alcanzar un vínculo humanizado:

- Identificar siempre al paciente con su nombre y presentarnos con nombre, apellido y cargo.
- Mantener la confidencialidad, privacidad del paciente.
- Mantener una actitud de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor hacia el paciente.
- Ser presente y atento ante los llamados, escuchar las angustias y necesidades del paciente.
- Proveer amparo, comodidad y apoyo libre de amenazas a la integridad del paciente.
- Ser benevolente; querer siempre el bien del paciente y su familia.
- Beneficiar; poniendo el máximo empeño en atender al paciente en todos sus aspectos y hacer cuanto pueda para mejorar su salud de la forma que considere más adecuada.

El profesional de enfermería ha de mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humanos y sus derechos y hacer de su práctica diaria un medio para la visibilidad de dicha actitud mediante la investigación y aplicación de modelos teóricos que alimenten un cuidado de calidad y sensibilidad humana que le reporte crecimiento como persona y profesional generando un impacto transformador en el sistema de salud.

De acuerdo con Durán (2009), en el acto de humanización interactúan requiere el conocimiento científico y los valores del ser humano para consolidar una asistencia con calidad. Con este objetivo, las enfermeras deben preocuparse cada vez más, por ser sensibles al sufrimiento, al dolor, la tristeza, la desesperanza y a las diversas expresiones del ser

humano, así como, adquirir habilidades y destrezas para establecer una relación terapéutica con el paciente, de la misma forma que el desarrollo científico y tecnológico lo exige para intervenir en el cuidado de la salud y la vida de las personas, particularmente en sus eventos de enfermedad.

2.4. Traumatismos craneoencefálicos (TEC)

Definición

Para Mao (2023), “Los traumatismos de cráneo o craneoencefálicos son las lesiones físicas producidas sobre el tejido cerebral que alteran de forma temporal o permanente la función cerebral”. Generalmente el análisis diagnóstico se evalúa por la clínica y se confirma con estudios radiológicos (sobre todo, TC). Inicialmente se debe dar al paciente apoyo respiratorio, valorar la oxigenación y el control de la presión arterial. En pacientes con lesiones más graves, se requiere de intervención quirúrgica, seguidamente se debe colocar monitores de seguimiento y tratar la elevación de la presión intracraneana, descomprimir el cerebro si la presión intracraneana aumenta o eliminar hematomas intracraneanos.

Sin embargo, no con incidencia cuando ocurre un TCE se va a dar algún tipo de lesión externa. Diversos autores opinan que en algunas autopsias se revelan mínimos cambios externos en la cabeza y posteriormente se observa gran cantidad de lesiones intracerebrales (lesiones internas) como consecuencia de la energía externa aplicada (Ramírez y Hernández, 2017).

2.4.1. Primeros días después de la lesión

El mantenimiento de la perfusión cerebral y la oxigenación adecuada y la prevención de las complicaciones del sensorio son importantes. Luego, muchos pacientes requieren rehabilitación. B. Causas Las causas de TEC incluyen

- Caídas (especialmente en adultos mayores y niños pequeños)
- Accidentes automovilísticos y otras causas relacionadas con los medios de transporte (p. ej., accidentes de bicicleta, colisiones con peatones)
- Asaltos
- Actividades deportivas (p. ej., conmociones cerebrales relacionadas con los deportes)

Los cambios estructurales por una lesión en el cráneo pueden ser macro o microscópicos,

según el mecanismo y las fuerzas implicadas. Los hematomas subdurales agudos ocurren a menudo en pacientes con

- Traumatismo craneal causado por caídas o accidentes automovilísticos
- Contusiones cerebrales subyacentes
- Hematoma epidural contralateral

La compresión del cerebro por el hematoma y la inflamación cerebral debida al edema o la hiperemia (aumento de flujo sanguíneo debido al engrosamiento de vasos sanguíneos) pueden incrementar la presión intracraneal.

B. Riesgo Las fracturas que implican riesgos especiales incluyen

- Fracturas deprimidas: estas fracturas tienen el máximo riesgo de desgarro de la duramadre o de lesiones del encéfalo subyacente.

- Fracturas de hueso temporal que atraviesan la zona de la arteria meníngea media: en estas fracturas, un hematoma epidural es un riesgo.

- Fracturas que atraviesan uno de los senos duros principales pueden provocar una hemorragia significativa y un hematoma epidural o subdural venoso. Los senos venosos lesionados pueden más adelante trombosar y causar infarto cerebral. 26

- Fracturas que involucran el canal carotídeo: estas fracturas pueden determinar una disección de la arteria carótida.

- Fracturas del hueso occipital y la base del cráneo (huesos de la base): estos huesos son duros y gruesos; por tanto, las fracturas en estas zonas indican un impacto grave. Las fracturas de la base del cráneo que alcanzan la porción petrosa del hueso temporal suelen lesionar las estructuras del oído medio e interno y pueden alterar la función de los nervios facial, acústico y vestibular.

Signos y Síntomas: Inicialmente, la mayoría de los pacientes con un traumatismo de cráneo pierden el conocimiento (en general, segundos o minutos) aunque, cuando las lesiones son menores, algunos sólo sufren confusión o amnesia (que suele ser retrógrada y resulta en la pérdida de memoria de un periodo de entre segundos y unas pocas horas antes de la lesión).

Duración de la pérdida de la conciencia y la gravedad de la obnubilación son aproximadamente proporcionales a la gravedad de la lesión, aunque son inespecíficos. La Escala del Coma de Glasgow (ECG—ver Escala de Coma de Glasgow*) es un sistema de puntuación rápido y reproducible que puede emplearse en el examen inicial para medir la

gravedad del traumatismo craneoencefálico. Se basa en la apertura de los ojos y la mejor respuesta verbal y motora. Una puntuación de 3 indica una lesión potencialmente mortal, sobre todo si ninguna de las pupilas responde a la luz y faltan las respuestas oculovestibulares. Una puntuación inicial más alta suele predecir una mejor recuperación. Por definición, la gravedad de un traumatismo craneoencefálico.

Escala de Coma de Glasgow:

- 14 a 15 es un traumatismo craneoencefálico leve
- 9 a 13 es un traumatismo craneoencefálico moderado
- 3 a 8 es un traumatismo craneoencefálico grave

En tal sentido, Todo TCE es considerado un proceso dinámico debido a su evolución variante, haciendo en este proceso necesario evaluar todos los datos médicos aportados, tomando en consideración el tiempo de evolución, para analizar los hallazgos macroscópicos y microscópicos que se podrán observar (Ramírez y Hernández, 2017). De manera que es fundamental para el cuidador comprender los mecanismos de trauma y fisiopatología para lograr la estabilidad tanto física como emocional del paciente.

2.5. Conceptos Básicos

- **Características Sociodemográficas:** Comprenden un conjunto de indicadores utilizados para describir a las personas en términos de edad, raza/etnia, sexo, género, nivel educativo en el idioma principal, situación laboral, ingresos, profesión, estado civil, número total de personas que viven en la casa, condiciones de vida y factores similares. Un indicador sociodemográfico, de este modo, es un dato que refleja una situación social. Esta información puede obtenerse mediante encuestas, censos o cifras registradas de distintas maneras por organismos estatales.
- **Trato amable:** El concepto de trato refiere a la acción y efecto de tratar. Este verbo tiene diversas acepciones, como el proceder con una persona (ya sea de obra o de palabra) o la relación con un individuo. Puede entenderse al trato como la forma de comunicarse o de establecer un vínculo con otra persona de manera cordial. Sostienen Bernal, Ramírez y Ramírez, (2011), que el personal de enfermería tiene la

responsabilidad de proporcionar un trato digno a todos los pacientes. Esto incluye un saludo amable, presentación adecuada del personal de salud, uso del nombre del paciente, explicación clara de los procedimientos, protección de la privacidad y fomento de la seguridad y del respeto hacia el paciente. También es importante brindar información sobre los cuidados posteriores a los procedimientos, no solo al paciente, sino también al familiar responsable. La satisfacción del paciente con el trato recibido por el personal de enfermería es un factor importante a considerar al evaluar la calidad del trato brindado.

- **Actitud enfermera:** Partiendo de la teoría de Watson, la actitud del cuidador hospitalario requiere de una toma de conciencia para consolidar la esencia de la profesión y el cuidado prestado. En este momento intervienen diferentes áreas de actuación: asistencia, gestión, formación e investigación, que darán el carácter y afrontamiento positivo necesario para el actuar de manera empática y afable con el paciente.
- **Connoción ante situaciones por TEC:** en las que debe existir un conjunto de valores y creencias que estimulan al personal enfermero a crear vínculos de cercanía, connoción ante situaciones adversas, sentido de pertenencia y escucha. En tal sentido, es importante destacar valores como:
 - **Empatía:** Se distingue por la capacidad de compartir la experiencia de la otra persona. El resultado de este proceso de empatía, es la capacidad de predecir la conducta de la persona con la que se mantiene esta forma de relación.
 - **Simpatía:** Esta va más allá de la empatía y se produce cuando la enfermera desea aliviar la causa de la enfermedad o el sufrimiento del paciente, se adquiere una implicación personal que permite tomar decisiones eficaces, lo que conlleva a utilizar la propia personalidad de forma consciente, para tratar de establecer relaciones y estructurar la intervención de enfermería.
 - **Compenetración:** Esta fase de determina por acciones de enfermería que mitigan el sufrimiento del enfermo. La enfermera y el paciente se relacionan como seres humanos y este último deposita su confianza, su fe en aquél. Para ello cuenta con los conocimientos y el adiestramiento necesarios para ayudar a los pacientes, además de tener la capacidad de percibir, responder y apreciar la individualidad del paciente.

- **Comunicación:** Según Ruiz (2015), la comunicación es un elemento fundamental en las interacciones humanas y en enfermería es de gran relevancia comprender qué decir, cuándo decirlo y cómo expresarlo. El disfrute del arte del cuidado enfermero se origina por medio del establecimiento de una adecuada relación terapéutica que sólo se logra al mantener una escucha activa y fomentar el diálogo. La comunicación es un proceso continuo y esencial para la vida ya que es imposible no comunicar nada. Todas las palabras, gestos, tonalidades e incluso el silencio transmiten un mensaje definido que es percibido por los demás. Diversos estudios respaldan que al ofrecer a un grupo de pacientes la oportunidad de elegir entre un profesional altamente competente y otro menos competente pero que tiene habilidades comunicativas y empatía, una gran cantidad de ellos optarían por la segunda opción (Tazón, García y Aseguinolaza, 2009).
- **Valores:** La finalidad social de la práctica une elementos teóricos, técnicos y éticos donde el enfermero conjuga principios y valores con competencia técnica, en una atmósfera de corresponsabilidad y regocijo. El personal de enfermería debe sumar a la labor sensibilidad humana, manifestada en el interés, respeto, atención, comprensión, consideración y afecto por el otro y por la comunidad (Gutiérrez y Gallard, 2018).
- **Confianza:** De acuerdo a Alba, Fajardo, Tixtha y Papaqui (2012), debido al creciente nivel cultural de la población, los usuarios del sistema sanitario exigen cada vez más información, y en consecuencia, muchos pacientes consideran al profesional de enfermería como una persona confiable a la que acudir en caso de tener dudas sobre su proceso. Para Vargas, Soto, Hernández y Campos (2020), la confianza es una parte crucial en la relación entre el paciente y el proveedor de servicios de salud, y cumple una función estratégica en los procesos terapéuticos. Por lo tanto, es fundamental incluir la confianza como parte de la atención en salud, especialmente como una instancia de colaboración y compromiso del paciente con su propia salud.

2.6. Bases Legales

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), en su capítulo V de los derechos sociales indica en el **Artículo 84** Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

Así mismo, la Ley Orgánica de la Salud, Gaceta Oficial N° 36.579 de fecha 11 de noviembre de 1998, Decreta la siguiente:

Artículo 3°.- Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios:

Principio de Universalidad: Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.

Principio de Participación: Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios.

Para la Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería, Gaceta Oficial Número: N° 38.263 del 01-09-05, en el capítulo I, Decreta en el **Artículo 2.** A los efectos de esta Ley, se entiende por ejercicio de la enfermería, cualquier actividad que propenda a:

1. El cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, tomando en cuenta la promoción de la salud y calidad de vida, la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre, debiendo mantener al máximo, el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano.

2. La práctica de sus funciones en el cuidado del individuo, donde ésta se sustenta en una relación de interacción humana y social entre el o la profesional de la enfermería y el o la paciente, la familia y la comunidad. La esencia del cuidado de enfermería está en cuidar, rehabilitar, promover la salud, prevenir y contribuir a una vida digna de la persona.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se describen los aspectos básicos para realizar la investigación. Se presenta el tipo y el diseño de la investigación, la población, muestra y muestreo, sistema de variable y su operacionalización, el instrumento y su validez, el procedimiento para recabar la información, el plan de tabulación y el análisis estadístico de los resultados.

3.1. Tipo y diseño de la investigación.

De acuerdo con el análisis y alcance de los resultados esta investigación fue de tipo descriptiva; porque buscó cuidado humanizado al paciente con traumatismo craneoencefálico (TEC) en estancia hospitalaria del área de emergencias del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Según Arias (2012), la investigación descriptiva “consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Los resultados de este tipo de investigación se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere” (p. 24).

Según Hernández, Fernández y Baptista (2006), en los diseños transversales los datos se obtienen en un momento dado y se realiza una sola medición. Para ellos se consideró necesario desarrollar el estudio entre el período abril – septiembre 2023.

En cuanto al diseño es de campo, debido a que la información se obtuvo directamente de la fuente primaria donde ocurren los hechos, en la Emergencia General de Adultos del IAHULA. Arias (2012), quien afirma que en “la investigación de campo es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información, pero no altera las condiciones existentes” (p. 31)

3.2. Población, Muestra y Muestreo

La población, para Arias (2012), es una “agrupación en la que se conoce la cantidad de unidades que la integran. Además, existe un registro documental de dichas unidades” (p. 82). En el presente estudio se trabajó con 30 pacientes en recuperación por TEC. A los cuales se les sometió a un muestreo no probabilístico que según (Arias, 2012) “es un proceso de selección en el que se desconoce la probabilidad que tienen los elementos de la población para integrar la muestra” (p. 85) y que además es por conveniencia, pues “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014. p.176), es decir, que serán elegidos con base en criterios preestablecidos por el investigador. Bajos los siguientes criterios de inclusión;

Criterios de inclusión

- Pacientes que presenten TEC leve y moderado, que egresen del área de Emergencia General de Adultos.
- Pacientes con TEC que su recuperación sea mayor a 8 días.
- Pacientes con TEC que se encuentren fuera de trauma shock
- Pacientes con TEC que estén orientados con un Glasgow entre 12 y 15

Criterios de exclusión

- Pacientes que presenten TEC grave escala de coma de Glasgow <11 puntos.
- Pacientes con TEC que estén desorientados.
- Pacientes que tengan menos de 7 días de hospitalizados.
- Pacientes hospitalizados en trauma shock.

3.3. Sistema de variable

De acuerdo con Arias (2012) “este tecnicismo se emplea en investigación científica para designar al proceso mediante el cual la variable de conceptos abstractos a términos concretos.” El estudio se consideró univariable referido fundamentalmente a Analizar el cuidado humanizado según la teoría de Jean Watson en la atención del paciente con

traumatismo craneo-encefalico (TEC), en la Emergencia General de Adultos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, periodo abril – septiembre 2023.

3.3.1. Operacionalización de la Variable

La variable es el elemento que se puede medir o controlar en una investigación y al respecto Tamayo y Tamayo (2002), afirma que: “se utiliza para designar cualquier característica de la realidad que puede ser determinada por observación y que puede mostrar diferentes valores de unanimidad de una observación a otra”. (p.163). es decir, la variable con sus indicadores permite medir u observar las características del fenómeno a estudiar. Para elaborar la operacionalización de la variable fue necesario definirla por ello se debe tomar en cuenta la variable, los objetivos específicos, las dimensiones en que ella puede descomponerse y los indicadores que expresan el comportamiento de esta.

www.bdigital.ula.ve

Tabla N° 1

Variable	Objetivos Específicos	Dimensión	Indicador	Ítems			
Cuidado humanizado según la teoría de Jean Watson en la atención del paciente con traumatismo craneoencefálico (TEC), en la Emergencia General de Adultos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, periodo abril – septiembre 2023.	Identificar las características sociodemográficas del paciente con TEC en la Emergencia General de Adultos	Características sociodemográficas	Edad Sexo Estado Civil Nivel educativo Procedencia Tipo de accidente. Tiempo hospitalizado.	A B C D E F G			
	Determinar el cuidado humanizado en la dimensión interacción enfermera/paciente del paciente con traumatismo craneoencefálico hospitalizado en la Emergencia General de Adulto	Valores humanísticos y altruistas con la instalación de fe y esperanza	Sensibilidad hacia uno mismo y los demás desarrollando una relación de cuidados humanos	Trato amable.	1		
				Actitud de la enfermera. Preferencias religiosas. Fortaleza de fe. Trasmisión de esperanza.	2 3 4 5		
	Indagar sobre el cuidado humanizado en la dimensión del cuidado transpersonal del paciente con traumatismo craneoencefálico hospitalizado en la Emergencia General de Adulto.	Expresión de sentimientos positivos y negativos, para la resolución de problemas y toma de decisiones.	Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal, creando un entorno de apoyo.	Relación cercana. Se conmueve con su situación. Como se siente usted. Comunicación. Como se siente la enfermera. Confianza mutua Ponerse en su lugar	6 7 8 9 10 11 12		
				Sentimientos. Emociones. La enfermera lo escucha. Aceptación. Cuidado entregado. Procedimientos aplicados. Cuidados diferentes.	13 14 15 16 17 18 19		
				Informado o educado. Consulta su opinión. Razón de los cuidados. Participación. Inclusión familiar. Trato digno. Apoyo con respeto.	20 21 22 23 24 25 26		
				Satisfacción de necesidades. Necesidades Sociales. Necesidades espirituales. Entendimiento de condiciones. Significado de la vida. Ayuda y comprensión.	27 28 29 30 31 32		
				Conocer el cuidado humanizado en la dimensión del campo fenomenológico del paciente con traumatismo craneoencefálico hospitalizado en la Emergencia General de Adulto.	Ayuda a la satisfacción de las necesidades humanas con la aceptación de fuerzas existenciales fenomenológicas.		

• **Fuente:** Carrillo y Vielma (2023)

3.4. Instrumento de recolección de datos

Según Arias (2012), expresa que el instrumento “es cualquier recurso , dispositivo o formato, que se utiliza para obtener, registrar o almacenar información ” El instrumento fue elaborado por Carrillo y Vielma (2023) y utilizado en esta investigación, fue un cuestionario auto administrado, es decir, que fue respondido por el encuestado sin intervención del encuestador; el cual de acuerdo con Arias (2012), “el cuestionario es la modalidad de encuesta que se realiza de forma escrita, mediante un instrumento o formato en papel contentivo de una serie de preguntas.” Para este estudio se elaboró un instrumento tipo cuestionario (anexo “A”) conformado por dos partes: la primera contentiva de los datos sociodemográficos con (7) ítems y la segunda con treinta y dos (32) ítems, en cuanto a las alternativas de respuesta se utilizó la escala de Likert “nunca”, “a veces”, “regularmente” “casi siempre”, “siempre”.

3.5. Validez del instrumento

Según (Hurtado, 2012) “La validez y confiabilidad reflejan la manera en que el instrumento se ajusta a las necesidades de la investigación.” (p. 144). Así mismo el cuestionario fue sometido a validación bajo la “Técnica Juicio de Expertos”, los cuales emitieron su opinión respecto a la presentación, organización, instrucciones, redacción, coherencia, pertinencia y claridad de cada uno de los ítems y del cuestionario en general; los cuales decidieron como buena la presentación, la redacción del ítem, la pertinencia entre la variable y sus indicadores y la factibilidad de ser aplicado.

Informe de validez del instrumento.

El proceso de la elaboración y validación del instrumento de medición para la investigación titulada: “Cuidado Humanizado según la teoría de Jean Watson en la atención al paciente con Traumatismo Craneo-Encefalico (TEC), Emergencia General de Adultos, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, periodo abril – septiembre 2023”, el proceso se llevó en dos fases: la primera es la cualitativa, que consiste en la elaboración del

instrumento, y la segunda es la fase cuantitativa, en la que se realiza la evaluación de las propiedades métricas en las que se utilizan la validez de contenido.

Dentro de estos tipos de validez existe la validez de contenido que es la que establece si las preguntas elegidas en un cuestionario son una buena muestra del conjunto teórico de todas las preguntas posibles que podrían hacerse sobre el tema del que versa el cuestionario. Llegados a este punto, es cuando una de las opciones que puede tomar el investigador para validar su instrumento de medida es lo que se llama una prueba de jueces. La prueba de jueces consiste en una encuesta a expertos en la materia en que deben pronunciarse sobre los ítems que han sido seleccionados para el cuestionario. Se pide a los expertos que se pronuncien, para cada ítem, sobre la oportunidad o no de incluirlo en el cuestionario.

Se decide llevar a cabo la especificación del índice cuantitativo para la validez de contenido del instrumento mediante el modelo de Lawshe (1975) modificado por Tristán (2008), en donde se destaca que la razón de validez de contenido debe ser igual o mayor a 0.5823 para ser aceptada.

La validez del instrumento fue solicitada a los expertos por correo electrónico. A cada uno de los expertos se le envió un ejemplar digital del cuestionario, en la cual se explicaban los propósitos del estudio, la definición conceptual y operacional de las variables, y también se les proporcionó una hoja para el registro y evaluación de los ítems correspondientes a las 32 preguntas del instrumento original. Posteriormente, los expertos dieron su valoración a cada una de las preguntas, respondiendo de acuerdo a su criterio al nivel de importancia con la escala previamente mencionada. Subsiguientemente se determinó el índice de validez de contenido descritas en el modelo de Lawshe (CVR) y la razón de validez de contenido modificada por Tristán (CVR') para cada uno de los ítems mediante las ecuaciones posteriores; donde los ítems se consideran aceptables cuando su CVR' es igual o mayor a 0,58. Cabe mencionar que el tratamiento de los datos de la información obtenida se hizo a través del software Microsoft Excel ® integrando las siguientes formulas:

$$CVI = \frac{\sum_{i=1}^M CVR_i}{M}$$

Donde, CVI = Índice de Validez de Contenido,

CVR_i = Razón de Validez de Contenido de los ítems aceptables de acuerdo con el criterio de Lawshe

M = Total de ítems aceptables en la prueba.

$$CVI' = \frac{CVR + 1}{2}$$

Donde, CVI' = Índice de Validez de Contenido modificado por Tristán

CVR = Razón de Validez de Contenido para cada ítem de acuerdo con el criterio de Tristán.

Validez de Contenido

Al contar con las valoraciones de los tres expertos, se procedió a determinar la frecuencia de las respuestas en cada ítem, con el objeto de establecer la calidad de cada uno. Se dejaron todos aquellos ítems que obtuvieron la CVR' positiva, es decir, los que han sido valorados como fundamentales por los expertos.

Los resultados obtenidos en el Coeficiente de razón de validez ajustado, para la validez de contenido se obtuvo ítems aprobados al 100%. En la tabla N° 1, se detalla los ítems que son aprobados y las observaciones del resto.

Tabla N° 2. Validez de contenido del cuestionario “Cuidado Humanizado según la teoría de Jean Watson en la atención al paciente con Traumatismo Craneoencefálico (TEC), Emergencia General de Adultos, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, periodo abril – septiembre 2023”.

Ítems	Coeficiente de razón de validez ajustada (CVR´)			Observación
	Coherencia	Claridad	Pertinencia	
1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 29, 31, 32 6, 5, 16, 19, 24,	1	1	1	Aprobados
26, 30	1	0,67	1	Se sugiere revisar la claridad del ítem.

Fuente: Cálculos propios.

Por tanto, para la investigación se realizó la revisión de los ítems mencionados en la tabla 2.

Confiabilidad: El valor obtenido del **Alfa de Cronbach** fue de **0,980**, se considera un nivel excelente para la aplicación del instrumento de la investigación.

3.6. Procedimiento para recabar la información

Para proceder a la aplicación del instrumento se cumplió con las siguientes actividades:

1. Se le solicitó el permiso correspondiente a la dirección del IAHULA y al departamento de enfermería, y se le dio a conocer los objetivos de la investigación.
2. Se esperó respuesta de la solicitud para proceder a la recolección de información.
3. Se planificó los días y las horas para la aplicación del instrumento.
4. Se facilitó los objetivos de la investigación al personal de enfermería que se encontraba de turno a fin de ratificar la confidencialidad de la información y el respeto a su condición humana.

5. Se les dió el consentimiento informado a los pacientes que presentaban TEC y luego se les proporciono el instrumento y se recolectaron los datos.
6. Luego de recolectados los datos se procedió a la tabulación de forma manual para el análisis de los resultados.

3.7. Plan de tabulación y análisis estadísticos de los datos

Luego de obtener la información a través de la aplicación del instrumento aprobado, fue procesada de forma manual, transcribiendo los resultados en una matriz de datos para facilitar el análisis cuantitativo y cualitativo de la investigación. Los resultados se presentan a continuación en tablas para facilitar la comprensión del comportamiento de las dimensiones y respectivos indicadores que representa la variable estudiada.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Después de haber obtenido los datos producto de la aplicación del instrumento de investigación diseñado y validado, se procedió a codificar, tabular, y utilizar la informática a los efectos de interpretación que permitió la elaboración y representación en tablas de distribución de frecuencias simples y porcentuales agrupado los ítem por indicador y dimensiones correspondiente a los objetivos específicos planteados, para luego analizar en función de la opción que presento más frecuencia, en correspondencia con los indicadores evaluados de la variable principal en estudio.

Tabla N° 3: *Características sociodemográficas del paciente con traumatismo craneoencefálico hospitalizado en la Emergencia General de Adulto.*

Dimensión: Datos Sociodemográficos

Indicadores: Edad, Sexo y Estado Civil

<u>Indicadores</u>	<u>Categorías</u>	<u>Fa (n°)</u> (%)	<u>fr</u>
A.- Edad	18-25 años	6	20
	26-30 años	5	17
	31-35 años	3	10
	36-40 años	7	23
	41-45 años	4	13
	> 45 años	5	17
	Total		30
B.- Sexo	Femenino	8	27
	Masculino	22	73
	Total	30	100
C.- Estado civil	Soltero	14	47
	Conviviente	10	33
	Casado	3	10
	Separado	1	3
	Divorciado	0	0
	Viudo	2	7
	Total		30

Fuente: Instrumento diseñado aplicado por Carrillo y Vielma (2023).

En la tabla N° 3; Dando cumplimiento al primer objetivo de la investigación, se describe la Dimensión: Características Sociodemográficas en su indicador: Edad de los pacientes en estudio, el mayor porcentaje se ubicó en la categoría entre 36-40 años con un 23%, en relación a la categoría 18-25 años con un 20%, en la categoría 26-30 años en igual proporción a la categoría >45 años con un 17%, seguido de la categoría entre 41-45 años con un 13% y finalmente en la categoría de 31-35 años con un 10%. Asimismo, para el indicador: **Sexo** se determinó que el porcentaje más alto está representado en el sexo masculino con un 73%, en relación con el sexo femenino con un 27%. En este mismo orden de ideas, para el indicador: Estado civil, se obtuvo que el mayor porcentaje está representado en la categoría soltero con un 47%, en relación a un 33% que está entre la categoría de conviviente, seguido de un 10 % en la categoría de casados, un 7% representados por la categoría de viudos y finalmente un 3% en los que se encuentran en la categoría de separados.

Tabla N° 4: *Características sociodemográficas del paciente con traumatismo craneoencefálico hospitalizado en la Emergencia General de Adulto. Distribución de frecuencia y porcentaje.*

Dimensión: Datos Sociodemográficos

Indicadores: Nivel Educativo y Procedencia.

<u>Indicadores</u>	<u>Categorías</u>	fa (n°)	fr (%)
D.- Nivel educativo	Primaria incompleta	6	20
	Primaria completa	1	3
	Secundaria incompleta	6	20
	Secundaria completa	9	30
	Nivel técnico	5	17
	Nivel superior	2	7
	Analfabeta	1	3
	Total		30
E.- Procedencia	Santos de Marquina	3	10
	Libertador	11	37
	Sucre	5	17
	Caraciolo Parra y Olmedo	1	3
	Rivas Dávila	1	3
	Campo Elías	2	7
	Antonio Pinto Salinas	3	10
	Zulia	4	13

Total	30	100
--------------	-----------	------------

Fuente: Instrumento diseñado aplicado por Carrillo y Vielma (2023).

En la tabla N° 4; Dimensión: Características Sociodemográficas, Indicador Nivel educativo se obtuvo que la población investigada ha cursado la secundaria completa con un 30%, en relación a un 20% que se ubicó en categoría primaria incompleta y secundaria incompleta, seguido de un 17% por ciento en un nivel técnico, un 7% con un nivel superior y un 3% entre la categoría de primaria completa y analfabeta. Así mismo, en el indicador: Procedencia el mayor porcentaje está representado en el municipio Libertado con un 37% en relación a un 17% del Municipio Sucre, un 13% del Estado Zulia, un 10% del Municipio Santo Marquina, un 7% del Municipio Campo Elías y Antonio Pinto Salinas, seguidos de un 3% de procedencia de los Municipios Rivas Dávila, Caracciolo Parra de Olmedo.

Tabla N° 5: *Características sociodemográficas del paciente con traumatismo craneoencefálico hospitalizado en la Emergencia General de Adulto. Distribución de frecuencia y porcentaje. Distribución de frecuencia y porcentaje*

Dimensión: Características Sociodemográficas,

Indicadores: Tipo de accidente y Tiempo de Hospitalización

<u>Indicadores</u>	<u>Categorías</u>	fa (n°)	fr (%)
F.-Tipo de accidente	Bicicleta	1	3
	Jugando futbol	1	3
	Carro	4	13
	Misma altura	9	30
	Moto	15	50
	Total		30
G.- Tiempo de Hospitalización	1 semana	17	57
	2 Semanas	6	20
	3 Semanas	6	20
	1 Mes	1	3
	Total		30

Fuente: Instrumento diseñado aplicado por Carrillo y Vielma (2023).

Referente a la tabla N° 5; Dimensión: Características Sociodemográficas, Indicador **Tipo de accidente** el mayor porcentaje se ubicó en accidente de moto representado en un 50%, en relación a las caídas de la misma altura en un 30%, seguido de accidente de carro con

un 13% y finalmente un 3% como consecuencia de accidentes en bicicletas y jugando futbol. En relación con el indicador: **Tiempo de hospitalización** se observó que la mayoría se ubicó en una semana de hospitalización con un 57%, en relación a los que presentaban dos y tres semanas con un 20% y finalmente los que solo se ubicaban con un 1 mes de hospitalización con un 3%.

Ahora bien, con respecto a las características Sociodemográficas tales resultados coinciden con el planteado por Otayza (2022); donde las cifras reales son difíciles de obtener, ya que existe un número importante de casos de TEC menores o leves que no solicitan atención médica. Sin embargo, de manera similar a la población adulta, el 86% de los TEC son leves, 8% moderado y 6% severo. El TEC severo se presenta con una distribución por edad bimodal.

Tabla N° 6: Cuidado humanizado en la dimensión interacción enfermera/paciente del paciente con traumatismo craneoencefálico hospitalizado en la Emergencia General de Adulto Distribución de frecuencia y porcentaje

Dimensión: Valores humanísticos y altruistas con la instalación de fe y esperanza.

N°	PROPOSICIÓN	ALTERNATIVAS DE RESPUESTAS									
		N		AV		R		CS		S	
		fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
1	Recibe un trato amable de parte de la enfermera/o.	0	0	3	10	2	7	4	13	21	70
2	Siente que la actitud de la enfermera/o tiene un efecto positivo en usted.	6	20	1	3	2	7	5	17	16	53
3	La enfermera/o ha considerado sus preferencias religiosas o espirituales en la atención brindada.	18	60	1	3	2	7	2	7	7	23
4	Siente que las acciones de la enfermera/o ayudan a fortalecer su fe.	13	43	3	10	1	3	4	13	9	30
5	Siente que la enfermera/o al cuidarlo le trasmite esperanza (ó algunas otras formas de sentirse mejor).	8	27	3	10	3	10	6	20	10	33

Fuente: Instrumento diseñado aplicado por Carrillo y Vielma (2023).

En la tabla N° 6, cumpliendo lo planteado en el segundo objetivo específico se describen los datos aportados por los pacientes con TEC sujetos de estudio para la **Dimensión valores humanísticos y altruistas con la instalación de fe y esperanza**; en la cual se observó que para el ítem 1, un 70% manifestó que siempre recibe un trato amable por parte de la enfermera/o, otro 13% señaló que casi siempre, 10% a veces y un 7% regularmente. De lo que se dedujo, que un alto porcentaje de las enfermeras brindan un trato amable a los pacientes bajo sus cuidados.

En cuanto al ítem 2 un 53% de los pacientes afirmaron que siempre sienten que la actitud de la enfermera/o tiene un efecto positivo en ellos, otro 20% considero la alternativa nunca, el 17% casi siempre, un 7% regularmente y un 3% indico que a veces. Estos resultados concluyen que la actitud de la enfermera en la mayoría de los pacientes influye de manera positiva en ellos y en su recuperación tal como lo plantea la teorizante. En este orden de ideas, en el ítem 3 un 60% sostuvo que nunca la enfermera a considerado sus preferencias espirituales o religiosas en la atención brindada, el 23% expreso que siempre, el 7% casi siempre y regularmente en igual proporción, con un 3% solo a veces. Es decir, que los pacientes no se le consideran sus preferencias religiosas en el momento de brindarle la atención por parte del personal de enfermería.

Para el ítem 4 referido a que, si las acciones de enfermería le ayudan a fortalecer su fe, un 43% respondió que nunca, un 30% siempre, otro 13% casi siempre, un 10% a veces y el 3% restante regularmente. De lo que se infiere que para la **formación de un sistema de valores humanistas y altruistas** los cuidados se deben convertir en una práctica amable y ecuánime, brindando sentido al acto de cuidar. Estos se aprenden desde muy temprano en la vida, pero en la juventud son importantes los modelos, es por ello que las enfermeras/o asistenciales juegan un rol destacado en la formación de estos valores. Finalmente, con el análisis, en el ítem 5, se observó que un 33% de los pacientes manifestaron que la enfermera al cuidarlo siempre le trasmite esperanza, un 27% afirmaron que nunca, otro 20% casi siempre, un 10% a veces y regularmente en igual proporción.

A su vez los resultados, guardan relación con el trabajo de investigación de Catota y Guarate (2023), en Ambato, Ecuador en su trabajo titulado Cuidado Humanizado de Enfermería en pacientes Hospitalizados en un hospital de Ambato, Ecuador. Donde arrojo con relación a las cualidades del hacer de enfermería; en éste se evidencia que el 70% de los

usuarios de ginecología señalaron que siempre y casi siempre los profesionales demuestran cualidades como: trato con amabilidad a la paciente, les hacen sentir como personas, les generan confianza cuando los cuidan, les explican los cuidados, le demuestran respeto por sus creencias y valores. Por otro lado encontraron con un 58% que siempre el personal de enfermería tenía buena apertura en la comunicación, señalaron que casi siempre con un 75% le mostraban la comunicación enfermero-paciente.

En función de lo que establece la teorizante la **instilación de fe y esperanza**, en los cuidados el profesional de enfermería debe transformarse en una presencia auténtica que permite y sostenga el sistema profundo de creencias, tanto de el mismo como cuidador, como del ser que es cuidado. Es necesario volver la mirada hacia los aspectos ancestrales del cuidado, en donde adquieren importancia la fe y la esperanza en las creencias que el ser humano sustenta tanto para su salud como para su curación.

Tabla N°7: *cuidado humanizado en la dimensión interacción enfermera/paciente del paciente con traumatismo craneoencefálico hospitalizado en la Emergencia General de Adulto*
Distribución de frecuencia y porcentaje

Dimensión: Sensibilidad hacia uno mismo y los demás desarrollando una relación de cuidados humanos.

N°	PROPOSICIÓN	ALTERNATIVAS DE RESPUESTAS									
		N		AV		R		CS		S	
		fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
6	Siente que tiene una relación cercana con la enfermera/o.	9	30	7	23	2	7	6	20	6	20
7	Siente que la enfermera/o se conmueve con su situación de salud.	7	23	4	13	2	7	8	27	9	30
8	La enfermera/o sabe cómo usted se siente y le consulta al respecto.	8	27	3	10	2	7	6	20	11	36
9	Siente que la comunicación con la enfermera/o es verdadera.	5	17	4	13	2	7	8	27	11	36
10	Usted puede identificar cómo se siente la enfermera/o y manifestarlo con confianza.	9	30	4	13	5	17	4	13	8	27
11	Siente una confianza mutua entre la enfermera/o y usted.	8	27	8	27	4	13	2	7	8	27
12	La enfermera/o se pone en su lugar cuando usted expresa lo que	10	33	6	20	4	13	3	10	7	23

siente.

Fuente: Instrumento diseñado aplicado por Carrillo y Vielma (2023).

En la tabla N° 7, dando respuesta lo establecido en el tercer objetivo específico se describen los resultados obtenidos para la dimensión: **Sensibilidad hacia uno mismo y los demás desarrollando una relación de cuidados humanos**; en donde el ítem 6, un 30% asevero que nunca sienten que tengan una relación cercana con la enfermera, seguido de un 23% que considero la alternativa a veces, un 20% casi siempre, y en igual proporción los que expresaron siempre y en último lugar un 7% que se ubicaron en regularmente. Para el ítem 7, se obtuvo que un 30% de los pacientes afirmaran que siempre sienten que la enfermera se conmueve con su situación de salud, otro 27% casi siempre, un 23% aseguro que nunca, otro 13% a veces y un 7% regularmente.

De la misma forma, para el ítem 8, se tiene que un 36% de los pacientes siente que siempre la enfermera/o logra identificar como sienten y le consulta al respecto, el 27% selecciono la alternativa nunca, el 20% casi siempre, un 10% a veces y un 7% regularmente. Para el ítem 9, se observó que un 36% de los encuestados opinaron que siempre sienten que la comunicación con la enfermera es verdadera/o, otro 27% casi siempre, un 17% nunca, un 13% a veces y una minoría 7% respondió que regularmente. Estos resultados evidencian que **Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás**, y las propias prácticas espirituales y transpersonales. Como lo establece la psicología humanista y transpersonal descrita por la teorizante considera que la relación que se establece con el paciente es clave para lograr resultados en salud incluso más que los métodos tradicionales. La comunicación entre la enfermera/o y la persona cuidada debe ser auténtica, un encuentro persona a persona lo que permitirá su participación y favorecerá su recuperación.

Por consiguiente, con respecto al ítem 10, se evidencio que un 30% de los encuestados opinaron que nunca logran identificar cómo se siente la enfermera y manifestarlo con confianza, a su vez un 27% respondieron que siempre, otro 17% regularmente, y finalizando con un 13% a veces y en igual proporción los que se ubicaron en casi siempre. En cuanto al ítem 11, siente una confianza mutua entre la enfermera y usted, se tiene que tres de las opciones de respuesta obtuvieron el mismo resultado obteniendo, nunca 27%, a veces y siempre, en relación a regularmente un 13% y casi siempre un 7%. Finalmente, en el ítem 12,

se determinó que un 33% a sentido que nunca la enfermera se pone en su lugar cuando expresa lo que siente, en relación a un 23% que se ubicó en siempre, otro 20% a veces, un 13% regularmente y un 10% casi siempre.

Aunado a este mismo orden de ideas, los resultados de esta dimensión guardan relación con el trabajo de investigación presentado por Blanco (2021), en Cerro de Pasco, Perú, titulada **Cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del usuario atendido en el servicio de emergencias del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma**. Ya que se evidenció que del total de usuarios atendidos en el servicio de emergencia el 50%, a veces reciben cuidado humanizado, seguido de 32% de siempre, y finalmente 18% nunca. En relación a la variable satisfacción del cuidado, el 62%, refirió satisfacción media, seguido de 22% satisfecho y 16% insatisfecho. Se contrastó la hipótesis que existía relación estadísticamente significativa entre el cuidado humanizado de enfermería y satisfacción del usuario atendido. Finalmente, al evaluar esta dimensión planteada permiten inferir que el personal de enfermería debe *Desarrollar una relación de cuidados humano de ayuda y de confianza, como lo plantea la teoría aplicada* para que los cuidados sean auténticos es necesario que esta relación se desarrolle y se sostenga en una confianza mutua. La enfermera/o debe ver al paciente como ser humano que necesita ser comprendido, no como "objeto" de sus cuidados, objeto al que se puede manipular y tratar por conveniencia.

Tabla N°8: *Cuidado humanizado en la dimensión del cuidado transpersonal del paciente con traumatismo craneoencefálico hospitalizado en la Emergencia General de Adulto Distribución de frecuencia y porcentaje.*

Dimensión: Expresión de sentimientos positivos y negativos para la resolución de problemas y toma de decisiones.

N°	PROPOSICIÓN	ALTERNATIVAS DE RESPUESTAS									
		N		AV		R		CS		S	
		fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
13	La enfermera/o favorece o permite que usted exprese sus sentimientos.	8	27	7	23	1	3	6	20	8	27
14	La enfermera/o le da tiempo para que usted exprese sus emociones.	8	27	10	33	4	13	2	7	6	20

15	Siente que la enfermera/o lo escucha más allá de lo que le pasa con su enfermedad.	13	43	10	33	2	7	2	7	3	10
16	Siente que la enfermera/o acepta lo que a usted le pasa.	7	23	7	23	2	7	5	17	9	30
17	Siente que el cuidado entregado por la enfermera/o es organizado y basado en el conocimiento.	1	3	3	10	1	3	3	10	22	73
18	Siente que los procedimientos que se le realizan son adecuados a su manera de ser.	2	7	5	17	2	7	3	10	18	60
19	Siente que los cuidados que se le proporcionan son diferentes a los entregados a los demás pacientes	11	37	6	20	4	13	3	10	6	20

Fuente: Instrumento diseñado aplicado por Carrillo y Vielma (2023).

Los resultados obtenidos en la tabla N° 8, dan respuesta el cuarto objetivo específico relacionados con la Dimensión: **Expresión de sentimientos positivos y negativos para la resolución de problemas y toma de decisiones**, en donde para el ítem 13, se obtuvo que un 27% considero que nunca la enfermera/o favorece para que exprese sus sentimientos, y en igual proporción a su vez respondieron que siempre, en relación a un 23% que se ubicó a veces, otro 20% casi siempre y un 3% regularmente. Para el ítem 14, arrojo que un 33% sostuvo que a veces la enfermera le da tiempo para que exprese sus emociones, en relación a un 27% nunca lo hace, otro 20% expreso que siempre, un 13% regularmente y un 7% casi siempre. Con relación al ítem 15, se encontró que un 43% manifestó que nunca la enfermera/o lo escucha más allá de lo que le pasa con su enfermedad, en relación a un 33% que solo a veces lo hace, el 10% señalo que siempre, otro 7% casi siempre y el 7% restante regularmente. Lo que resulta oportuno expresar que **Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos**, donde el personal de enfermería debe cultivar la sensibilidad de uno mismo y de los demás. El autoconocimiento y la aceptación permiten compartir sentimientos con el otro. La autora de esta teoría reconoce que es una experiencia que implica riesgos, tanto para las enfermeras como para los pacientes; la enfermera/o debe

estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, comprender emocional e intelectualmente una situación, y ser capaz de establecer la diferencia para intervenir en ella.

En relación con el ítem 16, se encontró que un 30% de los pacientes afirmaron que siempre sienten que la enfermera/o acepta lo que le pasa, en relación a un 23% que considero que nunca y en igual proporción a veces, seguido de un 17% casi siempre y un 7% regularmente. Para el ítem 17, se tiene que un 73% se ubicó en siempre el cuidado entregado por enfermería es de manera organizada y basado en el conocimiento, en relación a un 10% que afirma que a veces, y en igual proporción los que consideraron casi siempre, seguido de un 3% que afirma que nunca, y el 3% restante regularmente. Lo que dedujo que un alto porcentaje de los encuestados considera y afirma positivamente que el personal de enfermeras aplica los cuidados en función de sus conocimientos y experiencias.

En cuanto al ítem 18, los datos indicaron que un 60% de los pacientes siempre sienten que los procedimientos que se le realizan son adecuados a su manera de ser, otro 17% a veces, un 10% casi siempre, un 7% indico que nunca y en igual proporción los que se ubicaron en regularmente. Finalmente, en el ítem 19, arrojó que un 37% expreso que nunca siente que los cuidados que le proporcionan son diferentes a los entregados a los demás pacientes, en relación a un 20% que se ubicó en a veces, y en igual proporción los que consideraron siempre, seguidos de un 13% que consideraron que son regularmente y un 10% restante casi siempre.

Estos resultados están relacionados con la investigación de Cornejo (2020), en Pimentel, Perú, intitulada **“Percepción del Paciente sobre Cuidado Humanizado a la Luz de Watson - Servicio de Cirugía. H.R.D “Las Mercedes”. Chiclayo**. Cuyos resultados fueron que el 60% de los encuestados tienen una percepción sobre el cuidado humanizado como bueno, el 39,4% ven su relación con el profesional de enfermería como una relación de ayuda- confianza lo que se traduce en una percepción sobre el cuidado humanizado como bueno y el 0,6% percibe el cuidado de enfermería como deficiente. La autora concluyó que el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de cirugía es regular pues el cuidado no solo implica tener conocimientos, sino también una base ético- moral que guie su accionar. Por lo que recomendaron concientizar a los enfermeros sobre las repercusiones que tiene el cuidado humanizado en el ejercicio de sus labores.

Tales análisis indican que el uso *del método científico para la resolución de problemas y toma de decisiones es fundamental para todo profesional de enfermería*, ya que es una actitud creativa para resolver problemas, y además es una forma de conocer las partes del proceso del cuidado incorporando el arte en la práctica de cuidar-sanando, adquiriendo un carácter científico como método organizado y sistemático, que busca la resolución de problemas como herramienta que ha permitido a las enfermeras/os una práctica científica del cuidado basado en la evidencia usando para ello el instrumento científico como lo es “el proceso enfermero”.

Tabla N° 9: *Cuidado humanizado en la dimensión del cuidado transpersonal del paciente con traumatismo craneoencefálico hospitalizado en la Emergencia General de Adulto*
Distribución de frecuencia y porcentaje.

Dimensión: Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal, creando un entorno de apoyo

N°	PROPOSICIÓN	ALTERNATIVAS DE RERSPUESTAS									
		N		AV		R		CS		S	
		fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
20	Le han informado o educado respecto a los cuidados que le entregan.	5	17	5	17	0	0	3	10	17	56
21	Se le consulta su opinión en los procedimientos que se le realizan.	4	13	8	27	0	0	4	13	14	47
22	Conoce la razón de los cuidados que se le proporcionan.	5	17	2	7	1	3	2	7	20	66
23	Reconoce cuál es su participación y qué importancia tiene usted en los cuidados otorgados.	4	13	2	7	3	10	2	7	19	63
24	Siente que se le ha incluido a usted y a su entorno familiar en sus cuidados de salud.	5	17	4	13	2	7	2	7	17	56
25	Siente que ha recibido un trato digno, que resguarda su integridad.	3	10	4	13	4	13	2	7	17	57
26	Siente que el trato se corresponde a su personalidad y cuerpo.	4	13	3	10	5	17	4	13	14	47

Fuente: Instrumento diseñado aplicado por Carrillo y Vielma (2023).

En la tabla N° 9, dando respuesta al quinto objetivo específico se analizan los datos obtenidos para la Dimensión: **Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal, creando un entorno de apoyo**, en donde para el ítem 20, los datos indicaron que un 56% dice que siempre les han informado o educado respecto a los cuidados que le entregan, en relación a un 17% que expreso que nunca y en igual proporción a veces, seguido de un 10% restante que manifestó casi siempre. Es decir, que un alto porcentaje de pacientes consideran que si les informan sobre los cuidados que le entregan. Para el ítem 21, se obtuvo que un 47% de los pacientes afirmaron que siempre se le consulta su opinión en los procedimientos que se le realizan, en relación a un 27% que expreso que a veces, seguido de un 13% que se ubicó en nunca y en igual proporción un 13% que lo considero en casi siempre. En otras palabras, una mayoría de los pacientes encuestados si se les consulta su opinión al momento de realizarle cualquier tipo de procedimiento.

Con relación al ítem 22, un 66% de los encuestados considero que siempre conoce la razón de los cuidados que le proporcionan, en relación a un 17% que expreso que nunca, seguido de un 7% que lo considero a veces, y en igual proporción se ubicó en casi siempre y por último un 3% de forma regular. Estos resultados indican que la mayoría de los pacientes sabe la razón de los cuidados que le proporciona el personal de enfermería. Con respecto al ítem 23, opinaron con un 63% que siempre reconocen cuál es su participación y la importancia que tienen sobre los cuidados, en relación a un 13% que se ubicó en nunca, seguido de un 10% que lo considero regularmente, y un 7% a veces con igual proporción casi siempre. De esto se deduce que los pacientes en su mayoría reconocen su participación en los cuidados y la importancia de estos. La teoría sugiere que al **Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal, pasa hacer** experiencia genuina de enlazar la enseñanza y aprendizaje como una unidad de "ser" y con "significado". Los profesionales de la salud, en general, tienen el deber de prepararse para educar y entregar información a la persona cuidada, de este modo, la van a ayudar a adaptarse ya disminuir el estrés; a la vez, las enfermeras/os también deben aprender a recibir del otro.

A continuación, para el ítem 24, los datos permitieron señalar que el 56% siente que siempre le han incluido a ellos y a su entorno familiar en sus cuidados de salud, en relación a un 17% que siente que nunca lo han hecho, seguido de un 13% que lo considero a veces, un 7% lo expresa que de forma regular y en igual proporción lo afirmo que casi siempre. En otras

palabras, a un poco más de la mitad de los pacientes se les ha involucrado a los familiares en los cuidados. Con respecto al ítem 25, un 57% hace mención que siempre ha recibido un trato digno, que resguarda su integridad, en relación a un 13% que respondió que a veces, en igual proporción lo consideraron de forma regular, un 10% nunca lo hace y el 7% restante casi siempre. Lo que lleva a deducir que de acuerdo con los resultados la mayoría de los pacientes consideran que han recibido un trato digno por parte del personal de enfermería. En cuanto al ítem 26, los datos indicaron que un 47% siente siempre que el trato corresponde a su personalidad y cuerpo, en relación a un 17% que se ubicó regularmente, seguido de un 13% que se expresó que nunca lo hacen, y en igual proporción los que consideraron casi siempre y por último un 10% los que opinaron a veces.

Tales resultados coinciden a los presentados por Idrogo y Ríos (2020), en Tarapoto, Perú en su estudio sobre el **Cuidado Humanizado del Profesional de Enfermería y la Satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital II – 2. MINSA**. Donde demostraron; en la dimensión Disponibilidad para la atención por el profesional de enfermería, el 56,3% mencionó que eran de nivel óptimo Con respecto a la satisfacción del paciente; dimensión: trato humano, el 57,3% mencionó que era de nivel ligeramente alto, en la dimensión Capacidad resolutiva del profesional de Enfermería, el 63,1% (65) señaló que es de ligeramente alto. Concluyeron que existe una relación estadísticamente significativa entre el cuidado humanizado brindado por los profesionales de enfermería con la satisfacción del paciente.

Es decir que al ***Crear un entorno de apoyo o conexión mental, física, sociocultural y espiritual***, es hacer sentir un ambiente sanador en todos los niveles, dando fuerza y energía al "ambiente no físico", reforzando la belleza, la integridad, la comodidad, la dignidad y la paz del paciente, el bienestar se debe evaluar desde el paciente y no por rutinas establecidas en los servicios hospitalarios todos estos aspectos como una cama confortable, una posición correcta y la realización de ejercicios, son tan importantes como explicar al paciente los procedimientos que se van a realizar, y la satisfacción de sus necesidades espirituales derechos que son irrenunciables como ser humano.

Tabla N°10: *Cuidado humanizado en la dimensión del campo fenomenológico del paciente con traumatismo craneoencefálico hospitalizado en la Emergencia General de Adulto. Distribución de frecuencia y porcentaje.*

Dimensión: Ayuda a la satisfacción de las necesidades humanas con la aceptación de fuerzas existenciales fenomenológicas.

N°	PROPOSICIÓN	ALTERNATIVAS DE RESPUESTAS									
		N		AV		R		CS		S	
		fa	%	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
27	Siente que la enfermera/o trabaja para satisfacer sus necesidades físicas.	5	17	8	27	1	3	3	10	13	43
28	Siente que la enfermera/o se preocupa por sus necesidades sociales.	7	23	7	23	2	7	4	13	10	33
29	Siente que la enfermera/o incorpora en los cuidados sus necesidades espirituales.	16	53	8	27	4	13	0	0	2	7
30	La enfermera /o le ayuda a entender porque está en esa condición de su enfermedad, lugar o estado.	9	30	8	27	4	13	3	10	6	20
31	Logra entender el significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera/o.	16	53	3	10	4	13	5	17	2	7
32	La enfermera/o lo ayuda a comprenderse mejor así mismo y a los demás.	17	57	3	10	2	7	4	13	4	13

Fuente: Instrumento diseñado aplicado por Carrillo y Vielma (2023).

Seguidamente, dando respuesta al sexto y último objetivo específico se presenta los datos obtenidos para la tabla N° 10, Dimensión: Ayuda a la satisfacción de las necesidades humanas con la aceptación de fuerzas existenciales fenomenológicas, en donde para el ítem 27, se obtuvo que un 43% expresa que siempre la enfermera/o trabaja para satisfacer sus necesidades físicas, en relación a un 27% que lo considero que a veces, seguido de un 17% que afirmo que nunca, otro 10% se ubicó en casi siempre y por último un 3% de forma regular. De lo que se deduce que la mayoría siente que las enfermeras/os trabajan para satisfacer sus necesidades físicas. Con relación al ítem 28, un 33% siente que la enfermera/o siempre se preocupa por sus necesidades sociales, en relación a un 23% que lo considero que

nunca y en igual proporción los que consideraron a veces, un 13% casi siempre y finalmente un 7% regularmente.

Tomando en consideración lo expresado por teorizante *Ayudar a los pacientes a la satisfacción de las necesidades humanas*. Es satisfacer las necesidades básicas elementales dando sentido al cuidado, suministrando la esencia del cuidado humanizado, reforzando la integridad cuerpo, mente y espíritu, como un ser único en todos los aspectos del cuidado, e incorporando el desarrollo espiritual profundo que se debe dar.

Para el ítem 29, arrojó que un 53% sostuvo que nunca la enfermera/o incorpora en los cuidados sus necesidades espirituales, en relación a un 27% que lo hace a veces, un 13% regularmente, y un 7% restante lo considera en siempre. Lo que indica que por parte del personal de enfermería no se incorporan cuidados sobre las necesidades espirituales de los pacientes. Con relación al ítem 30, se obtuvo que un 30% de los encuestados siente que la enfermera/o nunca le ayuda a entender porque está en esa condición de su enfermedad, en relación a un 27% que su ubica en a veces, seguidamente de un 20% que lo expreso en siempre, un 13% regularmente y otro 10% casi siempre. Para el ítem 31, se tiene que un 53% de los pacientes manifestaron que nunca logran entender el significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera/o, en relación a un 17% que lo hace casi siempre, otro 13% regularmente, un 10% a veces y por último un 7% que se ubicó en siempre. Lo que dedujo que un alto porcentaje de pacientes no logra entender el significado de su vida a través de la comunicación con la enfermera/o. Finalmente, para el ítem 32, los resultados indicaron que un 57% de los pacientes sienten que por parte de la enfermera/o nunca lo ayuda a comprenderse mejor así mismo y a los demás, por el contrario, un 13% afirma que casi siempre y en igual proporción los que expresaron que siempre, seguidamente de un 10% que lo considero a veces y un 7% restante regularmente.

Los resultados encontrados guardan relación con la investigación de Serrato (2019), en Pimentel, Perú titulada: **“Cuidado Humanizado desde la Perspectiva del Profesional de Enfermería del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque”**. Donde se obtuvo que del 82 (100%), el 50% tenían una percepción medianamente favorable, 31,7% favorable y 18,3% desfavorable sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería. En la dimensión priorizar al ser cuidado, el 45,2% considero una percepción favorable 42,7% medianamente favorable 12.2% desfavorable. En la dimensión apoyo emocional, el 42,7% apreció una

percepción favorable, 39% medianamente favorable 18,3% desfavorable. En la dimensión proactividad, el 41,5% considero una percepción medianamente favorable, 40,2% favorable 18,3% desfavorable. En la dimensión característica de la enfermera el 41,5% experimentaron una percepción medianamente favorable, 39% favorable, 19,5% desfavorable. El autor concluyó que la mayoría de los pacientes tenían una percepción medianamente favorable sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería en el servicio de sala de operaciones; y en las dimensiones descritas hay una percepción favorable y medianamente favorable.

Estos resultados indican que la mayoría de los pacientes no sienten un apoyo por parte de la enfermera/o para comprender mejor su estado de salud. Y la aplicabilidad teórica es garantizar la *Aceptación de fuerzas existenciales-fenomenológicas*, y se deben atender y abrir los misterios espirituales y existenciales de la vida y la muerte cuidando el alma de uno mismo y del ser que se cuida es la esencia del arte de cuidar para el profesional de la enfermería.

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Con base a los objetivos planteados y los resultados encontrados en el presente estudio se concluyó que la mayoría de los pacientes tratados en la emergencia adulto del IAHULA diagnosticados con TEC manifestaron lo siguiente:

En cuanto al objetivo N°1, el cual identifico las características sociodemográficas, arrojó que el mayor porcentaje se ubicó en la categoría entre 36-40 años de edad, eran de sexo masculino, solteros, tenían secundaria completa, residían en el Municipio Libertador, ingresaron a la emergencia general adulto con el diagnóstico caídas de su misma altura y tenían más de 8 días de hospitalización.

Con respecto al objetivo N° 2, el cual determino el cuidado humanizado en la interacción enfermera/paciente del paciente con traumatismo craneoencefálico hospitalizado en la Emergencia General de Adulto, se observó que la mayoría de los pacientes con diagnóstico de TEC, manifestaron con la alternativa de respuesta siempre reciben un trato amable por parte de la enfermera/o, sienten que la actitud de la enfermera/o tiene un efecto positivo en ellos, que la enfermera/o al cuidarlo les transmiten esperanza, la enfermera/o logra identificar como se sienten y le consultan al respecto y sienten que la comunicación con la enfermera es verdadera/o; sin embargo, con la alternativa de respuesta nunca la enfermera/o consideran sus preferencias espirituales o religiosas en la atención brindada, nunca las acciones de enfermería le ayudan a fortalecer su fe, ni sienten que tengan una relación cercana con la enfermera/o, ni identifican cómo se siente la enfermera/o ni existe confianza mutua y la enfermera nunca se pone en el lugar cuando ellos expresan lo que sienten.

Respecto al objetivo N° 3, el cual indagó el cuidado humanizado en la dimensión del cuidado transpersonal del paciente con traumatismo craneoencefálico hospitalizado en la Emergencia General de Adulto, se evidenció con la alternativa de respuesta siempre que la

mayoría de los pacientes sienten que la enfermera/o acepta lo que le pasa, el cuidado entregado por enfermería es de manera organizada y basado en el conocimiento, sienten que los procedimientos que se le realizan son adecuados a su manera de ser, les informan y educan respecto a los cuidados que deben tener, ellos consultan la opinión de la enfermera/o en los procedimientos que se le realizan, conocen la razón de los cuidados que le proporcionan, reconocen cuál es su participación y la importancia que tienen sobre los cuidados, le han incluido a ellos y a su entorno familiar en sus cuidados de salud, han recibido un trato digno que resguarda la integridad y el trato corresponde a su personalidad y cuerpo. Algunas Veces la enfermera le da tiempo para que exprese sus emociones, sin embargo, nunca la enfermera/o favorece para que exprese sus sentimientos, ni los escuchan más allá de lo que le pasa con su enfermedad, ni sienten que los cuidados que le proporcionan son diferentes a los entregados a los demás pacientes.

En relación al objetivo N° 4, el cual conoció el cuidado humanizado en la dimensión del campo fenomenológico del paciente con traumatismo craneoencefálico hospitalizado en la Emergencia General de Adulto, se demostró que la mayoría de los pacientes optó por la alternativa de respuesta siempre la enfermera/o trabaja para satisfacer sus necesidades físicas de los pacientes con TEC, se preocupan por sus necesidades sociales; sin embargo, nunca la enfermera/o incorpora en los cuidados las necesidades espirituales, ni le ayudan a entender porque están en esa condición de su enfermedad, ni logran entender el significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera/o y nunca lo ayudan a comprenderse mejor así mismo y a los demás pacientes con TEC.

Luego de las conclusiones se proponen las siguientes

5.2. Recomendaciones.

A la Universidad de Los Andes, Escuela de Enfermería

- Presentar este estudio a la Escuela de Enfermería para que conozcan los resultados obtenidos en la investigación, y con base a ello, se diseñen estrategias en el

fortalecimiento de la práctica del cuidado humanizado de los pacientes con traumatismo craneoencefálico.

- Motivar a los estudiantes de enfermería en la consecución de esta investigación, para el desarrollo de habilidades y destrezas en el cuidado humanizado de los pacientes con traumatismo craneoencefálico.

Al Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.

- Presentar los resultados de este estudio a las autoridades del Hospital y al personal de enfermería que labora en la Emergencia General de Adultos, a fin de que conozcan los resultados obtenidos en la investigación, y con base a ello, aumenten el interés por el cuidado humanizado de los pacientes con traumatismo craneoencefálico.
- Diseñar estrategias dirigidas al fortalecimiento de la práctica del cuidado humanizado y así obtener indicadores de satisfacción de los pacientes con traumatismo craneoencefálico.
- Implementar sesiones de aprendizaje para incrementar la comunicación en la relación terapéutica enfermero/paciente.

A las (os) Enfermeras (os) de la Emergencia General de Adultos.

- Implementar programas para que el personal de enfermería de nuevo ingreso fortalezca el aprendizaje sobre el cuidado humanizado de los pacientes con traumatismo craneoencefálico.
- Sugerir al personal de enfermería, que se especialicen en el área e incrementen con calidad los cuidados humanizados de los pacientes con traumatismo craneoencefálico.
- Promover la inducción del personal de nuevo ingreso para que aprendan a cuidar humanamente a los pacientes, se comuniquen y aclaren dudas y fortalezcan la necesidad de espiritualidad y escucha activa ante las necesidades sentidas del paciente con traumatismo craneoencefálico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arenas L, Arenas J y Campos R. (2011). *Autocuidado elementos para sus bases conceptuales. México.* [Artículo en Línea]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262112736_Autocuidado_elementos_para_sus_bases_conceptuales.
- Alba, A., Fajardo, G., Tixtha, E., Papaqui, J. (2012). La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *Revista de enfermería neurológica*, 11(3), 138-141. Disponible en: <https://www.revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/144&hl=es&sa=T&oi=gsb&ct=res&cd=0&d=4444456797435827167&ei=ZcAJZef3NOGWy9YPrs6WoAU&scisig=AFWwaeb2H5Pje-qXweaOVI4eDOAv>.
- Arredondo C, González, J, (2009). *Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales.* *Index Enferm vol.18 no.1 Granada ene./mar. 2009.* [Artículo en Línea]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20de%20Peplau%20se,K%C3%A9rouac%20y%20cols%2C%201996.
- Arias, F. (2012). *El proyecto de Investigación, Introducción de la Metodología Científica.* Caracas: Ediciones: El pasillo 2011, C.A.
- Ariza, A., Herrera, P. Rodríguez, J., (2018). *Monotemático sobre Trauma Craneoencefálico.* [Trabajo de grado para optar al título de Médico Neurocirujano] Centro de Investigaciones Biomédicas (CIB). Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias, Colombia. Facultad de Medicina. ISSN: 1810-2352 www.revmie.sld.cu Vol. 17, Suplemento. 2 (2018) Pág. 3-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedinteme/cie-2018/cies182b.pdf>.
- Balbinotti, M. A. A. (2004). Estou Testando o que Imagino Estar? Reflexões acerca da Validade dos Testes Psicológicos. En C. E. Vaz y R. L. Graff (Eds.), *Técnicas Projetivas: Produtividade em Pesquisa* (pp. 6-22, 1.ª Ed.). Sao Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo
- Bernal, M., Ramírez, A., y Ramírez, G. (2011). Percepción de trato digno de usuarias que acuden al servicio de interrupción legal del embarazo (ILE). *Enfermería universitaria*, 8(3), 21-27. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-

- Cornejo, L. (2020). Percepción del Paciente sobre Cuidado Humanizado a la Luz de Watson - Servicio de Cirugía. H.R.D “Las Mercedes”. Chiclayo. Pimentel. Perú. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Enfermería. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6536/Cornejo%20S%C3%A1nchez%20Leslie%20Luc%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16, 3, 297-334.
- Da Hora, H., Monteiro, G., & Arica, J. (2010). Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto & Produção*, 11(2), 85-103
- Durán, I (2009) La Humanización del Cuidado de Enfermería. Guía para el manejo de Urgencias. Tomo III. 3, (Pág. 576- 586). Grupo Atención de Emergencias y Desastres, Ministerio de la Protección Social Viceministerio de Salud y Bienestar, Colombia.
- Gutierrez, Z. y Gallard, I. (2020) El Cuidado Humano y el aporte de las Teorías de Enfermería a la Práctica Enfermera. *Revista Cuatrimestral “Conecta Libertad”* 2019/12/05 Vol. 4, Núm. 2 pp. 127-135.
- Hernández,, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). *Metodología de la Investigación*. México.: Editorial McGraw Hill Interamericana.
- Hurtado de B., J. (2002). *Metodología de la Investigación Holística*. 5ª ed. Caracas – Venezuela: Ed. Fundacite-SYPAL.
- Huamán, D. Huamán, V. y Munayco C. (2018) *Cuidado Humanizado de Enfermería en Pacientes en Estado de Agonía en el Servicio de Enfermería del Hospital de Apoyo María Auxiliadora* [Tesis para optar el Título Profesional de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú. Facultad de Enfermería.
- Idrogo, M. y Rios, J. (2020). *Cuidado Humanizado del Profesional de Enfermería y la Satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital II – 2. MINSA*. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería]. Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto. Perú. Facultad de ciencias de la salud. Escuela Profesional de Enfermería.

Inca, M. (2017). *Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado del equipo de enfermería de centro quirúrgico de la Clínica Internacional Sede San Borja*. Lima. Perú. [Trabajo de grado para optar al Título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Unidad de Posgrado. Programa de Segunda Especialización en Enfermería. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6473>.

Izquierdo, E. (2015). *Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana*. Facultad de Enfermería "Lidia Doce". La Habana, Cuba. Revista Cubana de Enfermería. Vol. 31, No. 3 (2015). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686/131>

Jara, P., Moreno, M. y Rodríguez, A. (2021). *Percepción de Pacientes Hospitalizados en Unidades Médico Quirúrgicas sobre el Cuidado Humanizado de Enfermería*. Universidad de Concepción, Chile y Universidad Autónoma de Nuevo León, México. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10 (1): 89-105, Enero-Junio 2021 ISSN: 1688-8375 ISSN. Disponible en: <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/2481/2363>

Landis J, Koch G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*; 33: 159-74.

Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería (2005). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 01 de Septiembre 2005 (núm. 38.263) Números Ordinarios - Asamblea Nacional – ANA. 2ª Edición Caracas. Venezuela Editorial: Panapo.*

Mao, G. (febrero, 2023). *Traumatismo encefalocraneano*. Manual MSD. Johns Hopkins School of Medicine. Disponible en: [https://www.msmanuals.com/es-ve/profesional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismo-encefalocraneano/traumatismo-encefalocraneano-tec#:~:text=Los%20traumatismos%20de%20cr%C3%A1neo%20o,\(sobre%20todo%2C%20OTC\).](https://www.msmanuals.com/es-ve/profesional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismo-encefalocraneano/traumatismo-encefalocraneano-tec#:~:text=Los%20traumatismos%20de%20cr%C3%A1neo%20o,(sobre%20todo%2C%20OTC).)

Morales, A (2018). *Frecuencia del Tratamiento Quirúrgico en los pacientes con Traumatismo Craneoencefálico Severo. Hospital General Regional con Medicina Familiar*. [Tesis para obtener el grado de Especialista en Urgencias Médicas. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Facultad de Medicina. Secretaria de Docencia - Jefatura de Posgrado del Instituto Mexicano del Seguro Social. Disponible en: <http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/2236/ADMOAL01T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS, 2020). *Sistema Venezolano de Triage Hospitalario Manual de Aplicación*. Disponible en: <https://sosteledicina.ucv.ve/covid19/manuales/Manual%20de%20aplicacion%20de%20traje%20hospitalario%20Venezuela.pdf>

Molero A. (2018). *Evaluación Clínica de los Pacientes con traumatismo craneoencefálico Severo*. [Tesis Maestría Pediatría en línea]. Venezuela: Universidad del Zulia, Facultad de Ciencias Médicas. Disponible en: http://tesis.luz.edu.ve/tde_arquivos/155/TDE-2015-12-02T09:22:18Z6271/Publico/molero_echeverria_ana_del_carmen_1.pdf.

Ruiz, M. (2015). La comunicación como herramienta básica de enfermería. [Tesis de Grado. Universidad de Valladolid]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/13605/TFG-O%20567.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS Y OMS 2018). *Traumatismos Craneoencefálicos*. Foro Iberoamericano de discusiones sobre la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (FCI-OMS) “Dr. Roberto A. Becker”. [Artículo en Línea]. Disponible en: <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/938-tce-traumatismo-craneoencefalico/>.

Organización Mundial de La Salud (OMS, 2017). Global Observatory. [Artículo en Línea]. Disponible en: <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-key-statistics-03-11-2017.pdf>.

Peplau H (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería. Un marco de referencia conceptual en enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat

Siegel, S.; Castellan, N.J. (1995). *Estadística no paramétrica*, aplicada a las ciencias de la conducta. 4a. edición. México: Editorial Trillas.

Sitzman K, Watson J. (2017). Una guía para el cuidado al interactuar, enseñar y aprender en el ciberespacio. New York: Springer Publishing Company. [Texto en Línea]. Disponible en: <https://connect.springerpub.com/content/book/978-0-8261-6116-1/part/part01/chapter/ch01>.

Serrato, D. (2019). *Cuidado Humanizado desde la Perspectiva del Profesional de Enfermería del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque*. Pimentel. Perú. [Trabajo de grado

para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]. Universidad Señor de Sipán. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Enfermería.

Soto, I., Cruz, M. y Miranda, L. (2009). *Traumatismo Encefalocraneano*. Santiago. Chile. Editorial Mediterráneo.

Madrigal Ramírez, Edgar, y Hernández Calderón, Catalina. (2017). Generalidades de Trauma Cráneo Encefálico en Medicina Legal. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 147-156. Retrieved September 19, 2023, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100147&lng=en&tlng=es.

Tamayo y Tamayo M. (2002). *El proceso de investigación científica*. Mexico: Editorial Limusa.

Tazón P, García J, y Aseguiñolaza L. (2009). Relación y comunicación. 2ª ed. Valencia: Difusión avances de Enfermería (D.A.E.).

Tobón O. (2016). *El autocuidado una habilidad para vivir*. Colombia. [Artículo en Línea]. Disponible en: <http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTICUIDADO.pdf>

Tristán, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en medición*, vol. 6(1), pp.37-48.

Valenzuela Anguita, M., Sanjuan-Qui, Á., Ríos-Risquez, M. I., Valenzuela-Anguita, M. C., JuliáSanchis, R. y Montejano-Lozoya, R. (2019). Humanización de la asistencia en urgencias: un análisis cualitativo basado en las experiencias de las enfermeras. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 59-68. Disponible en https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/100627/2/2019_Valenzuela_etal_RevEnfermReferencia_por.pdf

Vargas, I., Soto, S., Hernández, M., y Campos, S. (2020). La confianza en la relación profesional de la salud y paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(3), 1-46. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v46n3/1561-3127-rcsp-46-03-e1575.pdf>

Watson, J. (2006). *De los Factores Curativos a los Procesos de Caritas Clínicas*. [Texto en Línea]. Disponible en: <https://www2.uchsc.edu/son/caring/content/evolution.asp>. En Kozier, B., Erb, G., Berman, A., Snyder, S. (Ed.). *Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica*. (7ª ed.). Filipinas: Pearson Education South Asia Pte Ltd.

ANEXO A



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
MÉRIDA ESTADO MÉRIDA



CUESTIONARIO: “CUIDADO HUMANIZADO”

Presentación

Somos estudiantes de enfermería de la Universidad de los Andes (ULA), estamos realizando un estudio en el IAHULA, con la finalidad de obtener información sobre “cuidado humanizado al paciente con traumatismo craneoencefalico (TEC) que egresa del área de trauma shock”. Para lo cual solicitamos su colaboración a través de una respuesta sincera a las preguntas que a continuación se le presentan, expresándole que los datos son de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su participación en el estudio.

PARTE I: Datos sociodemográficos

Instrucciones: marque con una X

A. EDAD:	18- 25 años	<input type="checkbox"/>	B. SEXO	Femenino	<input type="checkbox"/>
	26- 30 años	<input type="checkbox"/>		Masculino	<input type="checkbox"/>
	31- 35 años	<input type="checkbox"/>			
	36-40 años	<input type="checkbox"/>			
	41-45 años	<input type="checkbox"/>			
C. ESTADO CIVIL	Soltero	<input type="checkbox"/>	D. NIVEL EDUCATIV	Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>
	Conviviente	<input type="checkbox"/>	O	Primaria completa	<input type="checkbox"/>
	Casado	<input type="checkbox"/>		Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>
	Separado	<input type="checkbox"/>		Secundaria completa	<input type="checkbox"/>
	Divorciado	<input type="checkbox"/>		Nivel tecnico	<input type="checkbox"/>
	Viudo	<input type="checkbox"/>		Nivel superior	<input type="checkbox"/>

E. PROCEDENCIA _____

F. TIPO DE ACCIDENTE _____

G. TIEMPO DE HOSPITALIZACION 1 Semana 2 semanas 3 semanas

PARTE II

Instrucciones: las preguntas de este instrumento resentan cinco alternativas de respuesta, se sugiere que lea bien antes de responder y marque con una X la alternativa que considere verdadera

A:NUNCA B: A VECES C:REGULARMENTE D: CASI SIEMPRE E:SIEMPRE

N°	Ítems	Alternativas de Respuestas				
		N	AV	R	CS	S
Dimensión: Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas con instilación de fe y esperanza						
1	Recibe un trato amable de parte de la enfermera/o.					
2	Siente que la actitud de la enfermera/o tiene un efecto positivo en usted.					
3	La enfermera/o ha considerado sus preferencias religiosas o espirituales en la atención brindada.					
4	Siente que las acciones de la enfermera/o ayudan a fortalecer su fe.					
5	Siente que la enfermera/o al cuidarlo le trasmite esperanza (ó algunas otras formas de sentirse mejor).					
Dimensión: Sensibilidad hacia uno mismo y los demás desarrollando una relación de cuidados humanos						
6	Siente que tiene una relación cercana con la enfermera/o.					
7	Siente que la enfermera/o se conmueve con su situación de salud.					
8	La enfermera/o sabe cómo usted se siente y le consulta al respecto.					
9	Siente que la comunicación con la enfermera/o es verdadera.					
10	Usted puede identificar cómo se siente la enfermera/o y manifestarlo con confianza.					
11	Siente una confianza mutua entre la enfermera/o y usted.					
12	La enfermera /o se pone en su lugar cuando usted expresa lo que siente.					
Dimensión: Expresión de sentimientos positivos y negativos para la resolución de problemas y toma de decisiones.						
13	La enfermera/o favorece o permite que usted exprese sus sentimientos.					
14	La enfermera/o le da tiempo para que usted exprese sus emociones.					
15	Siente que la enfermera/o lo escucha más allá de lo que le pasa con su enfermedad.					
16	Siente que la enfermera/o acepta lo que a usted le pasa.					
17	Siente que el cuidado entregado por la enfermera/o es organizado y basado en el conocimiento.					
18	Siente que los procedimientos que se le realizan son adecuados a su manera de ser.					
19	Siente que los cuidados que se le proporcionan son diferentes a los entregados a los demás pacientes.					
Dimensión: Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal creando un entorno de apoyo.						
20	Le han informado o educado respecto a los cuidados que le entregan.					

21	Se le consulta su opinión en los procedimientos que se le realizan.					
22	Conoce la razón de los cuidados que se le proporcionan.					
23	Reconoce cuál es su participación y qué importancia tiene usted en los cuidados otorgados.					
24	Siente que se le ha incluido a usted y a su entorno familiar en sus cuidados de salud.					
25	Siente que ha recibido un trato digno, que resguarda su integridad.					
26	Siente que el trato se corresponde a su personalidad y cuerpo.					
Dimensión: Ayuda a la satisfacción de las necesidades humanas con la aceptación de fuerzas existenciales fenomenológicas.						
27	Siente que la enfermera/o trabaja para satisfacer sus necesidades físicas.					
28	Siente que la enfermera/o se preocupa por sus necesidades sociales.					
29	Siente que la enfermera/o incorpora en los cuidados sus necesidades espirituales.					
30	La enfermera /o le ayuda a entender porque está en esa condición de su enfermedad, lugar o estado.					
31	Logra entender el significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera/o.					
32	La enfermera/o lo ayuda a comprenderse mejor a sí mismo y a los demás.					

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
 FACULTAD DE MEDICINA
 ESCUELA DE ENFERMERÍA
PARTE B. CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Rafael A Maldonado M titular de la Cédula de Identidad N° 18.499.885, de profesión Lcdo. en Enfermería Especialista en Cuidados Intensivos, ejerciendo actualmente como Enfermero II en el IAHULA-UCI y Profesor en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento de la Investigación titulada: **“CUIDADO HUMANIZADO AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO (TEC) QUE EGRESA DEL ÁREA DE TRAUMA SHOCK SEGÚN LA TEORÍA DE JEAN WATSON, INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES, durante el periodo Abril – Septiembre 2023”**

A los efectos de su aplicación. Luego de hacer las observaciones pertinentes en la validación de constructo, contenido y criterio, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Bueno	Excelente
Congruencia de Ítems			X	
Amplitud de contenido				X
Redacción de los Ítems			X	
Coherencia entre variable, objetivos, dimensiones, indicadores e ítems				X
Claridad y precisión				X
Pertinencia				X

En Mérida, a los 30 días del mes de agosto del 2023

Rafael Maldonado

18499885

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
 FACULTAD DE MEDICINA
 ESCUELA DE ENFERMERÍA
PARTE B. CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Msc. Rosalia Uzcategui titular de la Cédula de Identidad N° 8.048.995, de profesión Lcda. en enfermería Msc. en Orientación de la Conducta, ejerciendo actualmente como Profesora en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento de la Investigación titulada: **“CUIDADO HUMANIZADO AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO (TEC) QUE EGRESA DEL ÁREA DE TRAUMA SHOCK SEGÚN LA TEORÍA DE JEAN WATSON, INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES, durante el periodo Abril – Septiembre 2023”**

A los efectos de su aplicación. Luego de hacer las observaciones pertinentes en la validación de constructo, contenido y criterio, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Bueno	Excelente
Congruencia de Ítems				X
Amplitud de contenido				X
Redacción de los Ítems				X
Coherencia entre variable, objetivos, dimensiones, indicadores e ítems				X
Claridad y precisión				X
Pertinencia				X

En Mérida, a los 30 días del mes de Agosto del 2023

Rosalía Uzcategui CI. 8.048.995

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
PARTE B. CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, **GERARDO PEÑA QUINTERO** titular de la Cédula de Identidad N° **10.715.673**, de profesión **LCDO. EN ENFERMERÍA**, ejerciendo actualmente como **ENFERMERO JEFE IV** en la **CLÍNICA EJIDO C.A** y Profesor en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Los Andes. Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación del Instrumento de la Investigación titulada: **“CUIDADO HUMANIZADO AL PACIENTE CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO (TEC) QUE EGRESA DEL ÁREA DE TRAUMA SHOCK SEGÚN LA TEORÍA DE JEAN WATSON, INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES, durante el periodo Abril – Septiembre 2023”**

A los efectos de su aplicación. Luego de hacer las observaciones pertinentes en la validación de constructo, contenido y criterio, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	Deficiente	Aceptable	Bueno	Excelente
Congruencia de Ítems				X
Amplitud de contenido				X
Redacción de los Ítems				X
Coherencia entre variable, objetivos, Dimensiones, indicadores e ítems				X
Claridad y precisión				X
Pertinencia				X

En Mérida, a los 23 días del mes de **AGOSTO** del 2023

Nombre y apellido, GERARDO PEÑA QUINTERO CI.10.715.673

ANEXO
CONFIABILIDAD DE CONSISTENCIA INTERNA A TRAVES DEL COEFICIENTE
ALFA DE CROBACH

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	Nº de elementos
0,980	0,979	32

Estadísticos de los Elementos

Ítems	Media aritmética	Desviación típica
Ítem 1	4,3226	1,16582
Ítem 2	3,7419	1,61178
Ítem 3	2,3226	1,72022
Ítem 4	2,8065	1,77800
Ítem 5	3,2903	1,65718
Ítem 6	2,8710	1,64807
Ítem 7	3,3871	1,70641
Ítem 8	3,4516	1,85901
Ítem 9	3,7097	1,79246
Ítem 10	3,1613	2,03465
Ítem 11	3,0645	2,14376
Ítem 12	2,3226	2,31498
Ítem 13	3,2903	2,41100
Ítem 14	2,9677	2,50977
Ítem 15	2,4839	2,65670
Ítem 16	3,4839	2,81509
Ítem 17	4,8065	2,53534
Ítem 18	4,4516	2,87331
Ítem 19	3,0968	3,33021
Ítem 20	4,2581	3,34632
Ítem 21	4,0968	3,51525
Ítem 22	4,5806	3,59420
Ítem 23	4,6129	3,72091
Ítem 24	4,3871	3,98060
Ítem 25	4,5484	4,06480
Ítem 26	4,4194	4,26438
Ítem 27	4,1290	4,54417
Ítem 28	3,9032	4,75643
Ítem 29	2,6774	5,00924
Ítem 30	3,5161	5,13726
Ítem 31	3,0645	5,36616
Ítem 32	3,1290	5,57220

Fuente: Cálculos propios

Tabla 1: Clasificación de los niveles de fiabilidad según el Alfa de Cronbach

Índice	Nivel de fiabilidad	Valor de Alfa de Cronbach
1	Excelente	0,91 - 1
2	Muy bueno	0,71 – 0,90
3	Bueno	0,51 – 0,70
4	Regular	0,31 – 0,50
5	Deficiente	0 – 0,30

www.bdigital.ula.ve