

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

Facultad de CC de la Educación, Enfermería y Fisioterapia.



MÁSTER OFICIAL

EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

Curso Académico 2012/2013

Trabajo de Fin de Máster

ATRIBUTOS DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERIA EN  
PERSONAL ASISTENCIAL.

Autor: VICTOR M. BARBERO LOPEZ

Tutor: GABRIEL AGUILERA MANRIQUE

### AGRADECIMIENTOS:

Quiero brindar especial agradecimiento y dedicación de este trabajo, a mi madre por ser mujer fuerte y generosa, y haberme inculcado esa gran humanidad que me hace crecer cada día como persona y como profesional.

*“Enfermería ha perdido su alma por servir ya sea a la medicina, la tecnología y a la práctica basada en la evidencia, las que por cierto se necesitan; Watson agrega: pero sin la dimensión humana, esto puede ser destructivo. Es fundamental preservar la esencia humana y reposicionar el cuidado dentro de nuestros sistemas”.*

*Jean Watson*

## RESUMEN

### INTRODUCCION:

Los profesionales asistenciales de enfermería en la práctica diaria nos dedicamos principalmente a la labor de cuidar, que constituye nuestro sello de identidad como profesión. Desde una perspectiva filosófica y fenomenológica, enfermería constituye una ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética; basándonos en la Teoría del Cuidado Transpersonal de J. Watson, se identifican cuáles son los atributos del cuidado que como profesionales procesamos en nuestras prácticas diarias.

### OBJETIVO:

Determinar los atributos de un cuidado humanizado y su interrelación con las características del personal asistencial (enfermeros/as y Técnicos auxiliares de enfermería (Tcaes), así como la influencia que estos tienen en el ámbito institucional donde se desempeñan.

### METODO:

Se trata de un estudio descriptivo-observacional correlacional, con abordaje cuantitativo, con una muestra de 98 profesionales asistenciales (Enfermeros/as, Técnicos Auxiliares de Enfermería) que se seleccionaron mediante muestreo estratificado entre profesionales de atención hospitalaria y de consultas. Se utilizaron dos instrumentos, uno para variables biosociodemográficas y el Nyberg Caring Assessment Scale. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y análisis de fiabilidad.

### RESULTADOS:

Los atributos del cuidado humanizado en ambos grupos son satisfactorios y congruentes con la filosofía de Jean Watson, encontrándose todos los atributos del cuidado humanizado de enfermería a excepción de NY4, NY16, NY17, y NY20(ver Anexo 1), son los atributos que menos se encuentran en los profesionales asistenciales haciendo referencia a la comunicación y a las necesidades de crecimiento personal y autocuidado del personal lo que debe ser considerado como uno de los efectos del sistema institucional hospitalario y la influencia que este ejerce, y que dificulta que el personal asistencial establezca una comunicación cercana y personal con el usuario, que está determinada por la visión biomédica en los servicios sanitarios, que no permiten que el cuidado humanizado sea visible en los cuidados enfermeros/as otorgados.

## INDICE

RESUMEN-----	3
INTRODUCCION-----	6
1.1 JUSTIFICACION Y RELEVANCIA -----	6-10
1.2 ESTADO DE CONOCIMIENTO-----	11-17
1.2.1 Curar y cuidar-----	11-15
1.2.2 La complejidad del cuidado-----	15-17
2. MARCO TEORICO-----	18-37
2.1 Aspectos teóricos y filosóficos del cuidado-----	18-20
2.2 Ciencia del cuidado-----	21
2.2.1 Teoría de los Cuidados Culturales de la Diversidad y de la Universalidad.-----	21-24
2.2.2 Teoría Transpersonal del Cuidado Humano-----	25-37
3. PROPUESTAS/PREGUNTAS DE INVESTIGACION-----	38
4. OBJETIVOS-----	38
5. METODOLOGIA-----	39
5.1 Diseño de investigación-----	39
5.2 Contexto y muestra-----	39-41
5.3 Instrumentos y Variables del estudio-----	41-45
5.4 Aspectos Éticos de la investigación-----	46
5.5 Material -----	46
5.6 Procedimiento y análisis de los datos-----	47
6. RESULTADOS -----	48
6.1 Resultados descriptivos de la muestra-----	48-61

6.2 Relación entre los atributos y las distintas variables estudiada-----	61-65
7. DISCUSION-----	66-71
8. CONCLUSION-----	72-73
9. BIBLIOGRAFIA-----	74-86
10. ANEXOS -----	87-92

## **1. INTRODUCCION:**

El cuidado de la salud es una actividad que concierne a todos los profesionales de la salud, sin embargo enfermería como profesión sanitaria, es la que destina más esfuerzo, tiempo y dedicación a los cuidados. Por ello comprender los fundamentos ontológicos del cuidado y sus componentes teóricos, permiten dar un sentido coherente y consistente a enfermería como una ciencia humana.

Con el presente estudio, se invita a los lectores a repensar la disciplina y la praxis, como parte sentida y valorada desde las ciencias humanas de los cuidados de nuestra comunidad de enfermería, lo que implica una transformación de nuestro ser y nuestras prácticas. Haremos un recorrido para entender las nuevas concepciones teóricas con una visión de cuidados humanos, así como los principales trabajos y análisis de diferentes autores centralizando el mismo, en el pensamiento y evolución de la teoría de Watson. En este primer apartado se realiza un análisis de la significación del humanismo y su relevancia para la praxis.

### **1.1 JUSTIFICACION Y RELEVANCIA:**

Los seres humanos no nacemos siendo humanos, sino que sufrimos y pasamos por un proceso de humanización<sup>1</sup>.

Humanizar es hacer a alguien o algo más humano, familiar y afable<sup>2</sup>. A través del desarrollo histórico, el humanismo ha tenido diferentes significados, el humanismo griego tenía como objetivo educar o civilizar y el del Medievo cristiano, era evangelizar; el humanismo renacentista tuvo como propósito central, llevar a cada grupo y sobre todo a cada individuo singular, el saber más completo posible, para que cada uno lo entendiera según su arte, según su estilo y su conciencia; y el humanismo ilustrado, tienen como objeto la emancipación y eleva al género humano al nivel estrictamente humano, a saber, educar, formar para la vida ética, política y eso es escolarizar, democratizar<sup>3</sup>.

La conceptualización actual del humanismo se origina hasta principios del siglo XIX, donde se dio pauta a un concepto que surge en Alemania y termina de construirse (la imagen del así llamado “Renacimiento” humanista) en Italia<sup>4</sup>. Humanismo es, encontrarse a sí mismo, recuperarse de la alineación y encausar en una vida verdaderamente humana<sup>5</sup>. Se enfoca la atención al ser humano, con valores, ciertas necesidades, como centro de la vida.

La humanización en sí misma, es una idea regulativa, (técnicamente no se sabe si puede ser realizable o no, pero moralmente debe perseguirse, siendo por tanto una idea racional). Las ideas regulativas, son orientación para la acción y canon para la crítica. Desde esta perspectiva, la humanización significa posibilitar un estímulo para tender a una meta, contar con una herramienta que quiere conjuntar la reflexión con la

operatividad pragmática, el realismo con la utopía, definida esta de modo operativo como lo inédito viable <sup>6</sup>.

La humanización no es algo que suceda de manera espontánea sino que debe ser fomentada, aprendida y practicada (Escudero 2003) <sup>7</sup>. Como reflexiona Santos Hernández (2003) <sup>8</sup> “Solo un ser humano es capaz de reconocer la dignidad del otro y respetar sus derechos, asumiendo en consecuencia el deber ético de asistirlo, cuidarlo y consolarlo y acompañarlo en su fragilidad”.

Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería <sup>9</sup>.

La humanización del cuidado requiere tiempo, recursos, buena relación intergrupala y compromiso explícito de la institución. Las enfermeras/os le otorgan mucha importancia a la tecnología, cuanto más tecnologizado sea el cuidado pareciera que “es mejor”, creencia algo desafortunada si analizamos el trasfondo que implica alzar la tecnología sobre el ser humano, que siente dolor, angustia, ansiedad, sumado a una familia que tienen dudas, miedos, a la cual hay que acoger, escuchar educar; en definitiva *cuidar* <sup>10</sup>.

La pérdida de humanismo puede ser un reflejo de la vigencia de algunas filosofías actuales que sostienen que el ser humano se ha convertido en un sujeto pasivo del entretejido político, social, económico y mediático, lo que en palabras de Foucault significa la muerte del hombre. La deshumanización en el mundo sanitario podría entenderse como un reflejo de lo que sucede en la sociedad en general, es decir, la sustitución de la persona como fin y su conversión en un medio para contribuir a otros fines como la disminución del gasto o el aumento de la producción <sup>7</sup>.

El desarrollo científico y tecnológico, por un lado, y por otro la dirección actual de los acontecimientos sociales (con el individualismo, el dinero y el poder como valores centrales), han generado un progresivo alejamiento de los valores humanos sumergiendo al ser humano en una “cosa” totalmente manipulable.

Al desatender la vivencia personal de la enfermedad se produce una deshumanización, una despersonalización. Los conocimientos, la ciencia y la técnica son *sine qua non* pero nunca fueron ni serán suficientes y ello no solo por la continua necesidad de aplicación y contraste que requiere de la actitud vocacional del profesional, sino por la ineludible complementación con la ética que toda actividad humana necesita. La euforia tecnicista nos ha hecho algo ciegos a la condición humana que es falible, finita y mortal y hemos casi sucumbido a una tecnocracia de un sistema técnico desbocado sin fin por incesante y sin finalidad legitimadora. La tecnificación, que en cierta manera ha

contribuido a la deshumanización, no puede dejar de ser más que el medio al servicio de la atención.

Kant nos recuerda que las cosas tienen precio y las personas dignidad<sup>11</sup> y cuando se cree que al aumentar precios y/o recursos se aumenta la dignidad volvemos a perder horizontes axiológicos, teleológicos y fundamentales<sup>12</sup>.

Ha coadyuvado a la deshumanización de la relación sanitaria el aumento del número de agentes intervinientes en el proceso asistencial: el equipo nunca es suma de individuos; el equipo se forja porque se comparten misión, visión, valores<sup>a</sup> y pacientes. Levinas (2005) plantea que la visión no es una transcendencia, otorga una significación por la relación que hace posible y ayudarse de la tecnología para otorgar cuidados y no de tecnologizarlos. Barnard y Sandelowski (2001)<sup>13</sup> muestran que la tecnología es un concepto que junto al de cuidados humano está construido socialmente, por lo tanto en función de su construcción y de la visión que tenga la enfermera, actuara en consecuencia.

Existen autores como Barnard y Sandelowski(2001)<sup>13</sup>, Bastos(2002)<sup>14</sup>, Mahon(2006)<sup>15</sup>, Del Llano Señaris (2003)<sup>16</sup>, Dragon (2006)<sup>17</sup> y Escudero Rodríguez (2003)<sup>7</sup> en los que se afirma que la tecnología por sí misma es un elemento neutro y en función del uso y del significado que se le dé, esta tendrá efectos positivos y negativos en el cuidado y en la persona. La deshumanización surge cuando la enfermera/o usa la tecnología y la técnica para otras necesidades que no son las de la persona

Una de las preocupaciones centrales del humanismo, esta puesta en el desarrollo de la actitud humanista de los prestadores de salud. No solo para beneficio de la gente sino también de los propios prestadores, debemos enfrentar una situación que se va fortaleciendo, la deshumanización en la prestación de servicios.

Según J Howard<sup>18</sup>, los aspectos que reciben las principales críticas respecto a la deshumanización asistencial son: la desigualdad en la prestación en los servicios sanitarios, la escasa atención a las necesidades emocionales de los pacientes, y el insuficiente respeto a la autonomía y a la capacidad de decisión de los pacientes.

Se hace imprescindible pues, rescatar la connotación humana que el cuidado de enfermería significa pues en el tiempo que nos ha tocado vivir están sucediendo algunas cosas referentes al cuidado de enfermería que tenemos que prestar atención:

---

<sup>a</sup> Peter Senge explica que la palabra “valor” deriva del latín *valere*, ser fuerte, vigoroso, potente, estar sano; con el tiempo, este término ha adquirido sus actuales asociaciones con lo relativo a la valentía y a lo que es digno de merito o respeto. En este contexto, los valores describen el modo en que nos proponemos operar día a día, mientras perseguimos nuestra visión

- El cuidado ha sido y es, el componente más ignorado de la ayuda científica y humanista.
- El cuidado, aun estando presente en el discurso de enfermería, no se le considera en los escenarios de la práctica como elemento central y fundamental de la enfermera, particularmente en el ámbito comunitario.

Con la creciente sociedad industrializada y su tecnologización trae aparejado, como consecuencia, el triunfo de la razón instrumental sobre la prestación de cuidados a la salud. Se reconoce asimismo un uso y abuso de la tecnología para el cuidado y el mantenimiento de la vida, lo que conduce a disolver de manera intangible la práctica ancestral del cuidado.

-Las enfermeras/os y estudiantes de enfermería construimos esta noción a partir de reflexionar como el cuidado subyace en la práctica cotidiana, lo que significa interactuar en ese proceso interpersonal que en el mejor de los casos lo reconocemos como parte de la naturaleza del trabajo profesional<sup>19</sup>. El desarrollo de habilidades afectivas, de relación y comunicación, junto a la reflexión, la creatividad, la innovación y el pensamiento crítico, así como la toma de conciencia de lo que los docentes y asistenciales transmiten mediante el currículo oculto<sup>b</sup>, serán la clave para la formación de enfermeras que integren un alto nivel tecnológico y una imprescindible e irrenunciable *humanización*, que permita el desarrollo de unos cuidados de excelencia<sup>7</sup>.

En la profesión enfermera/o, ejercida de forma directa por personas y para las personas, la humanización del trabajo, la concepción del factor humano como uno de los principales elementos del proceso de provisión de cuidados enfermeros/as, ha de ser un objetivo común de todos los profesionales, ya que con ello, no solo se conseguirá una mayor satisfacción de las necesidades de unos y otros, sino también un sustancial aumento en la calidad de los servicios enfermeros.

La disciplina de enfermería debería guiar y orientar las necesidades de la práctica y esta, a su vez, aplicar o visualizar su utilidad, como también generar teorías inductivas desde la praxis, formándose así un vínculo de retroalimentación, una conexión fundamental mediatizada por la investigación, actividad que genera y crea los conocimientos derivados de una problemática propia de enfermería.

---

<sup>b</sup>Esplindler(1993) los modelos culturales se transmiten de manera consciente e inconsciente. Podemos inferir que además de lo que se enseña de manera formal en el currículo oficial, existe otro elemento a tener en cuenta en el análisis del aprendizaje de los valores profesionales: es el denominado currículo oculto, que incluye lo que transmitimos los profesionales durante las prácticas clínicas y los profesores en el aula a los alumnos. Acostumbra a reforzar la ideología del momento histórico en el que se vive.

Vital es, por lo tanto, entender las nuevas concepciones teóricas con una visión de *cuidados humanos*, que puedan movilizar la enseñanza y práctica tradicional de enfermería, la que muchas enfermera/os sostienen desde el paradigma de la totalidad, centralizada en una ciencia biomédica y concepciones de enfermedad, tecnologías, y un marcado lenguaje medicalizado, hacia otro paradigma: el de la simultaneidad, que se centraliza en lo que Rogers<sup>c</sup> enuncia como la ciencia de los seres unitarios para enfermería, es decir una ciencia humana<sup>6</sup>.

Tenemos que rescatar la connotación humana que el cuidado de enfermería significa, pues en el tiempo que nos ha tocado vivir están sucediendo cosas referentes al cuidado de enfermería a las que tenemos que prestar atención: en primer lugar, el cuidado ha sido y es el componente más ignorado de la ayuda científica y humanista; en segundo lugar el cuidado aun estando presente en el discurso de enfermería, no se le considera en los escenarios de la practica como elemento central y fundamental de la enfermera/o, particularmente en el ámbito comunitario; en tercer lugar, con la creciente sociedad industrializada y su tecnologizacion trae aparejado, como consecuencia, el triunfo de la razón instrumental sobre la prestación de cuidados a la salud. Se reconoce asimismo un uso y abuso de la tecnología para el cuidado y mantenimiento de la vida, lo que conduce a disolver de manera intangible la practica ancestral del cuidado; y en cuarto lugar, las enfermera/os y estudiantes de enfermería construimos esta noción a partir de reflexionar como el cuidado subyace en la práctica cotidiana, lo que significa interactuar en ese proceso interpersonal que en mejor de los casos reconocemos como parte de la naturaleza del trabajo profesional<sup>6</sup>.

La visión humanista del cuidado es importante por cuanto cambia la visión de los cuidados de enfermería en los sistemas hospitalarios, el cuidado debe adquirir una dimensión profunda que va mas allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o la de una educación rutinaria día a día; es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones. Existe una necesidad de buscar el significado que tiene el cuidado en los profesionales de enfermería y que los aspectos deficientes como es centrar el cuidado en el paciente y que este sea un cuidado humanizado, se incorporen a la praxis<sup>20</sup>

---

<sup>c</sup>M.E. Rogers. Teoría de los Seres Unitarios para Enfermería

## 1.2. ESTADO DEL CONOCIMIENTO

La salud y la enfermedad son realidades que están presentes en la vida de las personas desde siempre, por lo que se hace difícil o imposible separarlas. Es algo inherente al hombre, por lo que estos conceptos pueden ser definidos como construcciones culturales que difieren, no solo de unas culturas a otras, sino que lo hacen también de unas épocas a otras.

Si analizamos el significado que para el profesional de enfermería tienen el binomio salud-enfermedad, nos encontramos ante el complejo fenómeno de los cuidados que subyace a la relación establecida con el ser humano, como centro de nuestra atención, el que se nos presenta con diferentes etnias, religiones, géneros, hábitos, costumbres, creencias, niveles educacionales, niveles socioeconómicos, entre otros<sup>21</sup>. La diversidad de cuidados que brinde este profesional no será de cálida a menos que las experiencias vitales de estas personas, así como sus propias interacciones con el ambiente que les rodea, estén cubiertas, sean entendidas, analizadas y articuladas<sup>21-22</sup>.

Teixidor (2002)<sup>23</sup> no conciben el rol de la enfermería sin una fuerte adhesión a los valores y a unas actitudes humanistas que deben inspirar y guiar el cumplimiento de las actividades que son de su competencia.

La historia de los cuidados y por tanto de la enfermería, se enmarca alrededor del proceso histórico de las distintas civilizaciones, desde la prehistoria con los cuidados por la supervivencia, hasta nuestros días, pasando por las distintas culturas, religiones<sup>d</sup>, la edad media, la edad moderna, hasta llegar a la contemporánea, donde aparecen enfermeras ilustres como Florence Nightingale<sup>24e</sup>.

### 1.2.1 Curar y cuidar

El curar se ha ido construyendo a lo largo de la historia, rodeado de un carisma especial y mucho ha cambiado desde los tiempos de Hipócrates (500 a.c), como apunta Goberna (2004)<sup>25</sup>, donde los fundamentos básicos del tratamiento eran favorecer o al menos no perjudicar, abstenerse de los imposibles y por tanto no actuar cuando la enfermedad era mortal de necesidad e ir en contra del principio de la causa.

---

<sup>d</sup> La concepción cristiana del cuidado sirve de base o referente para interpretar adecuadamente y comprender la cultura de la enfermería a partir del siglo XVI (San Juan de Dios). La cultura religiosa se desarrolló no solo en el cristianismo, sino en todas las religiones ancestrales que tuvieron una preocupación por los enfermos. En España se desarrolló esta cultura asistencial por dos motivos importantes: el Concilio de Efeso (año 300 d.c) y el segundo por las teorías de San Isidoro.

<sup>e</sup> En el año 1859 Florence Nightingale ya afirmaba que la enfermería tiene la responsabilidad de cuidar la salud de las personas y tenía que poner a las personas en la mejor forma posible para que la naturaleza pudiera actuar sobre ella.<sup>f</sup> Galindo 2006: (...) curar se ha asimilado, en muchas ocasiones, al concepto de salvar la vida. Un poder, inicialmente reservado solo a los dioses, al que sucumbió el mismo

La curación ha sido de vital importancia para los profesionales sanitarios a lo largo de la historia, incluso se puede decir que este ha sido un discurso sobrevalorado, como afirma Galindo (2006)<sup>26f</sup>.

El curar se convertiría en un objetivo primordial tanto para agentes sanitarios reconocidos oficialmente, como para muchos otros que no lo son, aunque consideran que pueden realizar actividades encaminadas a ello. No solo será de interés para lo relacionado con la enfermedad, sino también para otras esferas sociales que se interesan por alcanzar la curación con fines tales como reforzar las sociedades y asegurar así su supervivencia o promover medidas para aumentar las poblaciones, entre otras cosas.

Galindo (2006:1)<sup>26</sup> afirma que la actividad de curar se convirtió en una actividad estrella en la sociedad, en detrimento de la pérdida de visibilidad de otras actividades, como es el caso de la actividad de cuidar, como se resume; *“(...) al mismo tiempo que la actividad de curar se fue dotando histórica y socialmente de un gran magnetismo, particularmente para los hombres-médicos, otra actividad vio como se difuminaba ese mismo valor histórico-social: nos referimos a la actividad de cuidar. Una actividad encomendada, paradigmáticamente, a las mujeres-enfermeras. Estamos en la división sexual de lo que fue en origen una actividad humana única: preservar la vida”*.

La dicotomía entre el curar y el cuidar se remonta históricamente al momento en que los médicos decidieron solo curar las enfermedades y descuidaron la atención de las personas, delegándose en las enfermeras/os esta actividad. Fernando Savater<sup>27</sup> lo refleja: *“(...) El médico interviene para curar, aparece y desaparece con algo de superioridad dramática sobre el paciente: pero la enfermera/o sigue a mano hora tras hora, lidiando las quejas, aliviando con una sabana limpia o una almohada fresca el lento arrastrarse de la duración del dolor, lo que más nos escandaliza de él. El acierto del médico nos puede salvar la vida, pero el humanismo de la enfermera/o nos conserva lo dignamente humano de nuestra vida durante los padecimientos: nos ayuda a ser compatibles con nuestro dolor. Ambas cosas son vitalmente importantes.”* (Savater, 1995)<sup>27</sup>.

Los aspectos biomédicos y curativos han tenido una influencia por siglos en los servicios de salud, el curar asumido por la medicina moderna, se funda en una perspectiva analítica, empírica y experimental, adecuada para el estudio de los procesos biológicos y fisiopatológicos, que como fenómenos naturales, presentan estabilidad, regularidad, constancia y cierta independencia de contexto, pero, ha reducido lo humano a lo biológico; situación que vienen desde el siglo XVIII, en el que el cuerpo humano pasa a ser objeto específico de la aplicación de la medicina, y el enfermo pasa a ser una enfermedad<sup>28</sup>.

---

fGalindo 2006: (...) curar se ha asimilado, en muchas ocasiones, al concepto de salvar la vida. Un poder, inicialmente reservado solo a los dioses, al que sucumbió el mismo, “Asclepio, quien puso en juego la salvación de su alma por devolver la vida a un muerto a cambio de una cierta cantidad de dinero”.

Los diferentes paradigmas por los que ha pasado el proceso de curación nos trasladan a la actualidad, donde un número muy elevado de enfermedades se curan. La forma de entender la medicina, a través de la curación con el hombre, responde a lo que autores como David-Floyd y St.John(2004)<sup>29</sup> han definido como paradigma tecnocrático (Tabla 1).

Tabla 1. Paradigma tecnocrático. Fuente - (David-Floyd y St.John 2004; 160-161)<sup>29</sup>

Modelo Tecnocrático	Modelo Humanista	Modelo Holístico
Separación cuerpo-mente	Conexión entre cuerpo y mente	La unidad de mente-cuerpo-espíritu
Ver al paciente como objeto	Paciente como un sujeto relacional	La sanación a la persona por completo a su vida entera
Alineación del médico hacia su paciente	Conexión y cuidado amable entre médico-paciente	La unidad esencial entre el profesional y el cliente
Diagnostico y tto de afuera para adentro	Diagnostico y tto de afuera para adentro y de adentro para afuera	El diagnostico y la sanación desde adentro hacia afuera
Organización jerárquica y estandarización del cuidado	Equilibrio entre las necesidades de institución y las necesidades individuales	La estructura organizacional del trabajo en red que facilita la individualización del cuidado
Autoridad y responsabilidad inherente al médico, no al paciente	Información, toma de decisiones responsabilidad compartida entre el paciente y el profesional	La autoridad y la responsabilidad como inherentes a cada individuo
Sobrevaloración de la ciencia y la tecnología	Ciencia y tecnología equilibradas con el humanismo	La ciencia y la tecnología aplicadas al servicio del individuo
Intervenciones agresivas con énfasis resultados a corto plazo	Enfoque hacia la prevención de la enfermedad	Un enfoque a largo plazo en la creación y el mantenimiento de la salud y el bienestar
La muerte como derrota	Muerte con un resultado aceptable	La muerte como un paso en un proceso
Sistema guiado por las ganancias	Sistema guiado por la compasión	La sanación como enfoque
Intolerancia a otras modalidades	Apertura mental hacia otras modalidades	El abarcar múltiples modalidades de sanación

Este se organiza alrededor del progreso tecnológico y la medicina moderna, que con todo el conocimiento tanto en procedimientos técnicos como científicos, han convertido este paradigma en un modelo concreto, que es denominado modelo tecno-medico; caracterizado este, por unos principios que difieren en mucho con otros modelos como el humanismo o el holístico. El modelo tecno- médico se aleja del cuidado como primera respuesta ante la enfermedad del ser humano. El curar hace que el cuidar sea una categoría inferior e insuficiente, así como poco exitosa desde la perspectiva social, para hacer frente a la enfermedad, como apunta Galindo (2006:1)<sup>26</sup> *“esta insuficiencia de los cuidados hace oportuna la aparición de mecanismos culturales, sociales y científicos que poseen poder curativo. Y lo hacen de tal forma que, magia, religión y ciencia se superponen y complementan dándose legitimidad hasta lograr dar un valor social a la curación sobre cualquier otra de las acciones preservadoras de la vida y bienestar”*.

El cuidar no circunscrito a la enfermería, sigue siendo el núcleo de muchas relaciones humanas, a pesar de que es todavía algo difícil de conceptualizar, sobre todo en el ámbito de la ética occidental donde históricamente no ha sido un valor dominante. Davis 2006:2)<sup>30</sup>.

En la construcción de este dualismo entre el curar y el cuidar presente en el ámbito sanitario, encontramos profesionales que defienden ambas partes de forma independiente, otorgando a la medicina y a los médicos la potestad de curar y a la enfermería y las enfermeras/os la de cuidar, Torralba (1998:23)<sup>31</sup> *“(...) el dilema entre el cuidar (“to care”) y el curar (“to cure”) no debe considerarse de una forma excluyente, sino complementaria. El objetivo fundamental de la enfermería es cuidar a la persona enferma y ayudar a las personas que desarrollan los cuidados a ejercer adecuadamente su función. Esto no significa que curar, es decir, el ejercicio de restablecer la salud a una persona, no sea un objetivo de la enfermería. Su especificidad radica en el cuidar, pero el curar constituye también algo muy propio de la enfermería. En el ejercicio de la Medicina, lo fundamental y lo constitutivo es el curar, sin embargo, el cuidado, la atención humana y personalizada de la persona enferma es también un requisito indispensable para la buena praxis”* (Torralba 1998:23)<sup>31</sup>.

El acto de cuidar es una acción netamente humanista que tienen connotaciones en tres áreas: *el obrar, el hacer y el conocer*. Intervienen muchos elementos entre los que encontramos: a) los que tienen que ver con el valor de la persona: su dignidad, su vida, la relación solidaria, el ejercicio de la autonomía, la confianza el bienestar individual y social; b) las formas como actuamos: la unidad, la veracidad, la rectitud, la honradez, el buen juicio, las creencias; c)el significado: de la vida, la belleza, la felicidad, la perfección, la salud, la actualización y la competencia profesional, ambiente social y laboral seguro, trabajo en equipo. Todos inherentes al ser humano en el ejercicio de su humanidad, principalmente en el ejercicio de los valores<sup>6</sup>.

Busquets (1996:31)<sup>32</sup> “(...) cuidar debe completar la totalidad de la persona, sus relaciones con el entorno, sus posibilidades, creencia, valores y formas de vida. El cuidado es un acto de respeto por la vida de quien necesita cuidados por lo que el sentido ético del cuidado viene de su definición” por lo que el sentido ético del cuidado está implícito en su propia definición, pivotando en torno a objetivos concretos como son la salud y el bienestar, la autonomía de las personas, la dignidad, la veracidad, la confidencialidad, la responsabilidad y en el promover un medio ambiente saludable<sup>32</sup>.

La situación de cuidar no es abstracta, es concreta, Pinto (2001:14)<sup>33</sup> la define “(...) una forma de dialogo que surge de una disposición para ser solicitado por el otro, cuidar requiere ir mas allá de los actos de observar y mirar, requiere un nivel de alerta e inmersión en la situación presente, cuidar es más que una acción, es una forma de ser”.

Hemos de reflexionar que únicamente a través de una buena retroalimentación, al contenido, al sentimiento, a la demanda de nuestro interlocutor, podemos saber si hablando de lo mismo decimos lo mismo<sup>34</sup>.

### **1.2.2 La complejidad del cuidado**

La importancia de la reciprocidad en la relación entre enfermería y el cuidado de las personas, sirve como proceso de retroalimentación para ambos y ayuda al crecimiento de las dos<sup>35</sup>. Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familia, continuo, generador de vida, seguro para el paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona<sup>36</sup>.

Actualmente, las reformas de los servicios sanitarios ponen un mayor énfasis en la atención a la salud en el propio entorno, convirtiendo el hogar en un escenario de la atención sanitaria donde confluyen el sistema profesional y el informal. Esto supone un desplazamiento de cuidados más complejos hacia el sistema informal<sup>37</sup>.

Teóricamente se distinguen dos tipos de cuidados: el informal y el formal. El interés por el cuidado informal ha ido en aumento durante las últimas décadas<sup>38</sup>. Para Rivera<sup>39</sup>, el cuidado informal es la atención no remunerada que se presta a las personas con algún tipo de dependencia psicofísica por parte de los miembros de la familia u otros sujetos sin otro lazo de unión ni de obligación con la persona dependiente que no sea el de la amistad o el de la buena vecindad. Estos agentes y redes no pertenecen a los servicios formalizados de atención ni a redes o asociaciones de ayuda mutua. Según esta concepción quedarían incluidos dentro del cuidado informal, familiares, vecinos y amigos de la persona dependiente; excluyéndose a profesionales y voluntarios. Por lo tanto, teóricamente el cuidado informal puede estar desempeñado por la familia o por miembros extrafamiliares.

Los valores de la persona, la familia o el grupo de personas que reciben el cuidado reflejan la influencia de su historia, su cultura, los factores que se deben respetar y

comprender, porque estos aspectos forman parte de ella, y se relacionan con sus costumbres, creencias, valores y prácticas de salud que se deben respetar. En la relación cuidador persona cuidada también se debe considerar y respetar el ambiente psicoafectivo familiar, el valor y las expresiones de amistad, de amor, la privacidad, la autoridad y el manejo del poder en su ambiente familiar y social<sup>40</sup>.

Por tanto, el cuidado en el plano analítico más profundo, emerge de la conciencia acerca del valor que los otros tienen, lo que conduce a desarrollar el respeto, fundamentalmente un respeto referido a la dignidad, no restringido por condiciones específicas de las personas, sino considerando que la necesidad de cuidados es universal y la dignidad y el respeto son rasgos inherentes de la enfermería<sup>41-42</sup>.

El cuidado tiene hoy en día una concepción filosófica, antropológica, psicológica, social y espiritual sin obviar la perspectiva biológica. El abordaje del cuidado se ha llevado a cabo desde diferentes concepciones y perspectivas por gran número de autores. Los primeros trabajos de investigación de Enfermería tienen una connotación notablemente positivista, según el paradigma de la época. Uno de los que más ha trabajado en el concepto de cuidado, ha sido Milton Mayeroff(1997)<sup>43-44</sup>, considera que el proceso de cuidar tiene implícitos los valores morales “(...) *es el origen de la vida, la dignidad de la misma que conlleva al respeto y a la búsqueda del bienestar, por ello el cuidado humano es ayudar a otro a crecer, cualquiera que sea otro, una persona, una idea, un ideal*”

McCance y col(1996)<sup>43</sup> identificaron seis características que constantemente aparecen en las definiciones del cuidado “(...) 1) ser verdaderamente atento/a, que es similar a la noción de estar auténticamente presente; 2) preocuparse por; 3) proporcionar medios a; 4) tomar en consideración, respetar a; 5) la cantidad de tiempo necesario; 6) conseguir conocer al paciente”. Lo que conlleva la necesidad de explorar todas las características que, aunque abstractas, se encuentran presentes en la difícil tarea de definir el concepto del cual partimos.

Colliere, (1993)<sup>44</sup> afirma que el origen del cuidado esta intrínsecamente unido al acto de cuidar de la naturaleza humana, y en este sentido podemos situar su desarrollo paralelo al desarrollo del hombre, identificando el cuidado como el recurso de las personas para gestionar los componentes necesarios, para el mantenimiento de la vida y su supervivencia en condiciones de salud y/o enfermedad.

En estas últimas décadas, el concepto de cuidado sufre cambios importantes como consecuencia de los estudios sobre el desarrollo moral de las mujeres llevadas a cabo por Nel Noddings(1984)<sup>45</sup>, ella clasifica el cuidado en dos niveles: por un lado nos dice que existen los cuidados naturales, que son aquellos que todos recibimos y que damos de madres a hijos a lo largo de nuestra vida y un segundo nivel que son los cuidados éticos, donde se incluyen los cuidados a los otros como una obligación moral o como una obligación profesional. A su vez Carol Gilligan<sup>46</sup> apoya que las estrategias de las

mujeres se concentran en la naturaleza del cuidar, en la responsabilidad de las relaciones, en los vínculos con las personas y en mantener su autointegridad. Otros autores con anterioridad abordan el concepto de cuidado como Heidegger(1991)<sup>47</sup> que considera que el preocuparse (cuidar) habla de la característica más profunda del individuo, pues las diferentes formas de estar en el mundo son todas manifestaciones del cuidar. Buber(1993)<sup>48</sup> lo expone como :“(…) *una forma de dialogo que surge de una disposición para ser solicitado por el otro, cuidar requiere ir mas allá de los actos de observar y mirar, requiere un nivel de alerta e inmersión en la situación presente, cuidar es más que una acción, es una forma de ser*”.

Marcel (2006)<sup>49</sup> enmarca el concepto de cuidado en sus nociones de presencia<sup>g</sup> y misterio<sup>h</sup>.

En España otros filósofos que han profundizado en el significado de cuidar, principalmente son Feito(2000)<sup>50</sup> que plantea el cuidado desde dos sentidos, como actividad “(…) *aquellas acciones que corresponden al ser humano y que contribuyen a ayudar ante requerimientos del mismo, así como la colaboración desinteresada al bienestar de otra persona*”; y como *tarea profesional* donde adquiere una dimensión normativa y estipulada acogiendo dos aspectos identificativos, como son que el cuidado es una acción tipificada y también es un bien interno, legitimándolo como propio de la profesión enfermera/o. Por otro lado encontramos a Torralba (2001)<sup>51</sup> hace hincapié en el cuidado como acción directa sobre otro ser humano “(…) *cuidar a una persona no consiste en cuidar sus órganos, sino cuidar su integridad, cuidarla en su completa totalidad y ello supone un esfuerzo y un cambio de paradigma intelectual respecto al modelo especialista y microcosmico*”.

El cuidado puede ser entendido en función de la contextualización del mismo, así entendido por algunas autoras es la acción encaminada a hacer algo por alguien<sup>52</sup>, rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica<sup>53</sup>, forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda a otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida<sup>54</sup>.

No existe una definición de cuidado porque precisamente, el cuidado, puede ser todo aquello que las enfermeras creen que es cuidar. Este es un fenómeno que se construye desde la teoría y en la práctica, dotándolo de significados para unos y otros, no coincidentes en muchas ocasiones. Kitson(1993)<sup>55</sup> afirma que no es necesario tener que definir que es cuidar, sino que cada uno lo dote del significado que lo convierta en operativo y se pueda aplicar en la realidad. Esta autora hace una comparación analizando las similitudes de una partícula atómica con el cuidado conceptualiza.

---

<sup>g</sup>El define presencia cuando la persona es capaz de estar conmigo, con la totalidad de mi ser, cuando yo tengo necesidad.

<sup>h</sup>El misterio en la persecución de la respuesta a la siguiente pregunta existencial ¿Qué es el ser humano?.

## 2. MARCO TEORICO

El trabajo se sustenta en referentes teóricos de la disciplina de enfermería y psicología social. Los referentes teóricos de la disciplina de enfermería para el presente trabajo son: Aspectos teóricos y filosóficos del cuidado humanizado, ciencia del cuidado, Teoría de Cuidados Culturales, Psicología Transpersonal, Teoría Transpersonal del Cuidado Humano (Watson, 1985), filosofía Watson (metaparadigma enfermería/ conceptos teóricos Watson).

### 2.1 Aspectos teóricos y filosóficos del cuidado:

Las diferentes disciplinas relacionadas con la salud han visto necesario aproximarse y conocer el cuerpo de conocimientos de otras disciplinas, entre ellas la antropología.

El cuidado holístico en los servicios de salud se ha visto dificultado por esta visión biomédica de la salud, determinando que enfermería concibe la realidad dentro de los parámetros de la biomedicina, en donde el cuidado es concebido a partir de normas, expedientes, rutinas y patrones de conductas desde que las familias entran a los centros de salud<sup>57-58</sup>. El cuidado ha asumido crecientemente, en las ciencias naturales y humanas, un enfoque fragmentado y disociado de la idea de salud, de felicidad, de bienestar, fuertemente marcado en la prehistoria. Con el sistema de producción capitalista y el avance exacerbado de las tecnologías terapéuticas, la idea de cuidado fue con el tiempo siendo banalizada y reducida a un estado material, luego disociado en su capacidad relacional, interactiva y asociativa en el proceso vital. En una concepción simplificadora, el cuidado parece haber convergido al ser humano enfermo, contraponiendo a la idea de Heidegger de que el ser humano es cuidado, este enfermo o no<sup>59</sup>.

Repasando definiciones de cuidado y de cuidar podemos ver que en función de las influencias recibidas por parte de los autores encontramos diferentes tendencias. Unas con aires psicologicistas, otras filosóficas o con influencias humanísticas o existencialistas. Muchas de estas autoras están de acuerdo en que la acción de cuidar no es solo instrumental sino que, además, supone un encuentro entre personas que llevan a cabo una transacción intersubjetiva entre ellas y que se produce en un momento y en un espacio concreto, que los filósofos denominan Kairos<sup>60i</sup> y con una finalidad

---

-iSe refiere al momento idóneo de los cuidados. Teniendo en cuenta que para enfermería las relaciones interpersonales son el eje de su práctica, conocer el significado de esos momentos sería muy interesante para dar cuerpo al fenómeno del cuidado. Gadamer en clave de antropología fenomenológica, lo denominaba tiempo idóneo que posibilita el llevar a cabo una experiencia única.

determinada. Esta definición responde a lo que autoras como Paterson, JG y Zderad, Lea y col (1988).<sup>61j</sup> entienden por cuidado en el marco de una enfermería humanística.

Surge pues, la necesidad de de profundizar y reflexionar sobre las diversas perspectivas filosóficas que están en la raíz de algunas teorías de enfermería y conceptos de cuidado que son los que actualmente se relacionan con la práctica de las enfermeras/os. Las concepciones sobre el ser humano y la vida humana de la filosofía hermenéutica comprensiva de William Dilthey(1944)<sup>62</sup> y la fenomenología<sup>63k</sup> de Martin Heidegger(1995)<sup>64</sup>, nos aporta una reflexión sobre el proceso de cuidado de enfermería como arte y ciencia comprensiva<sup>65</sup>.

La formula hermenéutica de Dilthey pone énfasis en tres conceptos claves: la experiencia<sup>l</sup>, la expresión<sup>m</sup> y la comprensión<sup>62n</sup>; entonces, si enfermería se considera un arte y ciencia humana, preocuparse por el cuidado de la salud, es comprender en primer lugar sus experiencias o vivencias respecto a la salud.

Esta perspectiva confirma la necesidad de abordar el cuidado a nuestros usuarios de manera integral<sup>65</sup>. La perspectiva hermenéutica comprensiva de Dilthey es precursora de la fenomenología de Martin Heidegger, concibe al ser humano como un ser existente en el mundo; *“(...) la existencia no está asegurada para el ser humano, este tiene que hacerse cargo de ella, ya que si no lo hace, compromete su propio ser”*<sup>62</sup>.

---

j)Paterson y Zderad, defienden la teoría humanística para la enfermería como constructo teórico que determina la práctica de las enfermeras. Su teoría la desarrollan al completo partiendo de los planteamientos filosóficos de Buber y utilizando como instrumentos, los derivados de la filosofía hermenéutica.

<sup>k</sup>Fenomenología se deriva de la palabra griega “fenómeno” que significa “se muestra por sí mismo”. Fenomenología es una filosofía y una metodología de investigación que se usa en las ciencias sociales y tiene considerable relevancia en la disciplina enfermera. Intenta describir e interpretar las experiencias vividas por las personas. La fenomenología no resuelve problemas pero si persigue el entendimiento a través de conversaciones y preguntas. Hay dos tipos de fenomenología, trascendental o descriptiva (conocida como fenomenología Hurseliana) y la hermenéutica o interpretativa (ciencia humana que estudia a las personas, tienen sus raíces en la filosofía y usa la reflexión para llegar al significado del fenómeno que se estudia).

l)La experiencia no es un acto reflexivo de la conciencia, que se halla fuera de ella y que esta aprehende. Es más bien el propio acto de conciencia, que existe antes de que el pensamiento reflexivo acometa la separación entre sujeto y objeto. Representa una experiencia vivida en su inmediatez, un ámbito previo al pensamiento reflexivo.

m)La expresión atiende a cualquier objetivación que refleje la huella de la vida interior del ser humano.

n)La comprensión o entendimiento implica una apertura intelectual o cognoscitiva (captación de lo objetivo), afectiva (sentir) y volitiva (querer), al complejo mundo de las experiencias humanas, pues es el ser humano entero, todo su ánimo, el que comprende

Reconoce que el ser humano es cuidado, y en esta perspectiva, el cuidado puede ser caracterizado como fenómeno vital en la construcción ontológica y epistemológica del desarrollo humano. Reafirma que el cuidado se constituye en la esencia de la existencia humana y determina la estructura de su práctica<sup>59-66</sup>.

La idea de la interpretación hermenéutica de Heidegger es la de descubrir el fenómeno que está oculto y en particular entender el significado de lo que está ocurriendo. Consideró que como seres humanos estamos viviendo en el mundo pero no creamos el significado de lo que vivimos, pero si lo construimos y es así como habla de intencionalidad, lo que significa tener una conexión en el mundo<sup>63</sup>.

El pensamiento del filósofo Emmanuel Levinas (1991a), cuya obra podría resumirse en el reconocimiento de la dignidad humana que se hace patente en *el rostro vulnerable* del ser humano, especialmente el indefenso. Levinas (1991a)<sup>67</sup> plantea que el rostro de las personas, en su desnudez, apela y compromete una respuesta que hace necesariamente volverse hacia el otro, sosteniéndolo, cuidándolo y sobre todo humanizándolo.

Levinas, destaca la importancia ética de preocuparse por el otro y la responsabilidad que se adquiere con él tan solo con mirar el rostro, *el acceso al rostro es de entrada ético* (Levinas, 1991a)<sup>67</sup>. El *otro* para Levinas (1991b)<sup>68</sup>, es algo excepcional, es aquel que no se puede aprehender en su totalidad, que *no está de lleno en mi lugar*, pero, sin embargo, compartimos la misma humanidad.

Edmundo Husserl (1859-1938) en materia del psiquismo humano, lo vivido por la persona no será a veces inmediatamente perceptible desde el exterior. Serán pues necesarios datos objetivables, a fin de descubrir que dimensión fundamental del "ser hombre" (por la cual es definida el existente humano) está tocada por la enfermedad. Si nosotros añadimos que eso será determinado no directamente por el cuadro clínico, sino por la intuición de la esencia del fenómeno patológico que trasciende sus manifestaciones particulares. Eso es posible, pues la enfermedad, a pesar de la modificación de una dimensión fundamental de la existencia humana, permanece un fenómeno humano. Pasar a través de una relación terapéutica del YO (Ego) a la dimensión del otro pone en juego una intersubjetividad transcendental, que se sitúa en un intermundo que mediatiza los intercambios que implican comprensión si la distancia relacional existe<sup>69-70</sup>.

Husserl intento demostrar que la filosofía era una ciencia de rigor y para esto considero que si el investigador hacia abstracción de las ideas preconcebidas, este podría llegar a la esencia del fenómeno que se estaba estudiando. Consideraba que el mundo que hemos vivido es el producto de las experiencias diarias que nos lleva más allá de estas experiencias por sí mismas. Otro de los aspectos fundamentales de la fenomenología de Husserl es la intencionalidad. Intencionalidad se refiere al hecho u objeto que ocupa la mente, es un concepto epistemológico que explica la unión entre la persona y el objeto<sup>71</sup>.

## 2.2 Ciencia del cuidado

La construcción de la antropología de los cuidados me parece importante porque nos ayuda a visualizar el padecimiento de la persona cuando se enfrenta a la enfermedad. Es una buena estrategia para dotar a los ideales humanizadores por los que todos luchamos como enfermeros de un marco de referencia teórica que posibilite la investigación y le de solidez científica. Pero también es una manera de escuchar a los que a menudo no tienen voz en el sistema hegemónico del que formamos parte: el paciente y su familia<sup>72</sup>.

En este trabajo hemos apuntado la mirada del cuidado desde dos marcos, que nos servirán de apoyo para las posteriores reflexiones. La antropología cultural, fuente de inspiración para la **Teoría de los Cuidados Culturales de la Diversidad y de la**

**Universalidad** de Madeleine Leininger y la **Teoría del Cuidado Humano** de Jean Watson, de corte humanístico-existencial. Hay que destacar que estas autoras iniciarían este camino exploratorio en los años 70, con los primeros trabajos que publicó Leininger. Ambas autoras pertenecen a la corriente denominada Escuela del Caring,

junto a Gaut (1981), Benner y Wrubel (1989), Collière (1982), Roach (1984) y Parse (1981), entre otras, que se fundamenta en filósofos como Heidegger (1927) y Marcel (1961); en teólogos como Buber (1959) y en psicólogos como May Mayeroff (1971), Gilligan (1982) y Noddings (1984).

### 2.2.1 Teoría de los Cuidados Culturales de la Diversidad y de la Universalidad

*Leininger (1994)* fue la primera enfermera que conceptualizó la enfermería transcultural<sup>73</sup>, basada en la perspectiva antropológica, propuso el Modelo del Sol Naciente (Figura 1) para ilustrar la teoría de la Universalidad y Diversidad del Cuidado Cultural<sup>74</sup>.

Los planteamientos de esta autora se sustentan en la antropología y la enfermería, centrando el estudio entre las diferentes culturas y subculturas desde un punto de vista de los valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y los modelos de conducta, con el fin de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos para la práctica asistencial. Defiende la aplicación de métodos etnográficos cualitativos para estudiar el cuidado, centrándose en el estudio de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia desde la coherencia cultural, ajustándose a los modos de vida de las personas.

Realiza los primeros intentos por sistematizar y clarificar la noción de cuidado, describió tres tipos: cuidados genéricos” (...) actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana (...), cuidados profesionales” (...) son todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a

través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte”, y cuidados profesionales de enfermería<sup>6</sup>.

“El cuidado es para la enfermería el dominio central del cuerpo de conocimiento y las practicas”. Afirma que “el constructo cuidado se ha manifestado durante millones de años como fundamental en el crecimiento y supervivencia de los seres humanos”<sup>75</sup>. Esta teoría indica que así como las personas en todo el mundo tienen características universales y diversas de acuerdo con su cultura, el cuidado de la salud igualmente tiene semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural en que se encuentren. Por tanto para que el cuidado de enfermería sea eficiente y culturalmente congruente, estas diferencias y semejanzas

Deben ser identificadas y comprendidas por los profesionales al asistir a estas personas<sup>7</sup>

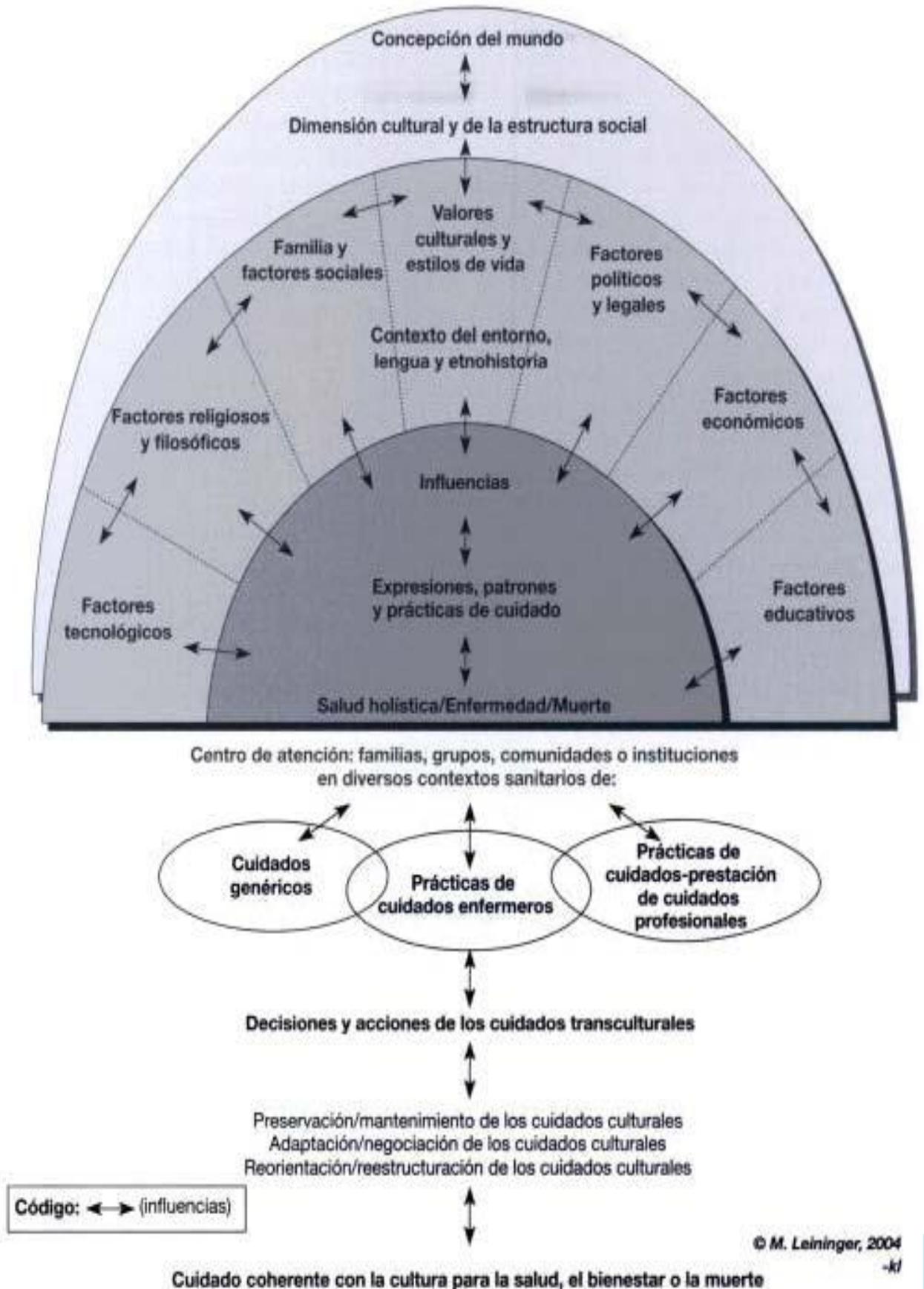


FIG- 1 Modelo del Sol Naciente.

(Fuente: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5200/1/CC\\_04\\_07.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5200/1/CC_04_07.pdf))<sup>74</sup>

Toma el concepto de cultura de la antropología que define como: “los valores, las creencias, las normas y los modos de vivir compartidos, aprendidos y transmitidos que guían los pensamientos, las decisiones y las acciones de un grupo de manera específica” y lo implementa en la definición de cuidado. Así, construye un nuevo concepto, el de **cuidado cultural**, que emerge en cada grupo y por el que entiende identificar las creencias, significados, valores, símbolos y prácticas culturales del cuidado para individuos o grupos, dentro de una perspectiva holística que incluye factores como cosmovisión, experiencias vitales, contexto ambiental, etnohistoria, así como la estructura social, con el fin de elaborar un mapa donde queden reflejadas las necesidades reales de cuidado<sup>75</sup>.

La dimensión transcultural, es una oportunidad para dar el sello humanístico al cuidado de enfermería, dado que potencia el descubrimiento de las perspectivas culturales de los pacientes, de sus prácticas y valores asociados al cuidado, los cuales, cuando son considerados, pueden sensibilizar a las personas más difíciles de tratar<sup>77</sup>.

Afirma que el cuidado, como fenómeno transcultural y central de la acción de enfermería, es la expresión de una cualidad humana que se manifiesta en una disposición moral orientada hacia la ayuda; es un servicio público que posibilita y mantiene la vida desde las perspectivas humanas, éticas, interpersonal y terapéutica. Se basa en las cualidades de valoración interpersonal, en la transmisión de confianza y en la preocupación por los otros para mantener y promocionar la salud y la integridad humana en momentos de vulnerabilidad como son la enfermedad y la muerte, así como la salud y la vida. La meta del profesional es brindar cuidados pertinentes y oportunos a los individuos y colectivos mediante una identificación de sus necesidades, apoyados en el proceso de enfermería para restablecer la independencia y autonomía, promover la integridad biosicosocial y mantener una capacidad de sí<sup>73-78-79</sup>. Establece la diferencia que existe entre curación y cuidados *“los procesos de curar y cuidar presentan diferencias en su esencia y en sus características principales; no puede existir curación sin cuidados pero pueden existir cuidados sin curación”*<sup>75-6</sup>.

El inscribir a la enfermería en un modelo que haga compatibles las necesidades del paciente con su contexto cultural (enfermería transcultural) supone desarrollar unas habilidades específicas, que tienen que ver fundamentalmente con la conversación y el lenguaje, a través de los cuales es revelada la cultura<sup>80</sup>. Es preciso señalar la desvinculación de las dimensiones sociales y culturales de la atención en los hospitales, centrándose en el componente biomédico de la asistencia<sup>81</sup>, de ahí la necesidad de potenciar la competencia cultural de la enfermera y evitar la universalización de los cuidados *“la flexibilidad transcultural representa no solo cambiar la seguridad y comodidad de las recetas listas para todas las situaciones de cuidado; sino también tener una relación empática con los individuos, familias y comunidades”*<sup>82</sup>.

### 2.2.2 Teoría Transpersonal del Cuidado Humano

El trabajo se sustenta en referentes teóricos de la disciplina de enfermería, humanidades, sociología y psicología social. Los referentes teóricos de la disciplina de enfermería para el presente trabajo son: Cuidado de enfermería, Teoría Transpersonal del Cuidado Humano (Jean Watson) y su relación con aspectos filosóficos y éticos del cuidado humanizado.

Watson se apoyó sólidamente en las ciencias y las humanidades, ofreciendo una orientación fenomenológica, existencial y espiritual para desarrollar su teoría<sup>83</sup>. Algunos autores la han clasificado como teoría de rango medio<sup>84-85</sup>, teoría de rango medio alto según su nivel de abstracción<sup>84</sup> y como grand theorie<sup>86</sup>. Watson afirma que, tanto de manera retrospectiva como prospectiva, su trabajo puede interpretarse como filosofía, ética o incluso paradigma o visión del mundo<sup>87</sup>. Fundamenta su experiencia en las ciencias humanísticas, enmarca su teoría en la corriente de pensamiento de la transformación<sup>ñ</sup>, considerando que un fenómeno es único en su interacción recíproca y presente en el mundo que le rodea<sup>88</sup>.

#### Fuentes Teóricas:

Además del conocimiento enfermero tradicional y de la obra de Nightingale y Herderson, como se mencionó anteriormente, reconoce la labor de Leninger, Gadow y Peplau; así como de otros autores como Maslow, Heidegger, Erikson, Selye, Lazarus, Whitehead, De Chardin, Levinas, Yalom, Buber, May, Mayeforoff, Noddings y Carl

Roger. Así es calificada como filosofía de enfermería porque plantea reclamos ontológicos, epistémicos y éticos<sup>89</sup>.

---

ñ Kerouac propone tres paradigmas para comprender el trabajo que realizan las enfermeras/os.

Paradigma categorización- Presenta una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica. El cuidado está enfocado hacia los problemas, los déficit o la incapacidad de la persona según el modelo biomédico, y como consecuencia la fragmentación de los cuidados en numerosas tareas. Paradigma de la Integración- Ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. La idea de interrelación entre los componentes biológicos, psicológicos, culturales y espirituales dan origen a la concepción de la persona como un ser bio-psico-social-cultural-espiritual. Intervenir significa actuar con la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Paradigma de la Transformación-Supone un cambio de mentalidad tanto de los profesionales como de las personas incluso del resto de miembros de la sociedad. La persona es considerada como ser único cuyas últimas dimensiones forman una unidad indisociable de su universo. El profesional trabaja desde una relación de igualdad con personas cuyos valores y prioridades a veces son diferentes a los suyos. Los aspectos humanísticos y filosóficos del cuidado cobran importancia.

Los conceptos que ella definió para aportar nuevos significados al paradigma enfermero “(...) derivan de las experiencias clínicas, empíricas, combinadas con mi fondo filosófico, intelectual y experimental; por eso mi trabajo inicial surge de mis propios valores, creencias y percepciones sobre la personalidad, vida, salud y curación...”<sup>87</sup>.

Tuvo vital importancia en el desarrollo de su teoría la psicología transpersonal de Carl Rogers. Carl Rogers (1982), psicólogo humanista del siglo XX, se dedicó a estudiar la conducta humana y, observó en su experiencia clínica de años, que la relación terapeuta – paciente era clave en la recuperación de la salud mental del enfermo. De acuerdo a la **Psicología Transpersonal** la relación terapeuta-paciente es más importante para los resultados que los métodos tradicionales, “(...) *durante mis primeros años de profesión, solía formularme la pregunta: ¿Cómo puedo tratar, curar o cambiar a esta persona? Ahora formulo la pregunta de la siguiente manera: ¿Cómo puedo establecer una relación que esta persona pueda utilizar para su propio crecimiento personal?*”. Rogers describió distintas vivencias que lo llevaron a la formulación de sus pensamientos sobre la conducta humana. Uno implicaba que “*es el cliente es el que sabe lo que le duele, y su cuidador debería permitir que las directrices del proceso terapéutico vinieran del cliente*”<sup>90</sup>.

Rogers creía que por medio de la comprensión el paciente llegaría a adaptarse, lo que constituye el primer paso hacia un resultado positivo Para que se dé esta relación transpersonal entre paciente y profesional deben existir ciertas condiciones tales como:

**-Congruencia:** De acuerdo a Rogers <sup>91</sup>, el ser congruente implica minimizar el propio rol frente al rol del otro, debe ser un encuentro de “persona a persona”, significa ser uno mismo, no negar la personalidad; implica, además, ser capaz de aprender de las dificultades que se tienen en las experiencias de relacionarse con el otro, saber donde se originan estas dificultades y que se debe hacer para superarlas y, por último, aprender de las experiencias para poder ayudarse uno mismo y a otros.

Para Watson el ser congruente en la relación de ayuda, conlleva a ser real, honesto, genuino y auténtico. Este aspecto está relacionado con el cultivar la sensibilidad de uno mismo y del otro. Apoyándose en la Teoría Transpersonal del Cuidado Humano, y extrapolando la congruencia a la relación enfermera y usuario, se puede agregar que la congruencia conlleva el ser genuino, ser capaz de expresar abiertamente los sentimientos y actitudes en un momento dado; sin protegerse en normas establecidas o en una “pantalla” de profesional de salud. El ser humano busca la autenticidad en su vida y en las relaciones de ayuda<sup>92</sup>.

**-Empatía:** es la capacidad de experimentar y comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como, la capacidad para comunicar esta comprensión. La empatía es uno de los elementos básicos y necesarios para trabajar efectivamente con el otro en una relación de ayuda de acuerdo a Rogers<sup>90</sup>.

Para Watson (1985), cuando la profesional de enfermería es empática logra captar con claridad el mundo del paciente y puede moverse libremente dentro de él, puede comunicarle su comprensión de aquello que él conoce vagamente y volcar en palabras los significados de experiencias de las que apenas tiene conciencia. Esta clase de empatía es un factor importante en el proceso de ayudar a la persona a acercarse a sí misma, al aprendizaje, cambio y desarrollo. La habilidad de la enfermera para responder a los sentimientos de otros de basa en la empatía. Cuando esta profesional es empática reconoce los sentimientos de otros, pero no los analiza, ni juzga y no llega a sentir incomodidad, temor, enojo o conflicto por ellos. La comunicación es más fácil, pero, clarificando que la comunicación no es sólo verbal, implica una serie de conductas no verbales y respuestas afectivas. Los seres humanos reciben y dan mensajes a través de tres procesos cognitivos, afectivos y conductuales. A través de estos tres procesos, la persona se conecta con el otro. La enfermera debe usar estos tres procesos para comunicarse con el otro, a menudo lo no verbal y afectivo debe ser muy sutil y para ello la enfermera requiere de más habilidad, para lo cual es clave formar a los estudiantes de enfermería en habilidades para comunicarse en forma efectiva con el usuario<sup>92</sup>:

- Afecto no posesivo: La enfermera debe considerar en la relación con los otros, el no poseer sentimientos paternalistas, maternalistas, sentimentales y superficiales; debe respetar al otro como persona e individuo, sin intentar tomar posesión de éste. Mientras más incondicional sea el afecto, más eficaz será la relación, entendiéndose por *incondicional*, el hecho de que la enfermera aprecia al paciente de una manera total, en vez de condicional; no acepta algunos de sus sentimientos y desaprueba otros, pero, siente un sentimiento positivo e incondicional por esa persona; es un sentimiento positivo que aflora sin reservas, sin evaluaciones y que implica no juzgar<sup>90-92</sup>.

- Comunicación eficaz: La comunicación está constituida por elementos cognitivos, afectivos y de respuesta conductual. Los seres humanos utilizan tres tipos básicos de comunicación: nivel somático (aspectos biofisiológicos); nivel de acción (conductas no verbales: posición del cuerpo, expresiones faciales etc.); nivel de lenguaje (las palabras y significado). Hay dos tipos de lenguaje en la comunicación: *denotativas* que se refiere a la comunicación de significado abiertos, explícito de palabras y *connotativas* es la comunicación de significados implícitos, asociación de ideas, sentimientos, respuestas simbólicas y contenidas latentes en las palabras. La enfermera debe usar los factores de la comunicación para desarrollar su rol de ayuda en las relaciones interpersonales con el otro, también debe intentar entender el significado personal de la conducta y sentimientos expresados por la otra persona. El escuchar, es parte importante de la relación interpersonal e incluye medios de comunicación no verbal (las inclinaciones de la cabeza, cambios del cuerpo y gestos). Para que escuchar sea efectivo se debe preguntar “*con los ojos*” y las expresiones faciales. Esto es importante a considerar cuando el paciente este comunicándose sin palabras. Escuchar, incluye suspender nuestros propios juicios, resistirse a la distracción y obstáculos que interfieran con la comunicación<sup>91-92</sup>.

## FILOSOFIA WATSON

Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias. El cuidado humano involucra valores, voluntad, conocimiento y compromiso para cuidar y para llevar a cabo acciones de cuidado teniendo en cuenta las posibles consecuencias. El concepto de cuidado para Watson: *“el cuidado es un ideal moral más que una actitud orientada al trabajo, e incluye características como la ocasión real de cuidado y el momento de cuidado transpersonal, fenómeno que ocurre cuando existe una relación de cuidado auténtica entre la enfermera y el paciente”*<sup>93</sup>; a medida que va evolucionando su teoría, confirma que el cuidado está intrínsecamente relacionado con la curación *“la ética y la escala de valores de cuidado, curación y salud comprende el contexto profesional y la misión de la enfermera<sup>o</sup> –su razón de ser- para la sociedad”*<sup>87</sup>.

Ante el riesgo de deshumanización, en el cuidado del paciente, a causa de la gran estructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería<sup>94</sup>.

La Teoría Transpersonal del Cuidado Humano (Watson, 1985) agrega que, las enfermeras/os debieran otorgar un cuidado cercano al usuario y poseer cualidades para establecer relaciones interpersonales al cuidar como: comunicación eficaz, afecto no posesivo, congruencia y empatía<sup>92</sup>.

De acuerdo con esta afirmación, la enfermera, debe cultivar el “caring” es decir cuidar sanando. En la interrelación con el otro, debe ayudarlo a adoptar conductas de búsqueda de la salud, usando otros aspectos que apoyen el cuidar como: el silencio, el canto, la música, la poesía, el tocar, el estar “presente” a través del arte, de expresiones no verbales, de afirmaciones llenas de espiritualidad y energía que permitan la tranquilidad y la sanación<sup>95</sup>.

---

<sup>o</sup>En el artículo 53 del Real Decreto 1231/2001 se describe la misión de los profesionales de enfermería de nuestro país como “(...) prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Las intervenciones de enfermería están basadas en los principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana”.

Watson (1985), le otorga al cuidado humano una esencia humanista y un valor ético, manifiesta los siguientes **supuestos** en su trabajo teórico-filosófico<sup>92</sup>:

- El cuidado solo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal.
- El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.
- El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia.
- Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no solo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser.
- Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado.
- El cuidado genera más salud que curación. El cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o promover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos. Por lo tanto, la ciencia del cuidado es complementaria a la ciencia de la curación.
- El cuidado es el eje central de la enfermería.

De acuerdo a estos supuestos, Watson complementa en la ciencia del cuidado dos aspectos fundamentales, la obligación moral y una abierta voluntad de cuidar a través de la comunicación transpersonal, determinando para ello **10 factores del cuidado**. De este grupo de acciones según Watson, los tres primeros son claves para su Teoría Transpersonal del Cuidado Humano<sup>87</sup>:

1. Formación de un sistema de valores humanísticos y altruistas

Los valores humanísticos y altruistas se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de las enfermera/os-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. Inculcación de la fe –esperanza

Se incorporan valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo dentro de la población de pacientes. Describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera/o-paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas que buscan la salud.

3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás

El reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto actualización a través de la auto aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza

El desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino y auténtico. La empatía es la capacidad para la experiencia y, por lo tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona y para comunicar aquellas comprensiones. La acogida no posesiva se manifiesta con un volumen moderado del habla; una postura relajada, abierta; y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales.

5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos

El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión emocional e intelectual de una situación distinta de las demás.

6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.

El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como la ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.

7. Promoción de la enseñanza aprendizaje interpersonal

Es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñada para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual

Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos externos e internos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humana.

La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de mayor rango de las necesidades biofísicas, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de menor rango. La consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior. La autoactualización es una necesidad superior intrapersonal-interpersonal.

10. Permisión de fuerzas existenciales –fenomenológicas

La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson considera que este factor es difícil de comprender. Se incluye para ofrecer una experiencia que estimule el pensamiento a una mejor comprensión de uno mismo y de los demás.

Watson cree que la responsabilidad de las enfermeras tiene que ir más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante las acciones preventivas de salud. Esta meta se alcanza enseñando cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo un apoyo situacional, enseñando métodos de resolución de problemas y reconociendo las capacidades de superación y la adaptación a la pérdida.

***Conceptos del Metaparadigma de Enfermería en la Teoría del Cuidado Humano***

**Persona**

Desde la mirada existencialista, Watson considera a la persona como “un ser en el mundo”, con una unidad de mente, cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el *gestalt*, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería<sup>96</sup>.

### **Medio Ambiente**

Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)<sup>96</sup>.

### **Salud**

La salud tienen que ver con la unidad y la armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado<sup>96</sup>.

### **Enfermería**

La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera/o experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta<sup>97</sup>.

Define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud-enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la transcendencia y autocuración<sup>97</sup>.

### ***Conceptos de la teoría de Watson***

#### **Interacción enfermera-paciente:**

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud-enfermedad, interacción-persona-medioambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal(enfermera-paciente)<sup>97</sup>.

#### **Campo Fenomenológico**

El cuidado se inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente(espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos<sup>97</sup>.

### **Relación de cuidado transpersonal**

El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite al paciente y enfermera/o entrar en el campo fenomenológico del otro<sup>98</sup>.

Para Watson, la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realizar la dignidad humana así como el más profundo/ más alto Yo.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona estado moral de un objeto<sup>95</sup>.
- El termino transpersonal quiere decir ir mas allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. El objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior<sup>94</sup>.

### **Momento de Cuidado**

Una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana-a-humano. El campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/ significado de las percepciones de uno mismo, todas las cuales están basadas en la historia pasada, presente y el futuro imaginado de uno mismo. Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y autentica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente<sup>95</sup>.

La ocasión de cuidado en última permite el descubrimiento de sí mismo. Estas influencias y valores son claramente expuestos en sus supuestos.

Supuestos de Watson relacionados con los **Valores del Cuidado Humano**:

- El cuidado y el amor son lo más universal, lo más misterioso de las fuerzas cósmicas, ellos abarcan la energía psíquica y universal.
- La asistencia y el amor, con frecuencia subestimados, son las piedras angulares de nuestra humanidad. La cobertura de estas necesidades satisface nuestra humanidad.

- Desde que enfermería es una profesión que cuida, sus habilidades para mantener el ideal y la ideología del cuidado en la práctica profesional afectará el desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la enfermería en la sociedad.
- En principio nosotros debemos amar y cuidar nuestros propios comportamientos y debemos tratarnos a sí mismos con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros con delicadeza y dignidad. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás.
- Tradicionalmente la enfermería ha mantenido una postura de cuidado humano y atención hacia las personas en los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad.
- El cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería- la esencia de la enfermería.
- El cuidado humano, tanto individual como grupal, progresivamente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario.
- Los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido sublimados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales.
- Una cuestión trascendental para la enfermería actual y futura en la preservación y evolución del cuidado humano.
- El cuidado humano puede ser eficazmente demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales. Los procesos humanos intersubjetivos mantienen vivos un sentir común de humanidad, la identificación de sí mismos con los otros.
- Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y a la sociedad residen en los compromisos con los ideales humanos en la teoría, la práctica y al investigación<sup>99</sup>.

Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera. Estas influencias y valores han formado la base de los diez factores de cuidado de Watson, utilizados por enfermeras en intervenciones relacionadas en los procesos de cuidados humano<sup>97</sup>.

Esta teoría nos ofrece el siguiente planteamiento: los fundamentos para el ejercicio de nuestro rol propio, nos plantean cuestiones sobre la naturaleza de los saberes fundamentales y los conceptos que deberían ser la matriz para poder ofrecer cuidados enfermeros profesionales y nos invita a aproximarnos a los cuidados con una visión

centrada en la salud en la cual la dimensión biológica, psicológica, social, cultural y el entorno de la persona es tomada en cuenta en sus interacciones. Las prácticas profesionales permiten ofrecer cuidados globales a la población y nos invita adentrarnos en las respuestas y reacciones específicas de la persona cuando esta es confrontada a un problema de salud o a una crisis de desarrollo y a ofrecer estrategias únicas e individualizadas a las situaciones de estrés. El sistema de valores establecido dentro de la filosofía y la teoría de los cuidados humanos, consta de valores asociados con un profundo respeto por el reconocimiento de la persona y la vida humana; son valores no paternalistas relacionados con la autonomía humana y su capacidad de elección. El énfasis se pone en ayudar a la persona a obtener más autoconocimiento, autocontrol y disponibilidad para su autocuración, independientemente de sus condiciones externas de salud.

Todos estos valores se fusionan en los **FACTORES DE CUIDADO** principales, que forman el cuadro conceptual para investigar y comprender los cuidados de enfermería centrados en la ciencia del caring. Saillant define el caring “(...) *el concepto de caring representa para el care lo que la cultura para el hecho social, parafraseando a Bateson, digamos que el caring sería la ecología de la esencia del care. Si el care es la práctica, el caring será la esencia en la que la práctica del care se concreta*<sup>100</sup>”.

Según Saillant (2009), el abordaje del caring se ha realizado desde tres modelos interpretativos diferentes:

-El modelo culturista evolucionista (Leninger: el caring como práctica cultural ligada a la supervivencia).

-El modelo humanista/ existencialista/fenomenológico (Benner, Gaut, Watson: el caring modelo de ser).

-El modelo feminista (Fich, Noddings, Tronto: el caring como problemática de género y producto de las relaciones sociales entre sexos)<sup>100</sup>.

Basándonos principalmente en el modelo humanista-existencialista-fenomenológico, la autora en el continuo perfeccionamiento de su teoría, recientemente ha revisado los factores de cuidado originales que actualmente describe como **PROCESO CARITAS** (hay una dimensión decididamente espiritual y una evocación abierta al amor y al cuidado). Presento una serie de concreciones para ayudar a la implementación del proceso caritas en la práctica y de este modo acercar la teoría a la praxis. Los denomino **CLINICAL CARITAS PROCESSES (Tabla 2)** y aunque siguen siendo los primeros (factores de cuidado) los que proporcionan el marco de referencia teórico, podríamos decir que los segundos dan respuesta a como se podrían llevar a cabo.

**Tabla 2: Clinical Caritas Processes** Fuente: Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring (pp.9-19). Boston: Little, Brown y Co. (1979) (para factores de cuidado originales); y Watson J. Theory of human caring. Denver, CO: Jean Watson/University of Colorado School of Nursing (2004).

CARATIVE FACTORS	CLINICAL CARITAS PROCESSES
1. Formación de un sistema de valores humanístico y altruista.	1. Práctica afectuosa, amable y ecuánime dentro del contexto del cuidado consciente.
2. Tener en cuenta y sostener el sistema de creencias y fomentar la esperanza.	2. Presencia auténtica que permita y contemple el sistema profundo de creencias y el mundo subjetivo del cuidador y de la persona cuidada.
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y los demás.	3. Cultivo de las prácticas espirituales y transpersonales yendo más allá de uno mismo.
4. Desarrollar una relación de cuidados humanos, de ayuda y confianza.	4. Desarrollo y mantenimiento de una relación de ayuda y confianza, estableciendo una relación auténtica de cuidado.
5. Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos.	5. Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.
6. Usar procesos creativos para la solución de problemas.	6. Uso sistemático de un proceso creativo de caring que fomente la sanación humanitaria.
7. Promocionar la enseñanza y el aprendizaje transpersonal.	7. Adquirir experiencia en el proceso enseñanza-aprendizaje en la relación con las personas.

<p>8. Crear un entorno de apoyo, protección mental, físico, social y espiritual corrector y/o de apoyo.</p>	<p>8. Proveer de un entorno de soporte y protección a nivel mental, físico, social y espiritual, potenciando el confort, la dignidad y la paz.</p>
<p>9. Ayudar a la satisfacción de las necesidades humanas.</p>	<p>9. Administrar cuidados fundamentales contemplando el cuerpo, la mente y el espíritu.</p>
<p>10. Aceptación de las fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales.</p>	<p>10. Permitir verbalizar la dimensión existencialista de la propia vida y muerte, ofreciendo cuidados espirituales (alma).</p>

Shön (1992)<sup>101</sup> ha realizado gran parte de sus trabajos con el fin de contextualizar la naturaleza del saber enfermero desde la práctica, lo que se ha venido a denominar práctica reflexiva o la ciencia practica. El principio básico que orienta la acción es la capacidad que tienen los profesionales de comprender las situaciones en toda su globalidad, sustentándose en el conocimiento práctico, lo que lleva a las enfermeras/os a obviar en muchas ocasiones el conocimiento epistemológico acerca del saber enfermero y en otras, a realizar una mezcla tanto de unos como de otros.

Es por ello, que se torna de vital importancia la interconexión de la teoría con la práctica, ya que en enfermería el cuidado se ha convertido en el centro de la praxis, y evaluar que estos cuidados sean humanizados beneficia a los profesionales de enfermería y a los usuarios, mejorando la calidad de los servicios de salud. De este modo se ayudan a construir nuevas formas de conocimiento, que son necesarias para enfermería, de modo que puedan englobar todas aquellas cuestiones que dan sentido a la actividad de cuidar. La redefinición de un paradigma enfermero como este lleva a un sistema abierto más holístico, humanístico, en el que la armonía, la interpretación y la autotranscendencia son puntos álgidos reflejados en este cambio epistemológico. En palabras de Watson (2000) “la evolución de la teoría a tendido a conceder mayor énfasis al cuidado transpersonal, la intencionalidad, la conciencia de cuidado y el campo del cuidado<sup>102</sup>”.

### 3. PROPUESTAS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACION

Se ilustra la importancia de evaluar el cuidado de enfermería a través de herramientas cuyo soporte teórico incorpora una visión humanista y ética. La relevancia de poder operacionalizar el objeto de estudio de la enfermería radica en que para que el conocimiento enfermero crezca y progrese es importante que se difunda y se entienda<sup>103</sup>.

Haciendo referencia a la pregunta de investigación, surgió la misma mediante la observación de los profesionales en su ámbito de trabajo, llegando a la conclusión de la necesidad de establecer ¿Cuántos de los atributos de un cuidado humanizado prestan los profesionales sanitarios en su práctica diaria y que influencia tienen en su praxis?

Se pretende por tanto con este trabajo de investigación, conocer esencialmente los atributos del cuidado de los profesionales de enfermería/ Técnicos auxiliares de cuidados de enfermería (TCAES), intentando captar aspectos subjetivos del mismo, enfatizando en la actitud de profundo respeto hacia las necesidades del otro, como la sensibilidad por sus necesidades espirituales, de comunicación y esperanza.

### 4. OBJETIVOS

#### 5.1 Objetivo general

Determinar los atributos de un cuidado humanizado y su interrelación con las características del personal asistencial (enfermeros/as y Tcaes), así como la influencia que estos tienen en el ámbito institucional donde se desempeñan.

#### 5.2 Objetivos específicos:

- a) Conocer las características biosociodemográficas, educacionales y laborales de las enfermeras/os asistenciales.
- b) Identificar aspectos del cuidado humanizado y transpersonal que comparten los profesionales asistenciales.
- c) Determinar qué influencia tienen los cuidados prestados por los profesionales en la institución donde se desempeñan.

## 5. METODOLOGIA

El estudio se desarrolla entre los meses de Diciembre y Mayo de 2013. Para el logro de los objetivos propuestos y poder dar respuesta a nuestra pregunta de investigación, tras haber desarrollado y elaborado una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos y apoyándonos en nuestro marco teórico, se procede a definir nuestro universo de investigación tal como se detalla a continuación:

### 5.1 Diseño

La investigación se va a llevar a cabo mediante un estudio descriptivo- observacional correlacional, con abordaje cuantitativo, ya que este permite resolver los objetivos y cuestiones planteadas, no es un diseño excesivamente complicado, tiene un coste económico bajo y permite su realización en un periodo de tiempo razonable y ofrece datos de forma rápida.

El diseño confiere a la investigación un alcance descriptivo por un lado, ya que va a posibilitar que sobre la información en lo relativo a las cuestiones que interesan y que se recojan, se pueden determinar propiedades, características y rasgos importantes de lo estudiado, y exploratorio por otro, que permite en este tema poco estudiado, obtener información para el conocimiento y se puedan plantear investigaciones futuras de más trascendencia. Los datos fueron analizados estadísticamente, lo que dio un carácter cuantitativo a la investigación.

### 5.2 Contexto

El ámbito del estudio se desarrolla en la Agencia Sanitaria Publica Hospital de Poniente, centro sanitario situado en el poniente de la provincia de Almería y perteneciente al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Se trata de un hospital comarcal situado en El Ejido, atiende a una población de unos 250.000<sup>104</sup> habitantes aproximadamente y con un área de referencia conformada por 14 municipios del poniente y de la alpujarra almeriense y granadina.

En el presente estudio la población de referencia va a estar constituida por los profesionales asistenciales que trabajan en la Agencia Sanitaria Hospital de Poniente. Principalmente se va a desarrollar en personal asistencial de enfermería (enfermeros/as y Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería Tcaes).

## 5.2 Muestra

La distribución de la misma la constituye el personal asistencial que se integra entre las Unidades de Hospitalización y la aérea de Consultas, tal como está estructurada por especialización; permitiéndonos esto diversificar las opiniones de los profesionales en función de la población atendida y el tiempo y metodología de cuidado empleado. Así pues, quedan estas conformadas de la siguiente manera:

**Tabla 3.** Distribución de la muestra. (Fuente- Elaboración propia.)

UNIDADES HOSPITALIZACION	AREA DE CONSULTAS
Traumatología 3ª Poniente	Consulta de Traumatología
Cirugía General 3ª Levante	Consulta Cirugía General
Neumología 4ª Poniente	Consulta Neumología
Medicina Interna 4ª Levante	Consulta Medicina Interna
Cardiología 5ª Poniente	Consulta Cardiología
Digestivo 5ª Levante	Consulta Endoscopias

La muestra del estudio se distribuye de la siguiente forma:

- Las unidades de hospitalización: Están conformadas por 132 profesionales de Enfermería y 132 Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAES), que constituye 44 profesionales por unidad, lo que nos confiere un total de 264 profesionales asistenciales.
- El área de consultas: Están formadas por 12 Enfermeros/as y 11 TCAES; proporcionando un total de 23 profesionales asistenciales.

La población general para el estudio queda pues conformada por 287 profesionales asistenciales.

Se selecciona una muestra mediante muestreo estratificado por profesionales de atención hospitalaria y en consulta. El número de profesionales de atención hospitalaria es de 264 sujetos frente a 23 de consultas.

Las hipótesis previas han sido una media en el cuestionario Caring Efficacy Scale Nyberg's Caring Assessment de 4,4 unidades y una desviación típica de 0, una precisión

absoluta de 0,07 unidades y un nivel de confianza del 95%. Se ha obtenido un tamaño de muestra global de 90 personas, mediante el cálculo de muestreo para medias en poblaciones finitas con un tamaño de población de 264 en hospitalaria y 23 en consulta.

Con una afijación proporcional al tamaño poblacional de los estratos, asegurando la representatividad en cada estrato se ha obtenido el tamaño de la muestra de 71 personas en hospitalización y 19 en consultas, con un efecto de diseño de 1,27. Considerando unas posibles pérdidas del 10% necesitaríamos una muestra de 78 en hospitalaria y 20 en consulta.

#### Criterios de inclusión

- Profesionales de Enfermería asistenciales de unidades de hospitalización y del área de consultas según tabla.3.
- Profesionales TCAES asistenciales de unidades de hospitalización y del área de consultas según tabla.3.
- Profesionales asistenciales que deseen contestar voluntariamente el instrumento.

#### Criterios de exclusión

- Profesionales asistenciales cuya vida laboral sea inferior a un año.
- Alumnos de Enfermería y TCAES en prácticas.
- Facultativos y personal no asistencial.

### 5.3 Instrumentos

El instrumento utilizado fue el Nyberg's Caring Assessment Scale<sup>105-106</sup> (NAC) desarrollado por Jan Nyberg en el año 1990 durante su estudio doctoral en la Universidad de Colorado. En éste se miden esencialmente los **“atributos del cuidado”**, basándose en la Filosofía de Watson e intenta captar aspectos subjetivos del cuidado, dando énfasis en la actitud de profundo respeto a las necesidades del otro, como la sensibilidad a sus necesidades espirituales, de comunicación y esperanza (Watson, 2002).

El NAC, tiene 20 ítems basados en la filosofía de Watson (factores de cuidado a los que pertenecen los primeros 7 ítems) y los otros ítems, a autores como Gaut, Nodding y Mayeroff, citados en Nyberg (1990). Cada uno de los atributos, a efecto de simplificación de sus enunciados se nombra como NY1, NY2, NY3..... hasta NY20 (ANEXO 1). Sus respuestas están diseñadas en ítems del tipo Likert con puntuación ordinal del 1 al 5. En los estudios realizados por la Dra. Jan Nyberg en que se aplicó el NAC se encontraron alfas de Cronbach de 0.85-0.98 (Watson, 2002)<sup>107</sup>.

El instrumento desarrollado originalmente en lengua inglesa, está basado fundamentalmente en la filosofía Transpersonal del Cuidado Humano de Watson (ANEXO 1). Fue traducido al castellano y validado previa autorización de la autora, en un estudio realizado en la población chilena.

Además se confeccionó un instrumento general para obtener datos biosociodemográficos, educacionales y laborales como son: edad, sexo, situación de pareja, números de hijos, lugar en el que vive, servicio o unidad, centro/universidad fin de estudios, postgrados y/o post- título, años de docencia y experiencia laboral (ANEXO 2).

### 5.3 Variables del estudio

#### ❖ **Atributos del cuidado humanizado de enfermería.**

Definición nominal: Son dimensiones tales como un profundo respeto por las necesidades de los demás, la convicción de que los demás tienen potencial, y un compromiso de relación de ayuda<sup>107</sup>.

Definición Operacional: Desde el punto de vista operacional los atributos del cuidado humanizado se medirán por el instrumento “Nyberg Caring Assessment Scale”. El instrumento está constituido por 20 ítems en escala tipo likert con una puntuación de 1-nunca a 5 -siempre.

#### ❖ **Influencia del cuidado en el ámbito institucional donde se desempeña como profesional.**

Definición nominal: Los sistemas institucionales son subsistemas sociales donde desarrollan su actividad laboral los profesionales asistenciales (para este estudio, Enfermeras/os y TCAES). Los subsistemas sociales cumplen la “función de latencia” que significa la transmisión de patrones y pautas culturales, para controlar, normar y motivar los individuos, manteniendo el sistema social íntegro.

Definición operacional:

Los sistemas institucionales de este estudio son aquellos seleccionados donde se desempeña la enfermera/o y Tcaes:

-Hospitalización.

-Consultas.

**VARIABLES INTERVINIENTES:**

Características biosociodemográficas, educacionales y laborales de las Enfermeras/os:

❖ **Edad:**

Definición nominal: Tiempo en años que ha pasado desde la fecha de nacimiento de la enfermera, hasta el día en que respondió la encuesta.

Definición operacional: En esta investigación se toma como una variable numérica, y se muestra en los resultados en estratos de década.

❖ **Sexo:**

Definición nominal: Es la condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

Definición operacional: Identificación del sexo, puede ser:

-Masculino

-Femenino

❖ **Situación de pareja:**

Definición nominal: Condición de relación y convivencia estable de la enfermera/o y/o TCAE con otra persona.

Definición operacional: Se considera como una variable dicotómica presentada como:

Con pareja: La enfermera/o y/o TCAE refiere tener una relación.

Sin pareja: La enfermera/o y/o TCAE refiere no tener una relación o convivencia.

❖ **Número de hijos:**

Definición nominal: Número de descendientes naturales u/o adoptivos que tiene el profesional.

Definición operacional: Variable numérica, que se agrupa en los siguientes estratos de:

- No tiene hijos 0

- 1 a 2 hijo/s

-3 a 4 hijos

❖ **Lugar geográfico de residencia**

Definición nominal: Zona en que habita o se encuentra el domicilio del profesional que respondió el instrumento.

Definición operacional: Para este estudio se agrupan por zonas:

-Poniente

-Centro

-Levante

❖ **Experiencia laboral**

Definición nominal: Se refiere al número de años de ejercicio profesional desempeñados como enfermera/o y/o TCAE desde que obtuvo su titulación

Definición operacional: Se utilizó como variable numérica, y se presentó la cantidad de años. Resultaron los siguientes estratos:

-Menos de 10 años

-11 a 20 años

-21 a 30 años

❖ **Experiencia docente**

Definición nominal: Se refiere a la sumatoria de años desempeñados en la enseñanza - aprendizaje de estudiantes.

Definición operacional: Para este estudio se trabajó como una variable numérica presentándola los años en décadas de experiencia académica. Resultaron los siguientes estratos:

-Menos de 5 años.

-6 a 10 años

❖ **Nivel de Estudios / postgrados:**

Definición nominal: Para efectos de ésta investigación se considerarán todos aquellos estudios realizados posteriores a la obtención del título profesional.

Definición operacional: Se consideró en estudios de:

-Técnicos

- Diplomado
- Máster
- Doctorado

❖ **Centro /Universidad fin de estudios**

Definición nominal: Establecimiento en el que el profesional obtuvo su título profesional.

Definición operacional: En este estudio se consideró el nombre del centro de la cual el profesional obtuvo su título profesional:

- Universidad Almería
- Universidad Granada
- Universidad Jaén
- IES Albaida
- IES Murgi

❖ **Servicio o unidad en que se desempeñan en el Hospital**

Definición nominal: Unidades dentro de los recintos hospitalarios que cumplen funciones específicas de acuerdo a las especialidades médicas, donde desarrolla su actividad el profesional asistencial.

Definición operacional: Se consideraron de acuerdo a las definiciones clásicas utilizadas en los servicios sanitarios hospitalarios:

- Unidades de hospitalización
- Área de consultas.

❖ **Turno de trabajo**

Definición nominal: Ciclos de días de trabajo/descanso del profesional a lo largo del año.

Definición operacional: Para este estudio se considero:

- Rotatorio
- Mañanas.

#### 5.4 Aspectos éticos de la investigación

La participación en este estudio fue de carácter absolutamente voluntario.

Se cauteló la confidencialidad de los datos y el anonimato en el manejo de la información. Se proporciona el consentimiento informado, cuya finalidad es asegurar que las personas que participan en la investigación propuesta lo hagan por propia voluntad, con el conocimiento suficiente para decidir si quieren o no participar, siempre y cuando la investigación sea compatible con sus valores, sus intereses así como con sus preferencias. Los requisitos éticos frente al consentimiento y la confidencialidad no concluyen con la aceptación de participación en la investigación, sino que la propia participación implica la aceptación de otros aspectos como el abandono de la misma en cualquier momento, la reserva en el manejo de la información y el reconocimiento a la contribución mediante información de los resultados. El modelo de consentimiento informado se muestra en el (ANEXO 3). Se solicitan los permisos pertinentes al comité de ética del hospital.

#### 5.5 Material

Como material se utilizaron diversos equipos y software informáticos. A continuación se detallan dichas herramientas utilizadas:

- ❖ Equipos informáticos:
  - Ordenador tipo PC con procesador Intel Pentium 4 con CPU a 3,40 MHz y memoria de 2 GB.
  - Impresora: HP Color Láser Jet 2600n.
  - Periféricos: Diversos equipos de almacenamiento fijos y portables.
- ❖ Software informático:
  - Sistema operativo: Windows XP Profesional SP3.
  - Explorador de Internet: Internet Explorer 10v, utilizado para acceso a recursos y bases de datos en internet.
  - Procesador de textos: Microsoft Office Word 2003 SP3.
  - Hoja de Cálculo: Microsoft Office Excel 2003 SP3.
  - Análisis estadístico: SPSS Statistics 20.0 v.20.0.0. Programa estadístico empleado en el análisis de los datos, estadística descriptiva, correlaciones y análisis de fiabilidad.

### 5.6 Procedimiento:

El estudio se desarrolla entre los meses de Diciembre y Mayo de 2013. Para el logro de los objetivos propuestos y poder dar respuesta a nuestra pregunta de investigación, tras haber desarrollado y elaborado una exhaustiva búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos y apoyándonos en nuestro marco teórico, se realiza la primera fase del proyecto de investigación: introducción, marco teórico y objetivos. Posteriormente, se procedió a la distribución de los instrumentos junto con el consentimiento informado a los profesionales asistenciales tanto a enfermeros/as como a Tcaes de las unidades de hospitalización y el área de consultas indicadas en la tabla 3 en los dos turnos de trabajo (mañanas y rotatorio). Se hizo un análisis donde se agruparon las opiniones de los profesionales para cada uno de los ítems de los instrumentos, llevadas a cabo durante el mes de Abril de 2013. Posteriormente se procedió al análisis de los datos durante el mes de Mayo de 2013.

### 5.6 Análisis de datos

Se creó una base de datos donde se digitalizaron todas las respuestas de cada instrumento. Tras la depuración de los datos, se realiza el análisis descriptivo de las variables cualitativas expresándolas en términos de porcentajes.

Para el análisis de los datos se utiliza el programa SPSS20.0 de Windows, se evalúa la asociación entre todas las variables con el test de Chi-cuadrado, siendo la hipótesis nula que no hay asociación entre los atributos del cuidado y las distintas variables estudiadas.

## 6. RESULTADOS

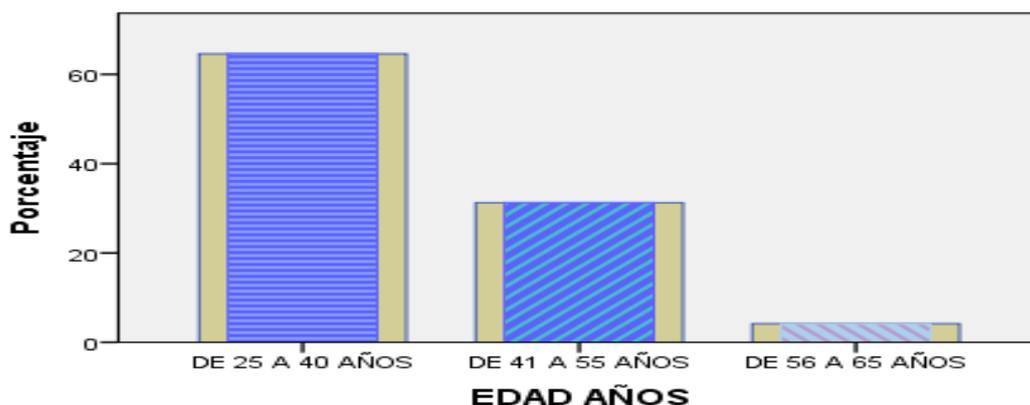
Para el estudio de los atributos se selecciono una muestra de 98 profesionales asistenciales distribuidos por diferentes áreas del hospital (hospitalización y consultas) y por diferentes profesionales asistenciales de enfermería (Taces y enfermeros/as), de los cuales se descartaron dos de los cuestionarios por no estar correctamente confeccionados (concretamente uno de Técnico de consulta y otro de enfermero/a de hospitalización), quedando la muestra conformada en un total de 96 participantes.

### 6.1 Resultados descriptivos de la muestra

Para el estudio la muestra conformada por un total de 96 profesionales, las principales características del análisis de las variables quedaron formadas de la siguiente manera:

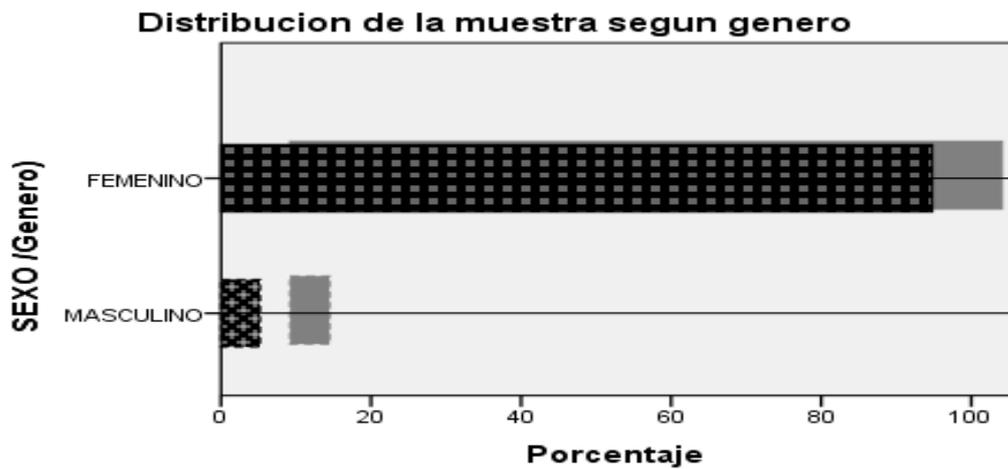
En la edad en años de los participantes observamos que la media de la misma se sitúa en 39 años perteneciendo al grupo de 25 a 40 años el 64,6%, de 41 a 55 años el 31,3% y al grupo de 56 a 65 años el 4,2% respectivamente. En la distribución de la misma podemos concluir por tanto, que la edad de los profesionales es relativamente joven constituyendo casi el doble de la del segundo grupo y más del triple de la del tercer grupo (Grafico 1).

**Distribucion de la muestra segun edad en años**



**Grafico 1:** Distribución de la muestra según grupos de edad en años.

Haciendo referencia al sexo de los mismos, predomina principalmente el sexo femenino con una frecuencia del 94,8% frente a tan solo el 5,2% del sexo masculino, dado principalmente por ser una profesión predominantemente de mujeres (Gráfico 2).



**Gráfico 2:** Distribución de la muestra según sexo.

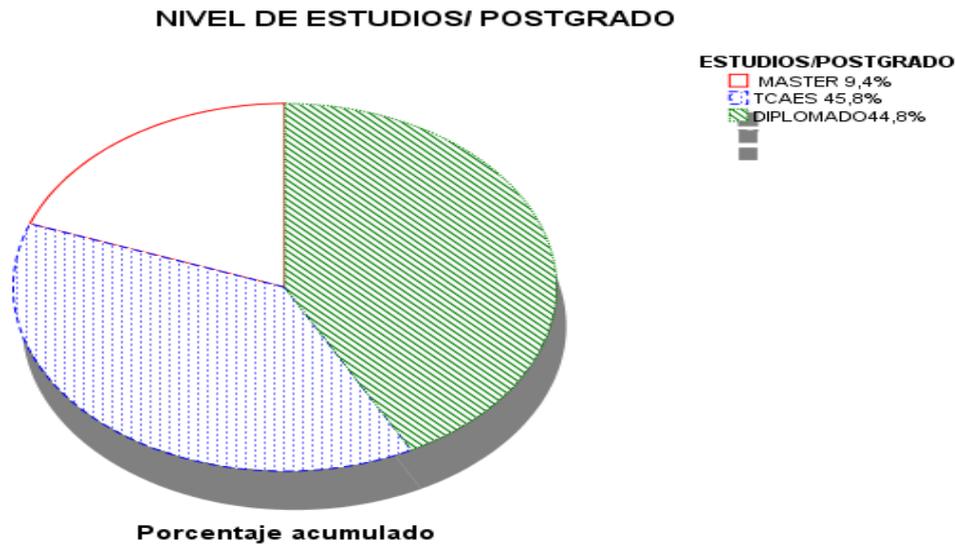
En el análisis de otra de las variables del estudio observamos que el 86,5% de los intervinientes presentan pareja en el momento de la realización del estudio frente al 13,5% en la que no se encuentran en situación de pareja. El lugar de residencia de los intervinientes es del 55,2% de la zona de Poniente frente al 31,3% de la zona Centro y del 13,5% de la zona de Levante respectivamente.

Las unidades o servicios donde los profesionales desempeñan su actividad profesional, atiende a la distribución realizada de la muestra en unidades de hospitalización y de consultas externas perteneciendo el 79,2% del personal a hospitalización y el 20,8% al área de consultas externas (Tabla 4).

**Tabla 4:** Distribución de la muestra según unidad/ servicio.

UNIDAD /SERVICIO		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	HOSPITALIZACION	76	79,2	79,2	79,2
	CONSULTAS	20	20,8	20,8	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

En cuanto a las variables académicas, el centro de formación y universidad de finalización de estudios son principalmente la Universidad de Almería con un 35,4% y el IES Albaida con un 33,3%, frente a otros centros de las zonas geográficas de procedencia y residencia de los participantes. En cuanto a los estudios y postgrado de los interviniente, observamos porcentajes prácticamente parecidos de Técnicos frente a enfermeros/as de los cuales un 9,4% pertenece a Máster (Grafico 3).



**Grafico 3:** Distribución de la muestra según nivel de estudios

En las características de las variables relativas al trabajo, hallamos casi el mismo porcentaje de profesionales Tcaes que de Enfermeros/as cuyo turno de trabajo predominantemente es el rotatorio frente a los fijos de mañanas (en las que se incluyen el área de hospitalización así como el de consultas) (Tabla 5,6).

**Tabla 5:** Distribución de la muestra según turno de trabajo.

TURNO TRABAJO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MAÑANAS	24	25,0	25,0	25,0
	ROTATORIO	72	75,0	75,0	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

**Tabla 6:** Distribución de la muestra según categoría profesional.

CATEGORIAS PROFESIONALES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	TCAES	44	45,8	45,8	45,8
	ENFERMEROS/AS	52	54,2	54,2	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

En las frecuencias en relación a los años de experiencia laboral, se observó que los participantes como se expuso anteriormente, son relativamente jóvenes, prácticamente el 82,3% presentan cinco o menos de cinco años de experiencia en la actividad docente como profesionales, aunque en la experiencia laboral se obtuvo una media de 13 años, pertenecen al grupo mayoritario un 66,7% del rango de edad de 11 a 20 años de experiencia (Tabla 7).

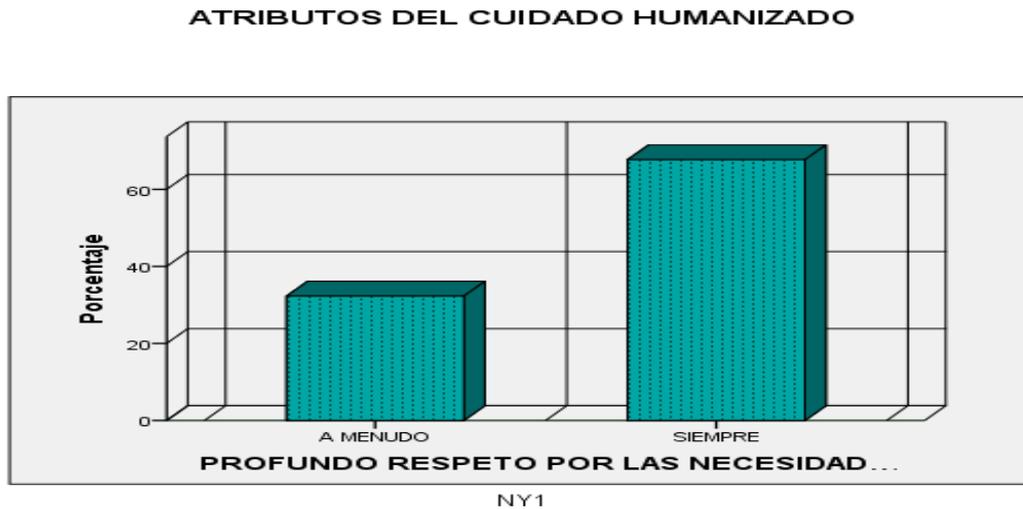
Con respecto a los años de experiencia laboral en las diferentes unidades de trabajo analizadas en el estudio, mostraron una distribución donde la media de años de trabajo en hospitalización era de 9 años, encontrando agrupados a los participantes con unos porcentajes de 10,4% con un tiempo de trabajo de 8 años y un 14,6% con un tiempo de trabajo de 10 años. En cuanto al tiempo de trabajo en consultas externas, prácticamente el 47,9% no había trabajado nunca en este servicio, frente a tan solo el 14,6% y el 13,5% que había trabajado uno y dos años respectivamente. La distribución de la muestra en el análisis de estas variables es bastante irregular, ya que las frecuencias se agrupan principalmente en este rango de años de trabajo.

**Tabla 7:** Distribución de la muestra según años de experiencia laboral.

AÑOS EXPERIENCIA LABORAL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MENOS DE 10 AÑOS	24	25,0	25,0	25,0
	DE 11 A 20 AÑOS	64	66,7	66,7	91,7
	DE 21 A 30 AÑOS	8	8,3	8,3	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

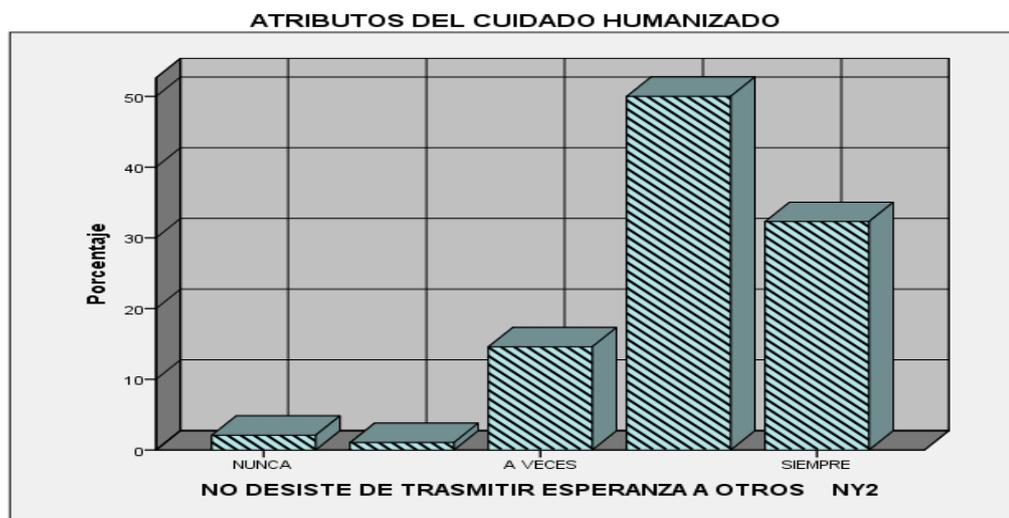
En el análisis de los atributos del cuidado de enfermería según el instrumento Nyberg Caring Assessment, se detallan a continuación las frecuencias de las respuestas de los participantes, concluyendo para cada uno de los atributos:

**NY 1 – Tiene un profundo respeto por las necesidades del otro**, el 65,6% de los participantes contestaron siempre, de los cuales 34 pertenecían a la categoría de enfermería y 31 a TCAES. (Grafico 4).



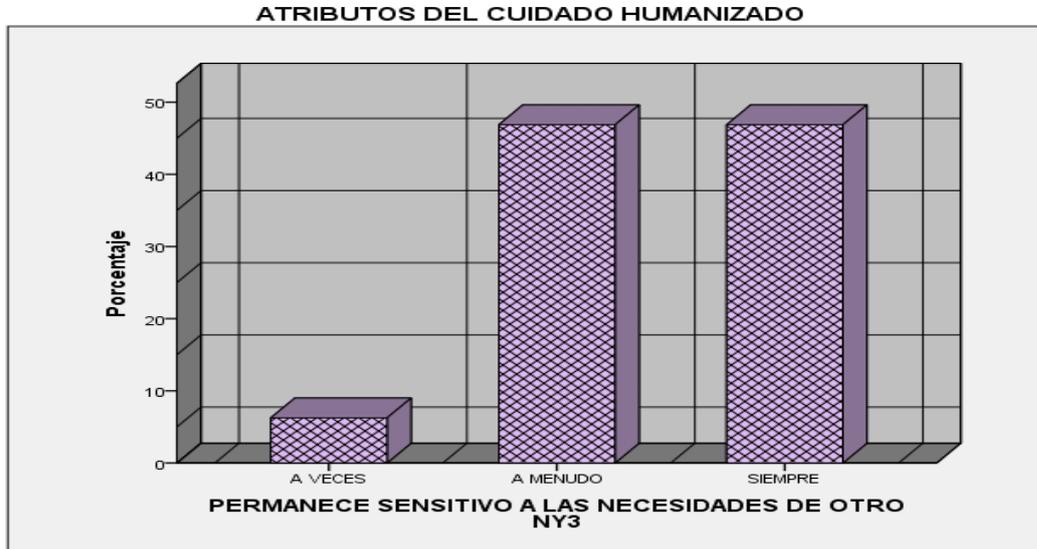
**Grafico 4:** Distribución de la muestra según NY 1.

**NY 2- No desiste de transmitir esperanza a otros**, el 52,1% de los participantes contestó “A menudo”, pertenecientes a 21 enfermeros de hospitalización y 19 Tcaes de hospitalización; frente a un 30,2% que opino que siempre 14 Tcaes hospitalización y 10 enfermeros hospitalización (Grafico 5).



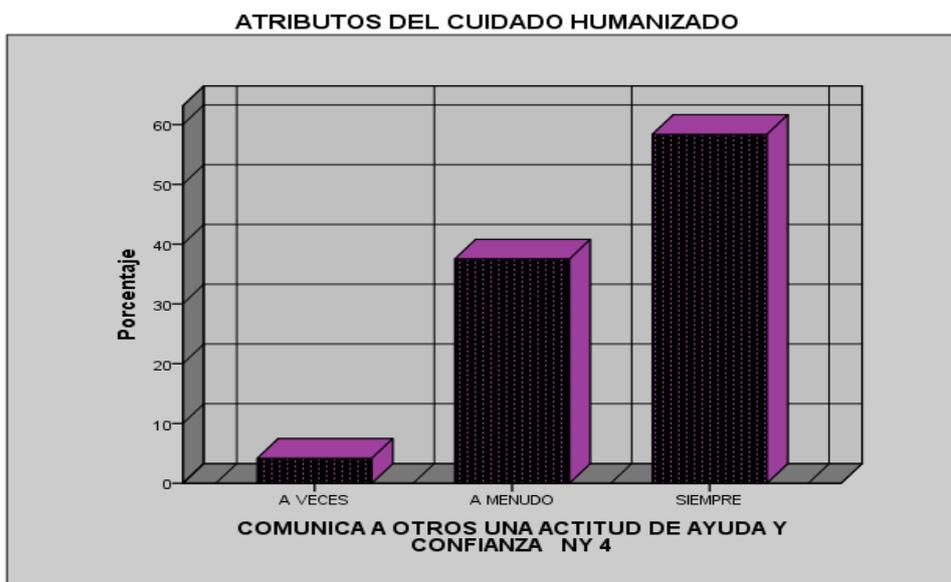
**Grafico 5:** Distribución de la muestra según NY 2.

**NY 3- Permanece sensitivo a las necesidades del otro.** en este atributo las frecuencias son casi semejantes con un 49% de las respuestas A menudo (20 Tcaes hospitalización) y un 44,8% en siempre (19 Tcaes y 19 enfermeros hospitalización) (Grafico6).



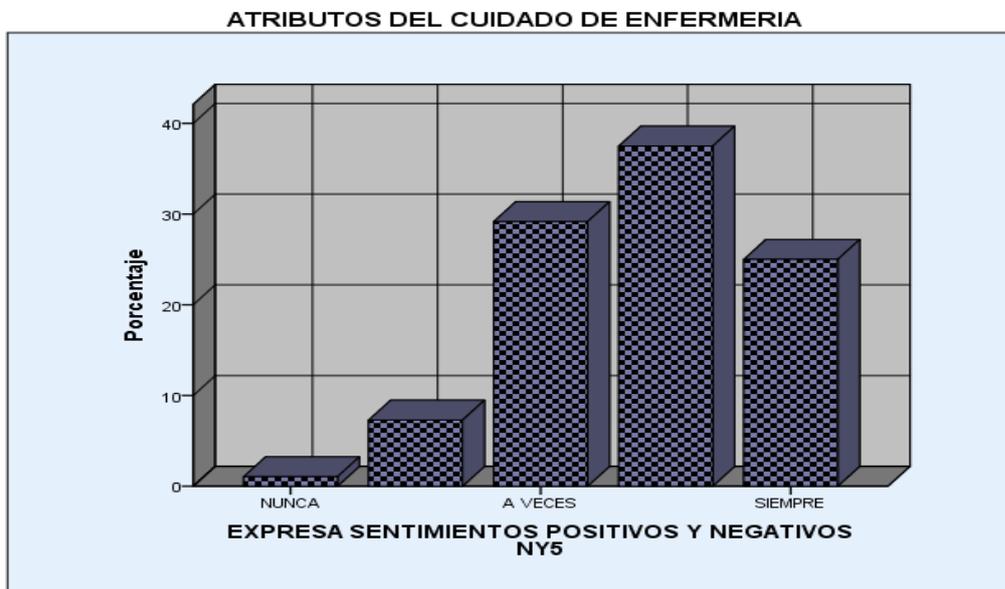
**Grafico 6:** Distribución de la muestra según NY 3.

**NY 4- Comunica a otros una actitud de ayuda y confianza.** en el que un 56,3% de las respuestas fue siempre (24 Tcaes y 23 enfermeros de hospitalización respectivamente) y un 39,6% A menudo (14 Tcaes y 14 enfermeros hospitalización) (Grafico 7).



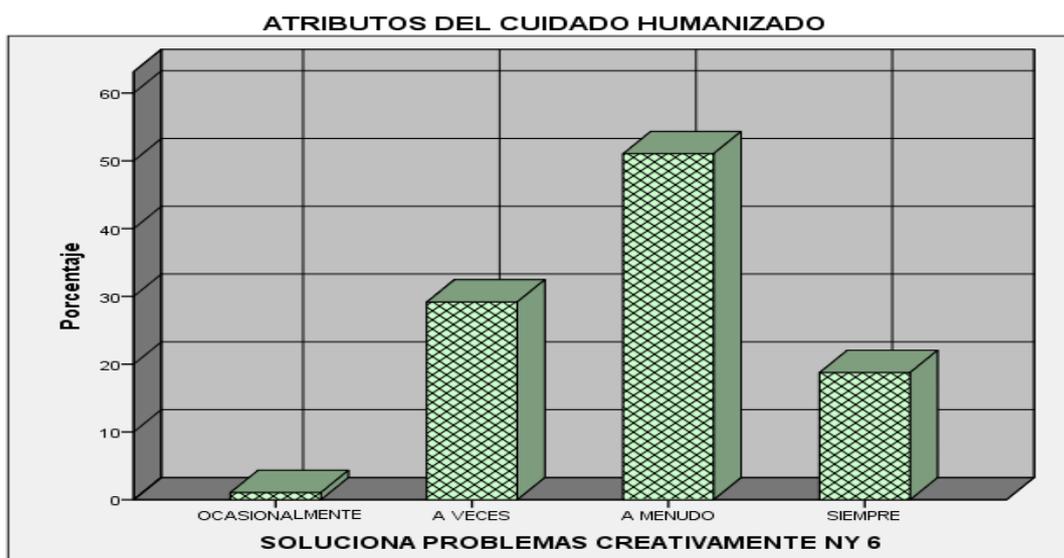
**Grafico 7:** Distribución de la muestra según NY4.

**NY 5- Expresa sentimientos positivos y negativos,** en este atributo se observo que las distribuciones y porcentajes fueron muy variados tal como observamos, el 36,5% contesto que a menudo, el 30,2% a veces (Grafico 8).



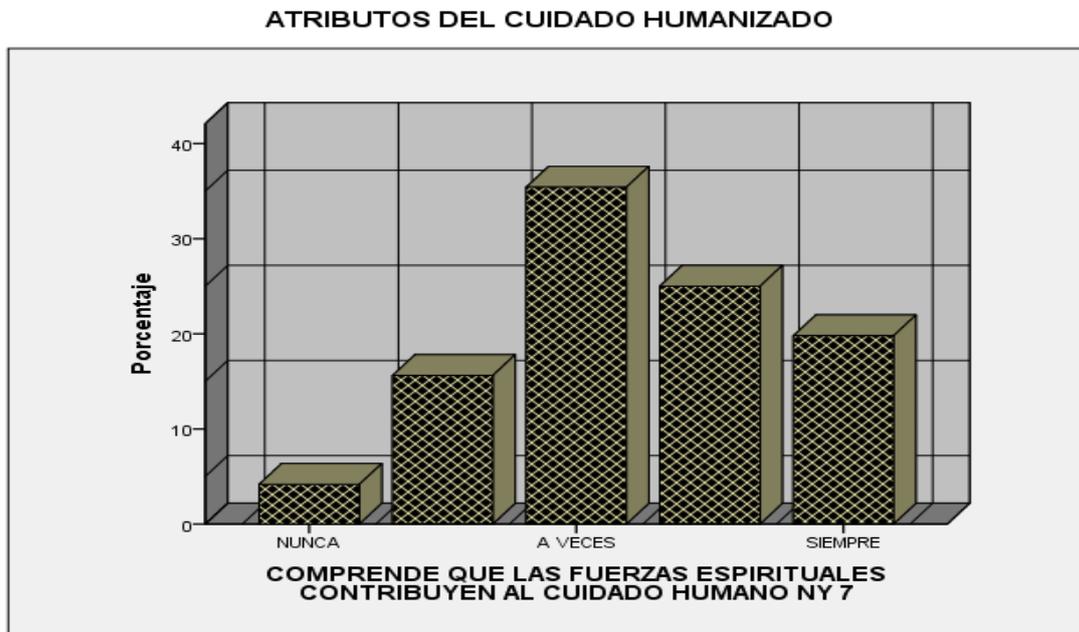
**Grafico 8:** Distribución de la muestra según NY5.

**NY6- Soluciona problemas creativamente,** el 49% opino que a menudo (22 Tcaes y 18 enfermeros/as de hospitalización frente a un 31,3% a veces (14 Tcaes y 10 enfermeros/as respectivamente) (Grafico 9).



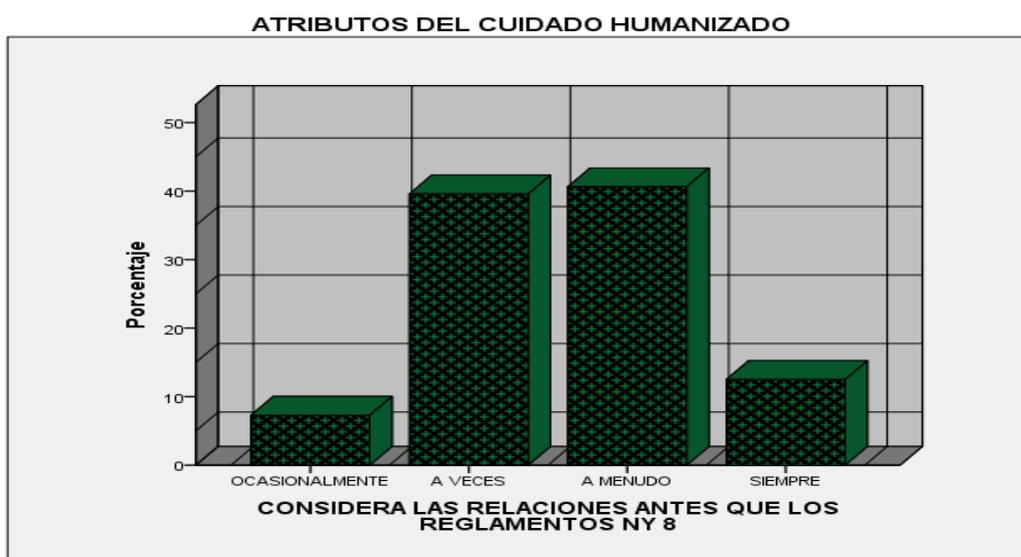
**Grafico 9:** Distribución de la muestra según NY6.

**NY 7- Comprendo que las fuerzas espirituales contribuyen al cuidado humano,** el 34,5% contesto a veces (14 Tcaes y 14 enfermeros/as de hospitalización) y el 22,9% a menudo (10 enfermeros/as de hospitalización y 5 de consultas) (Grafico 10).



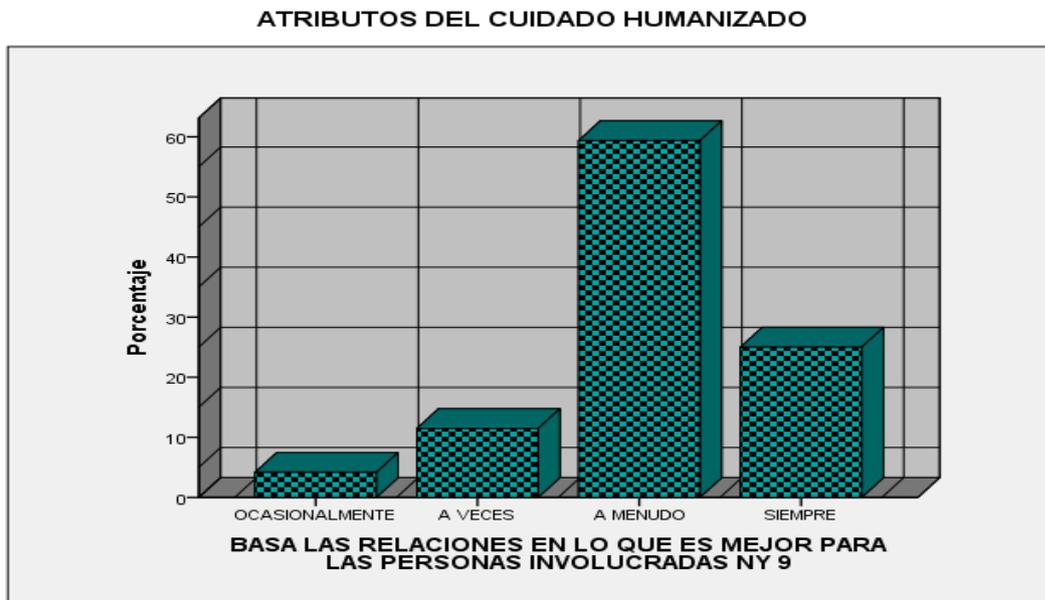
**Grafico 10:** Distribución de la muestra según NY7.

**NY 8- Considera las relaciones antes que los reglamentos,** los porcentajes oscilan entre un 41% a menudo (19 enfermeros/as de hospitalización y 15 Tcaes de hospitalización) frente al 37,5% a veces (16 Tcaes hospitalización y 15 enfermeros hospitalización) (Grafico 11).



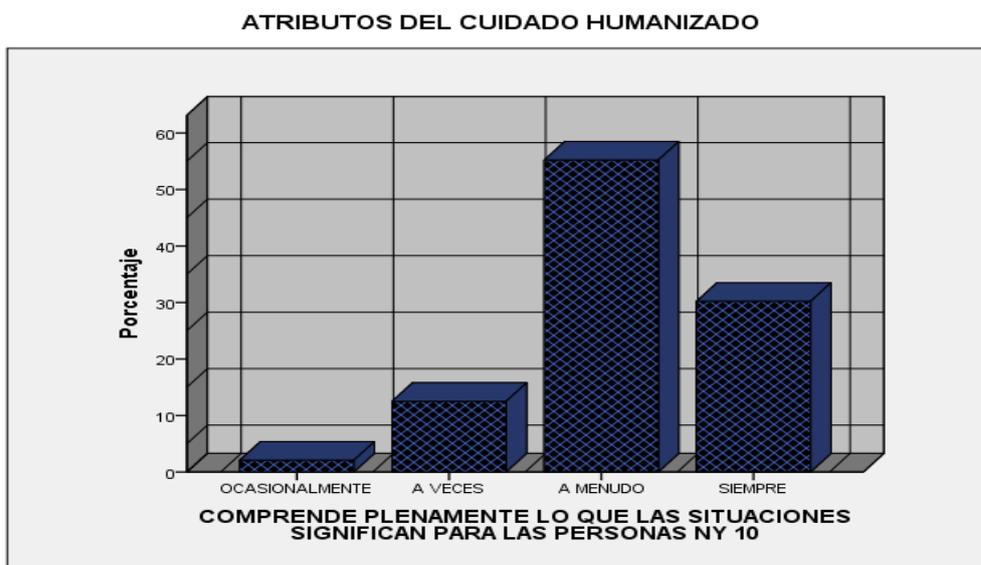
**Grafico 11:** Distribución de la muestra según NY8.

NY 9- **Basas las relaciones en lo que es mejor para las personas involucradas.** aquí el 60,4% contesto que a menudo (26 Tcaes de hospitalización y 21 enfermeros/as hospitalización) y el 22,9% siempre (10 enfermeros/as hospitalización y 9 Tcaes de hospitalización) (Grafico 12).



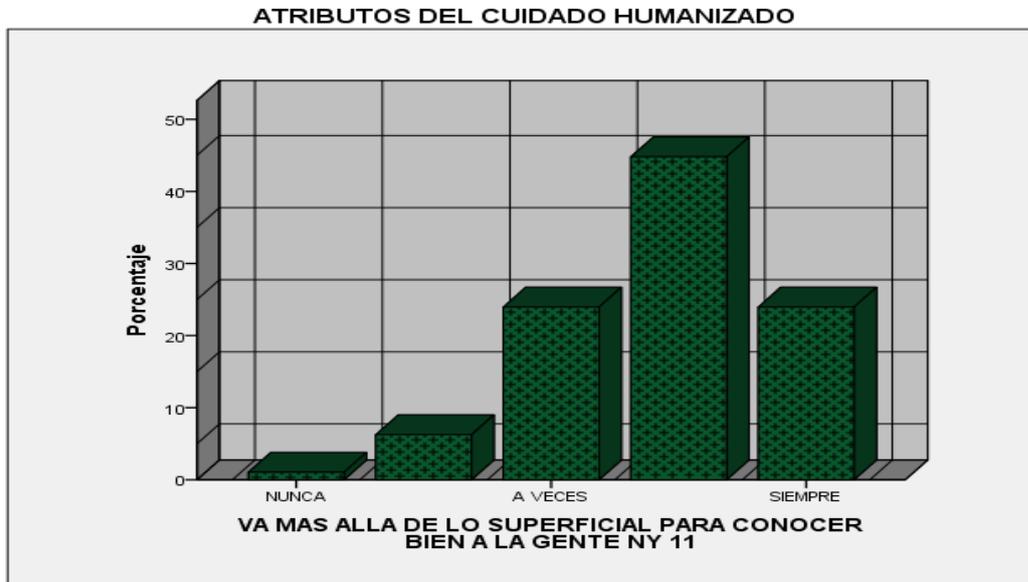
**Grafico 12:** Distribución de la muestra según NY 9.

NY 10- **Comprende plenamente lo que las situaciones significan para las personas.** el 55,2% a menudo (27 enfermeros/as hospitalización y 8 enfermeros/as consultas) y el 30,2% siempre (17 Tcaes hospitalización) (Grafico 13).



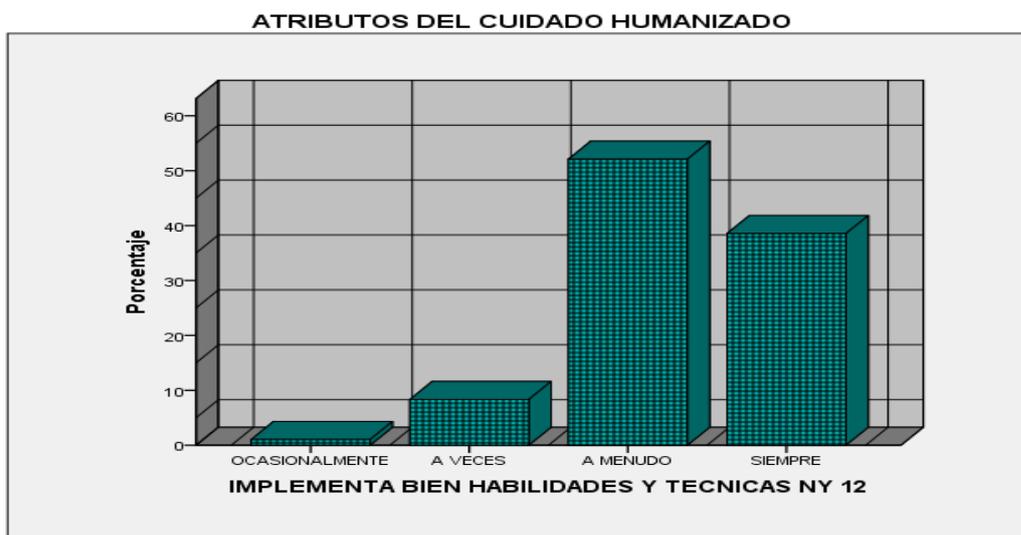
**Grafico 13:** Distribución de la muestra según NY10.

**NY 11- Va mas allá de lo superficial para conocer bien a la gente.** el 42,7% a menudo (19 Tcaes hospitalización y 18 enfermeros/as hospitalización y 4 enfermeros de consultas) frente al 25% a veces (11 Tcaes hospitalización y 3 enfermeros/as consultas) y 24% siempre (12 enfermeros/as hospitalización y 2 enfermeros consultas) (Grafico 14).



**Grafico 14:** Distribución de la muestra según NY 11.

**NY 12- Implementa bien habilidades y técnicas.** el 51% a menudo (22 Tcaes hospitalización y 16 enfermeros/as hospitalización) frente al 37,5% siempre (18 enfermeros/as hospitalización) (Grafico 15).



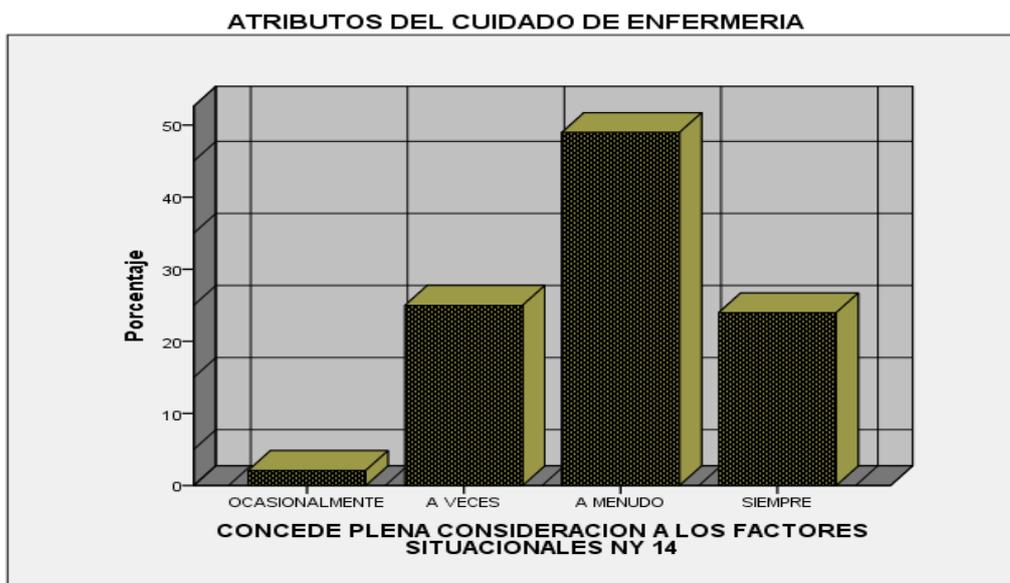
**Grafico 15:** Distribución de la muestra según NY 12.

**NY 13- Elige tácticas que logran metas,** el 50% a menudo (22 enfermeros hospitalización, 18 Tcaes hospitalización y 6 enfermeros de consultas) y el 31,3% siempre (13 enfermeros/as hospitalización y 3 Tcaes de consultas) (Grafico16).



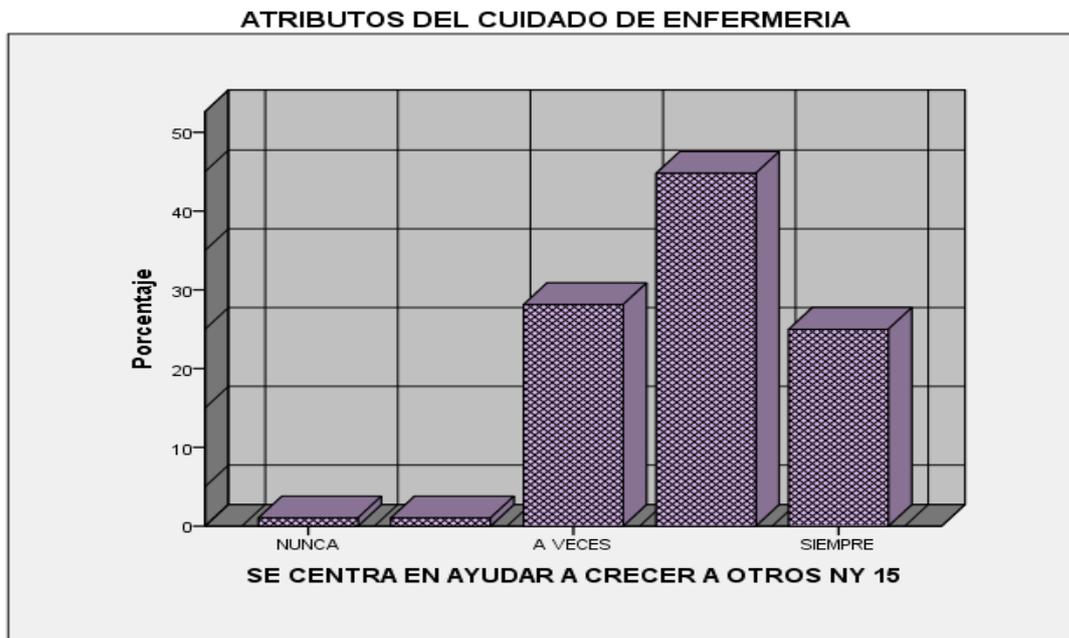
**Grafico 16:** Distribución de la muestra según NY 14.

**NY 14- Concede plena consideración a los factores situacionales,** el 49,6% a menudo (24 enfermeros/as hospitalización y 16 Tcaes hospitalización) frente al 26% a veces (14 Tcaes hospitalización y 3 enfermeros/as de consultas) (Grafico 17).



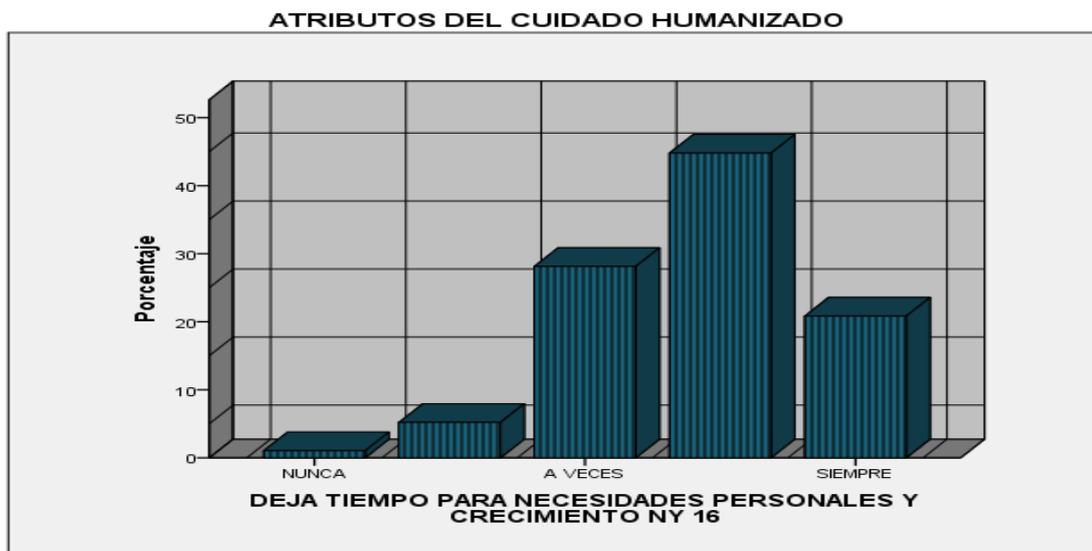
**Grafico 17:** Distribución de la muestra según NY 14.

**NY 15- Se centra en ayudar a crecer a otros.** distribución heterogénea con el 44,8% a menudo (21 enfermeros/as hospitalización 18 Tcaes hospitalización), el 28,4% a veces (11 Tcaes hospitalización y 6 enfermeros/as consultas) y el 24,2% siempre (3 Tcaes de consultas y 11 Tcaes de hospitalización) (Grafico 18).



**Grafico 18:** Distribución de la muestra según NY 15.

**NY 16- Deja tiempo para las necesidades personales y de crecimiento,** el 45,8% a menudo (21 enfermeros/as hospitalización y 18 Tcaes hospitalización) frente al 27,1% a veces (19 Tcaes hospitalización y 6 enfermeros/as consultas) y 20,8% siempre (11 Tcaes hospitalización y 8 enfermeros hospitalización) (Grafico 19).



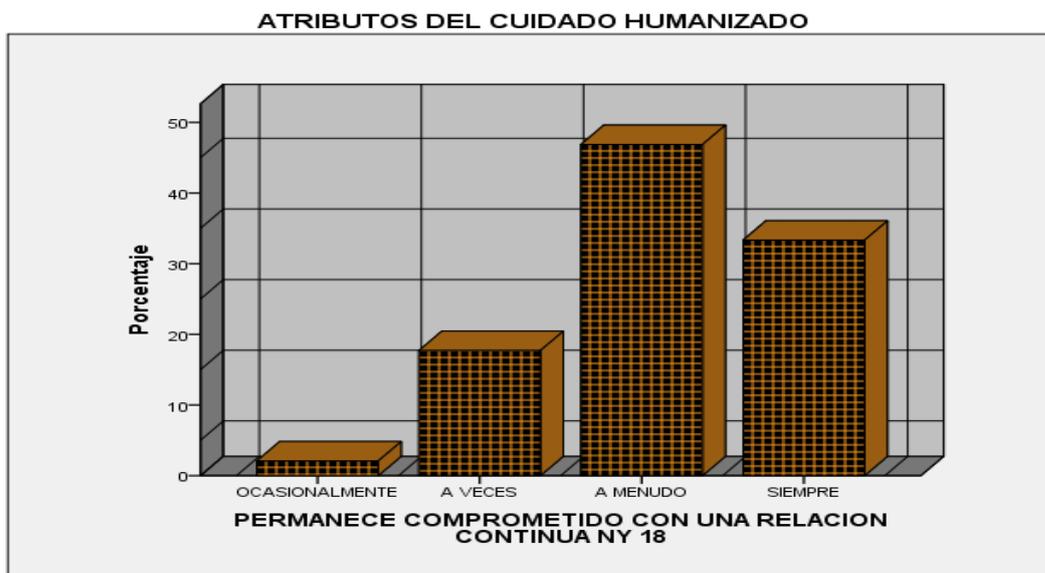
**Grafico 19:** Distribución de la muestra según NY 16.

**NY 17- Se permite tiempo para las oportunidades de cuidado**, el 54,2% a menudo (22 enfermeros/as hospitalización, 19 Tcaes hospitalización y 8 enfermeros/as consultas) frente al 24% a veces (12 Tcaes hospitalización y 8 enfermeros/as hospitalización) (Grafico 20).



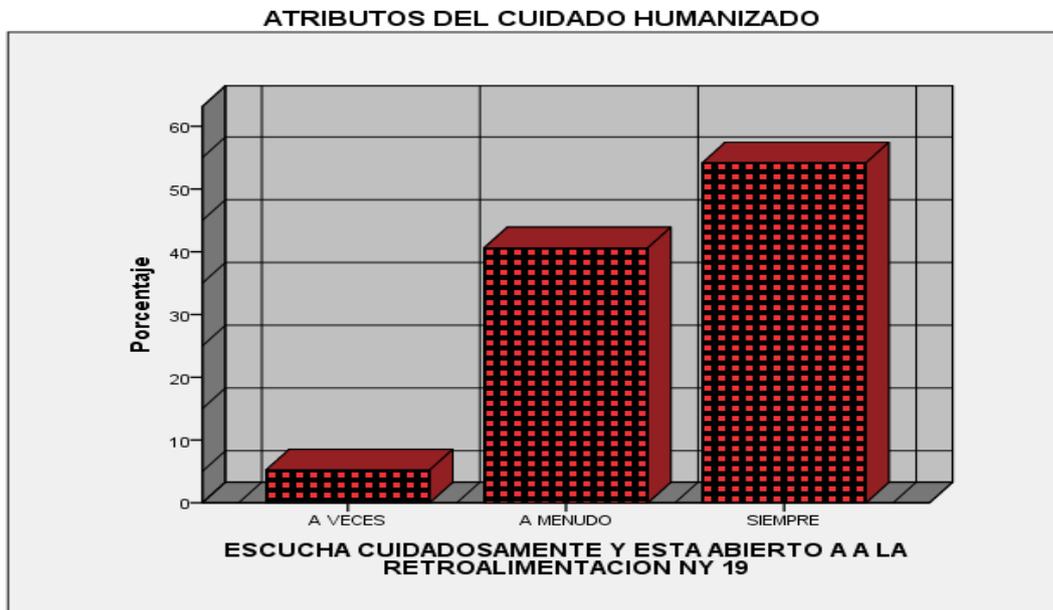
**Grafico 20:** Distribución de la muestra según NY17.

**NY 18- Permanece comprometido con una relación continua**, el 48,4% a menudo (20Tcaes hospitalización y 27 enfermeros/as hospitalización) el 32,6% siempre (14 enfermeros/as hospitalización y 13 Tcaes hospitalización) (Grafico21).



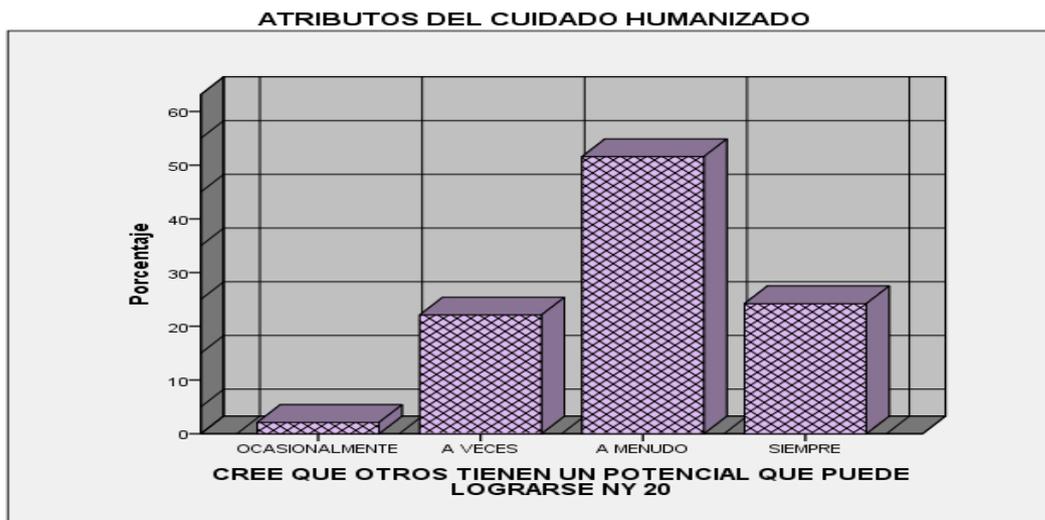
**Grafico 21:** Distribución de la muestra según NY 20.

**NY 19- Escucha cuidadosamente y está abierto a la retroalimentación**, el 53% siempre (24 enfermeros/as de hospitalización, 9 de consultas y 16 Tcaes) y el 41,7% a menudo (21 Tcaes hospitalización y 13 enfermeros/as hospitalización) (Grafico 22).



**Grafico 22:** Distribución de la muestra según NY 19.

**NY 20- Cree que otros tienen un potencial que puede lograrse**, 51,6% a menudo (23 Tcaes hospitalización y 21 enfermeros/as hospitalización) el 24,2% siempre (9 enfermeros hospitalización y 6 enfermeros/as consultas) y el 22,1% a veces (7 enfermeros/as hospitalización y 12 Tcaes) (Grafico 23).



**Grafico 23:** Distribución de la muestra según NY 20.

## 6.2 Relación entre los atributos del cuidado y las distintas variables estudiadas.

Se realizó el test de Chi- cuadrado, manteniendo como hipótesis nula que no existe relación entre los atributos del cuidado de enfermería y las distintas variables estudiadas, mientras que la hipótesis alternativa es que si existe relación significativa para  $p \leq 0,05$ .

Después de hacer un análisis mediante el test de Chi-cuadrado, se observa relación significativa ( $p \leq 0,05$ ) entre las variables del estudio, siendo así que el sexo, la edad y NY 2 (No desiste de transmitir esperanza a otros) presentan una significación con  $p = 0,012$  y  $0,000$ . En NY 3 (Permanece sensitivo a las necesidades del otro) observamos que el nivel de significación para  $p = 0,020$  con respecto a la variable años de experiencia en hospitalización (Tabla 9).

De igual forma NY 5 (Expresa sentimientos positivos y negativos) y edad presentan significación siendo  $p = 0,000$ , así como con la variable personal asistencial donde  $p = 0,050$ . NY 6 (Soluciona problemas creativamente) presenta una significación con cuatro de las variables edad, sexo, situación de pareja y personal asistencial, siendo  $p = 0,00$ ,  $0,04$ ,  $0,049$  y  $0,050$  respectivamente. La variable nivel de estudios/postgrado presenta significación de  $p = 0,008$  con NY 7 (Comprende que las fuerzas espirituales contribuyen al cuidado humano). El nivel de estudios presenta significación con NY 8 (Considera las relaciones antes que los reglamentos) donde  $p = 0,021$ . Para NY 9 (Basa las relaciones en lo que es mejor para las personas involucradas) presenta significación con turno de trabajo  $p = 0,039$  y años de experiencia en hospitalización donde  $p = 0,050$ . El personal asistencial se relaciona con NY 10 (Comprende plenamente lo que las situaciones significan para las personas) con  $p = 0,042$ . Las variables de edad, unidad de trabajo, personal asistencial y años de trabajo en consultas son significativas con NY 11 (Va mas allá de lo superficial para conocer bien a la gente) siendo  $p = 0,000$ ,  $0,041$ ,  $0,020$  y  $0,034$  respectivamente. Para NY 13 (Elige tácticas que logran las metas) presenta significación con sexo y nivel de estudios/postgrado donde  $p = 0,038$  y  $0,034$ . NY 14 (Concede plena consideración a los factores situacionales) se relaciona con edad, turno de trabajo y personal asistencial con una  $p = 0,034$ ,  $0,050$ ,  $0,006$ . Las variables edad, unidad de trabajo, turno de trabajo y personal asistencial son significativas con NY 15 (Se centra en ayudar a crecer a otros) siendo  $p = 0,000$ ,  $0,001$ ,  $0,002$  y  $0,039$  (Tabla 9).

**Tabla 8:** Relación de las variables según Chi cuadrado. (Fuente: Elaboración propia).

TEST CHICUADRADO	SIG. ASINTOTICA BILATERAL					
	VARIABLES	EDAD	SEXO	S. PAREJA	Nº HIJOS	UNIDAD
NY1	0,215	0,229	0,161	0,319	0,947	0,995
NY2	0,012	0,000	0,860	0,469	0,934	0,728
NY3	0,385	0,351	0,239	0,444	0,827	0,563
NY4	0,061	0,890	0,703	0,088	0,386	0,802
NY5	0,000	0,390	0,879	0,051	0,310	0,508
NY6	0,000	0,004	0,049	0,150	0,903	0,376
NY7	0,236	0,777	0,924	0,945	0,645	0,296
NY8	0,583	0,090	0,578	0,723	0,640	0,021
NY9	0,895	0,125	0,434	0,061	0,741	0,572
NY10	0,882	0,239	0,393	0,935	0,302	0,082
NY11	0,000	0,785	0,775	0,695	0,041	0,401
NY12	0,709	0,183	0,981	0,640	0,709	0,123
NY13	0,939	0,038	0,408	0,492	0,559	0,139
NY14	0,034	0,477	0,677	0,514	0,357	0,123
NY15	0,000	0,601	0,766	0,348	0,001	0,567
NY16	0,735	0,523	0,127	0,862	0,734	0,706
NY17	0,151	0,244	0,193	0,924	0,735	0,605
NY18	0,616	0,909	0,498	0,587	0,040	0,590
NY19	0,365	0,199	0,008	0,337	0,780	0,094
NY20	0,006	0,022	0,778	0,280	0,074	0,547

Continuación Tabla 8.

TEST CHI -CUADRADO	SIG. ASINTOTICA BILATERAL			
VARIABLES	TURNOS TRABAJO	PERSONAL ASISTENCIAL	AÑOS EXPERIENCIA HOSPIT. CONSULTAS	ESTUDIOS/ POSTGRADO
NY1	0,957	0,462	0,325 0,461	0,336
NY2	0,874	0,965	0,922 0,998	0,919
NY3	0,308	0,517	0,020 0,942	0,812
NY4	0,474	0,841	0,337 0,907	0,343
NY5	0,268	0,050	0,802 0,212	0,873
NY6	0,206	0,050	0,275 0,898	0,599
NY7	0,665	0,600	0,408 0,584	0,008
NY8	0,907	0,459	0,864 0,514	0,414
NY9	0,039	0,588	0,050 0,605	0,765
NY10	0,794	0,042	0,389 0,938	0,127
NY11	0,209	0,020	0,703 0,034	0,298
NY12	0,886	0,643	0,947 0,056	0,495
NY13	0,740	0,468	0,946 0,599	0,034
NY14	0,050	0,006	0,268 0,289	0,422
NY15	0,002	0,039	0,648 0,112	0,463
NY16	0,638	0,790	0,860 0,653	0,304
NY17	0,780	0,651	0,427 0,773	0,492
NY18	0,020	0,026	0,739 0,000	0,879
NY19	0,312	0,254	0,064 0,888	0,045
NY20	0,803	0,991	0,404 0,928	0,678

La unidad, el turno de trabajo, personal asistencial y años de trabajo en consultas presentan nivel de significación con NY 18(Permanece comprometido con una relación continua) donde  $p= 0,040$ ,  $0,020$ ,  $0,026$  y  $0,00$  respectivamente. Para NY 19(Escucha cuidadosamente y está abierto a la retroalimentación) se relaciona con la situación de pareja y nivel de estudios/postgrado donde  $p= 0,008$  y  $0,045$ . Para NY 20(Cree q otros tienen un potencial que puede lograrse) presenta una  $p=0,006$  y  $0,022$  con respecto a la edad y al sexo (Tabla 9).

## 7. DISCUSION:

En el análisis de los resultados descriptivos de la muestra, encontramos una distribución de las variables que nos permiten resumir que el perfil del personal asistencial de este estudio es una mujer en un 94,8% de los datos, mayoritariamente en el rango de edad de 25 a 40 años en el cual la media se sitúa en 39 años, observando que constituye casi el doble que los demás rangos de edad establecidos para el análisis de la variable del estudio.

El lugar de residencia de los intervinientes es la zona de Poniente, zona geográfica donde se sitúa el hospital donde se llevo a cabo la medición. Cabe destacar, que la población de esta zona son principalmente primeras y mayoritariamente segundas generaciones de colonización de habitantes de pueblos de la alpujarra almeriense y granadina, con diferentes culturas y subculturas desde un punto de vista de los valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud, la enfermedad y los modelos de conducta<sup>73</sup>.

Nuestra población de estudio en un 86,5% de los casos, presento pareja en el momento de la realización de la medición de las variables. El personal se agrupa en las unidades de hospitalización con un 79,2% de los profesionales frente a un 20,8% de los trabajadores de consultas; de los cuales 54,2% son enfermeros/as y el 45,8 son Tcaes. Podemos observar también que en función de la distribución de la muestra el mayor número de profesionales correspondió a los de turno rotatorio con un 75% frente a un 25% de mañanas en el que se agrupa principalmente el personal de consultas y los fijos de mañanas de las unidades de hospitalización.

En cuanto al nivel de estudios y postgrado de los participantes están representados por un 45,8% de enfermeros/as y algunos Técnicos que poseen estudios superiores de otra especialidad y 44,8% del resto de Técnicos. Los estudios de postgrado constituyen un 9,4% de los profesionales.

En el análisis de los años de experiencia, se observó una población relativamente joven cuyos años de experiencia laboral como docentes fue menor a 5 años en un 82,3%, presentando una media de 13 años de trabajo, agrupados mayoritariamente en un rango de 11 a 20 años de experiencia laboral.

Con respecto a los años de experiencia laboral en las diferentes unidades de trabajo analizadas en el estudio, en hospitalización era de 9 años, con unos porcentajes de 10,4% con un tiempo de trabajo de 8 años y un 14,6% con un tiempo de trabajo de 10 años. En cuanto al tiempo de trabajo en consultas externas, prácticamente el 47,9% no había trabajado nunca en este servicio, frente a tan solo el 14,6% y el 13,5% que había trabajado uno y dos años respectivamente. La distribución de la muestra en el análisis

de estas variables es bastante irregular, ya que las frecuencias se agrupan principalmente en este rango de años de trabajo.

En el análisis de las variables que constituyen los atributos del cuidado junto con el resto de variables, en un intento de identificar los atributos de un cuidado humanizado y transpersonal en los profesionales, se observaron una serie de relaciones que se detallan a continuación:

Para **NY1** “tiene un profundo respeto por las necesidades del otro” el 65% de los profesionales de los cuales la mitad son enfermeros/as y la otra mitad de Tcaes, concluyo que siempre tienen un profundo respeto por las necesidades del otro; haciendo referencia a los factores de cuidado de Watson, pertenecen al primer elemento de cuidado “formación de un sistema de valores humanístico altruista, satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del yo”<sup>99</sup>.

En cuanto a **NY2** se observo que el 30,2% de los que en mayor numero fueron Tcaes de hospitalización seguidos de enfermeros/as de hospitalización, afirmaron siempre en “no desistir de transmitir esperanza a otros”, se encuentra una significación con la edad y el sexo, concluyendo que son Tcaes y enfermeras de hospitalización del sexo femenino y con una edad dentro del rango de 21 a 40 años. Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera/o en el desarrollo de sus interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud<sup>108</sup>.

En **NY3** los principales resultados obtenidos corresponden a los Tcaes de hospitalización y a los enfermeros/as de hospitalización que contestaron a menudo y siempre en mayor proporción a “permanece sensitivo a las necesidades de otro”, su significación con respecto a los años de experiencia laboral en hospitalización, para el cultivo de la sensibilidad de uno mismo y la de los demás. La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante la autoaceptación de la enfermera y del paciente. La enfermera/o al conocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás<sup>108</sup>.

El análisis de **NY4** tanto los profesionales de enfermería como los Tcaes y tanto de hospitalización como de consultas, afirmaron casi en igual proporción que siempre “comunica una actitud de ayuda y confianza”, haciendo referencia a una relación de ayuda y confianza. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva ser real, honesto, genuino y auténtico<sup>108</sup>. Este atributo del cuidado no presenta significación alguna con ningunas de las variables estudiadas, concluyendo que ninguna de ellas son más determinantes para que este atributo se cumpla en algún profesional.

Para el atributo **NY5** “expresa sentimientos positivos y negativos” los porcentajes así como las frecuencias obtenidas en el análisis demostraron que son muy heterogéneas las respuestas así como los profesionales a los que fue dirigido, prueba de ello la encontramos en el grado de significación que este atributo presenta con el personal asistencial, es decir, con enfermeros/as y Tcaes tanto de de hospitalización como de consultas. Para la promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos, el profesional tiene que estar preparado, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes<sup>99</sup>.

En **NY6** el 49% de los participantes tanto enfermeros/as como Tcaes y de hospitalización como de consultas, opinaron que a menudo “solucionan problemas creativamente”. Este atributo está relacionado significativamente con la edad, sexo, la situación de pareja y el personal asistencial; por lo que los profesionales con un rango de edad, sexo femenino, con pareja e indistintamente profesionales de hospitalización como de consultas y tanto Tcaes como enfermeros/as, utilizan sistemáticamente un método de resolución de problemas para la toma de decisiones. La utilización del proceso de enfermería conlleva un planteamiento científico de la resolución de los problemas de la asistencia de enfermería, disipando la imagen tradicional de la enfermera/a como ayudante del médico. El proceso de enfermería es similar al de investigación, en cuanto es sistemático y organizado<sup>89</sup>.

Para la comprensión de **NY7** “comprende que las fuerzas espirituales contribuyen al cuidado humano” abrirse y atender a las dimensiones espiritual-misteriosa y existencial de la propia vida –muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado, Watson la incluye para proporcionar una experiencia motivadora del pensamiento que conduzca a una mejor comprensión de nosotros mismos y de los demás<sup>109</sup>. El 22,9% de los encuestados opino que cumplen este atributo a menudo, siendo principalmente enfermeros/as de hospitalización y de consultas. Esta variable presenta significación con nivel de estudios/postgrado, lo que nos indica cierto nivel de formación para la comprensión de este atributo, Watson opino que este elemento es difícil de entender. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza el análisis fenomenológico.

Con **NY8**, las frecuencias encontradas tanto para enfermeros/as como Tcaes de hospitalización que opinaron a menudo en un porcentaje del 41%, y que presentan un nivel de significación con nivel de estudios/postgrado, “considera las relaciones antes que los reglamentos” requiere una formación del conocimiento del cuidado enfermero transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, no reducir a la persona al estado moral de un objeto. Afirman que el cuidado de enfermería está orientado a priorizar a la persona, donde hay una preocupación por ella y respeto por sus decisiones e intimidad. El objetivo es una relación transpersonal y de cuidado orientado a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior<sup>108-109</sup>.

Para **NY9** “basa las relaciones para lo que es mejor para las personas involucradas” el 60,4% contesto a menudo en igual proporción tanto de enfermeros/as como de Tcaes. Presentan un nivel de significación con turno de trabajo y años de trabajo en hospitalización, lo que nos sugiere que en función de la experiencia y de si el turno es de mañanas o rotado, encontramos que mayor es el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo. Ir mas allá del propio ego y del aquí y ahora, permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente<sup>109</sup>.

“Comprende plenamente lo que las relaciones significan para las personas” en **NY10**, corresponde mayoritariamente a enfermeros/as de hospitalización y de consultas en un 55,2% que contestaron a menudo. Presenta un nivel de significación con la variable personal asistencial, por lo que el personal de consultas y el de hospitalización y mayormente enfermería conceptualizan el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión traspersonal (enfermero/a- paciente). Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud-enfermedad, interacción persona-medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidados de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado<sup>109</sup>.

El análisis de **NY11** tiene interrelación con el anterior atributo ya que hace referencia a la interacción enfermera-paciente. En el mismo, el 42,7% de los profesionales de las distintas categorías así como de las diferentes unidades, denotan que en el área de consultas se cumple mas este atributo presentando un nivel de significación con la variable “va más allá de lo superficial para conocer más a la gente”. El análisis realizado demuestra también que presentan significación con la edad puesto que las experiencias vividas y a mayor edad mayor número de veces, aumentan el conocimiento del poder de sí mismo y las limitaciones de si mismo<sup>89</sup>.

**NY12** “Implementa bien habilidades y técnicas” hace referencia al conocimiento científico-técnico que el profesional necesita para prestar una atención de calidad. Se observa en los resultados del estudio como en enfermeros/as y Tcaes principalmente de hospitalización, la metodología de trabajo requiere el cultivo y fomento de habilidades técnicas y aplicación de un método científico en la planificación de los cuidados como profesión independiente con cuerpo propio de conocimientos, combinando su orientación humanística con los aspectos científicos correspondiente<sup>108</sup>.

“Elige tácticas que logran las metas” **NY13** el 50% contestaron a menudo entre los que destacan enfermeros/as de hospitalización y de consultas; y el 31% siempre encontrando a todos los profesionales tanto enfermeros/as como Tcaes. Este atributo presenta nivel de significación con el sexo, lo que nos indica que en el caso de este estudio el sexo femenino elige mejor las tácticas que logran las metas. También encontramos un nivel de significación con otra de las variables como nivel de estudios/postgrado, indicando que el uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de

decisiones, se convierte en el uso sistemático de un proceso de cuidado de resolución de problemas creativos; según

Proceso Caritas se haría un “uso creativo de las propias y de todas las vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado; participar en el arte de las practicas de curación-cuidado”<sup>99</sup>.

En **NY14** el 49,6% opinó a menudo principalmente enfermeros/as de hospitalización y de consultas, y en una proporción no mucho menor los Tcaes. Presenta nivel de significación con la edad por lo que cuanto mayor es esta, mayor es la “consideración que se presta a los factores situacionales”. La unidad de trabajo y el personal asistencial, son otras de las variables que presentan significación confirmando que en función de la unidad (hospitalización o consultas) y de la categoría profesional (enfermero/a o Tcae) mayor es la consideración frente a los factores situacionales. En este atributo hacemos referencia al momento del cuidado, según Watson una ocasión de cuidado es el momento (foco en el espacio y el tiempo) en el que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión de cuidado humano es creada. Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que ayuda a la persona a elegir la mejor opción para sí misma en un entorno dado<sup>109</sup>.

“Se centra en ayudar a crecer a otros” o **NY15**, observamos que los participantes en el estudio presentaron una distribución muy heterogénea en cuanto a las respuestas del Tcaes como de enfermero/a y tanto de hospitalización como de consulta. Se comprobó además, que presentan bastante nivel de significación con la edad por lo que cuanto mayor es esta mas se cumple el atributo. También presenta significación con la unidad de trabajo, el turno y la categoría del profesional, concluyendo que en función de si estamos de mañanas o turno rotatorio, ser enfermero o Tcae y el estar en hospitalización o en consulta, se cumplirá mas el atributo en los profesionales. La promoción de la enseñanza-aprendizaje transpersonal. Participar en una autentica experiencia de enseñanza aprendizaje que asista a la unidad del ser-significado, intentando mantenerse dentro del marco de referencia del otro<sup>89</sup>.

Para **NY16** “deja tiempo para las necesidades personales y de crecimiento” distribución de los profesionales con un 45, 8% de las respuestas a menudo entre profesionales enfermeros/as y Tcaes y entre hospitalización y consulta. Este atributo no presenta significación con ninguna de las variables del estudio. Los profesionales en este caso no dejan tiempo para las necesidades personales y de crecimiento, en principio nosotros debemos amar y cuidar nuestros propios comportamientos y debemos tratarnos a nosotros mismos con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás<sup>108</sup>.

**NY17** “se permite tiempo para las necesidades de cuidado” al igual que para NY16, la opinión de los profesionales fue muy heterogénea en cuanto a la frecuencia como al a la categoría profesional y la unidad de trabajo. No presenta nivel de significación con

ningunas de las otras variables, por lo que los profesionales no se ocupan de sus necesidades de cuidado o no en la proporción necesaria. Las enfermeras/os deben desarrollar una base moral y filosófica coherente con la práctica. Guiar por una experiencia que provoca un pensamiento en el que se destaca la reflexión interna y profunda, y el crecimiento personal, las habilidades comunicativas, el uso del crecimiento transpersonal de uno mismo, la atención tanto para la enfermera/o como para el paciente y el proceso de cuidado humano que potencia el cuidado y la curación humanas<sup>7</sup>.

En **NY18** tanto los profesionales de hospitalización como los de consultas opinaron que a menudo cumplían el atributo “permanece comprometido con una relación continua”. Presenta un nivel de significación con varias de las variables concluyendo que este atributo se cumple más en consultas y sobre todo en función de los años de experiencia en este servicio, en turno de mañanas e indistintamente tanto en Tcaes como enfermeros/as. En palabras de Watson hace referencia a una relación de confianza, fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz<sup>93</sup>.

Para el análisis de **NY19** observamos que las frecuencias el 53% de los profesionales opinaron siempre. Presenta nivel de significación con la variable situación de pareja afirmando que estar con pareja fomenta “escucha cuidadosamente y está abierto/a a la retroalimentación”. También presenta significación con nivel de estudios/postgrado deduciendo por tanto, que se precisa una formación sólida académica, una práctica específica y un compromiso, tomando como centro de interés al ser humano en sentido genérico. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz<sup>6</sup>.

En el último atributo **NY20**, encontramos que un 56,2% opinaron que a menudo frente a un 24% siempre, entre ellos principalmente enfermeros/as y Tcaes de hospitalización. Se encuentra nivel de significación con edad y sexo lo que nos indica que en función del sexo y a mayor edad se cumple más este atributo “cree que otros tienen un potencial que puede lograrse”. La enfermera/o reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. La realización de la persona y las relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intrapersonal-interpersonal de orden superior<sup>109</sup>.

## 8. CONCLUSION:

- ❖ Se puede concluir que los resultados encontrados sobre los atributos del cuidado humanizado en ambos grupos son satisfactorios y congruentes con la filosofía de Watson, encontrándose todos los atributos del cuidado humanizado de enfermería a excepción de NY4, NY16, NY17, y NY20, son los atributos que menos se encuentran en los profesionales asistenciales haciendo referencia a la comunicación y a las necesidades de crecimiento personal y autocuidado del personal, lo que debe ser considerado como uno de los efectos del sistema institucional hospitalario y la influencia que este ejerce, y que dificulta que el personal asistencial establezca una comunicación cercana y personal con el usuario, que está determinada por la visión biomédica en los servicios sanitarios, que no permiten que el cuidado humanizado sea visible en los cuidados enfermeros/as otorgados, sobrecargando a las enfermeras/os con un gran número de acciones delegadas y procedimientos técnicos complejos, que en ocasiones prevalecen sobre el ser humano, determinando una conducta institucionalizada en estos profesionales que se traduce en una escasa comunicación con el usuario.
- ❖ La influencia del cuidado en la institución donde se desempeñan los profesionales, la apreciamos mediante procesos generados por las características propias de la profesión y disciplina de enfermería como son la alta interacción social, fuerte identidad profesional, gran sentido de vocación y actitud profesional, así como las creencias, valores y deseos de otorgar cuidado humanizado y ético fuertemente arraigado en este colectivo de enfermería, los que logran resultados como los obtenidos en este estudio, unos atributos del cuidado en la labor del personal asistencial que permita un cuidado holístico del individuo y el propio autocuidado del personal asistencial..
- ❖ Se observan mayor número de atributos del cuidado en profesionales de enfermería de consultas y de Tcaes de hospitalización. Se concluye pues, que algunos de los atributos del cuidado por su significación y momento del cuidado, pueden ser desarrollados más y mejor en el área de consultas limitados estos en los demás profesionales asistenciales, por la influencia institucional donde se desempeñan.
- ❖ Han sido determinantes y representativas las variables biosociodemográficas por su relación y significación con los atributos del cuidado humanizado presente en el personal asistencial, estableciéndose que la edad, sexo, años de experiencia laboral y demás variables, han contribuido al desarrollo de los atributos del cuidado basados en los propios valores, creencias, percepciones sobre la personalidad, la vida, salud y la curación; derivan de experiencias clínicas y empíricas vividas que combinadas con un fondo intelectual, de conocimientos y experimental, permite al personal desarrollar dichos atributos del cuidado y ser

- ❖ desarrollados y cultivados en la institución donde se desempeñan como profesionales.
  
- ❖ A modo de conclusión y en un intento de búsqueda de los aspectos espirituales del ser y de los enfoques dirigidos a la salud y a la curación por parte del personal asistencial para continuar cultivando la filosofía del caring, se proponen los caminos que conducen a cambios ontológicos a los que practican la enfermería:
  - Camino de la conciencia para reequilibrar el trastorno de la medicina moderna convencional.
  - Cultivo de una personalidad más alta y más profunda.
  - Abrirse a los procesos vitales de curación: cuerpo postmoderno – transpersonal.
  - Reconocer el aspecto metafísico y espiritual de la existencia (dimensiones no físicas).
  - Reconocer conceptos y fenómenos cuánticos como la energía, la intencionalidad y la conciencia.
  - Honrar la conexión de todo: momento de cuidado.
  - Reintegración de las artes de cuidar y curar: competencias ontológicas.
  - Crear un espacio de curación.
  - Ontología de relación abierta a nuevas epistemologías de la existencia.
  - Trasladarse más allá de lo posmoderno hacia el espacio abierto, transpersonal y un nuevo pensamiento.
  
- ❖ El personal asistencial debe buscar el camino y buscar el acercamiento a las ciencias humanas y sociales que contribuyan al mantenimiento y potencien las actitudes que mantienen al profesional frente a la persona yendo más allá del símfín de tareas técnicas que marquen la práctica habitual de la enfermería. Poner énfasis en la importancia de las técnicas de comunicación, en el uso de las mismas para acompañar, reconfortar, ayudar a expresar los sentimientos, así como a buscar significados de las experiencias como elementos claves para el cuidado, en definitiva continuar “Cultivando el Caring”.

## 9. BIBLIOGRAFIA:

- 1) Savater F. El aprendizaje humano en el valor de educar. Colección diez para los maestros. IEESA, CEA, SNTE; México, 1987.
- 2) Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima primera edición. Madrid: Espasa Calpe, 1992.
- 3) Choza, J. Heidegger y el humanismo del siglo XXI. En F.d Amigo, Humanismo para el siglo XXI. Propuesta para el congreso internacional. Universidad de Deusto, España 2003, 174-175.
- 4) Foucault M. El hombre y sus dobles. Las palabras y las cosas. México, 1999. 332.
- 5) Heidegger, M. Cartas sobre humanismo. Taurus:Madrid 1970.
- 6) Guillen Velasco, R C. La connotación humana y cultural del cuidado. Biblioteca las Casas, 2010; 6(3).
- 7) Escudero Rodríguez, B. Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. Enfermería Clínica, 2003; 13(3):164-70.
- 8) Santos AM. Humanización de la atención sanitaria: Retos y perspectivas. Cuadernos de Bioética, 2003 14(50).
- 9) Watson J. Ponencia del Congreso Internacional de enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología, Universidad Autónoma de Chihuahua.2007, 10(4):15-21.

- 10) Rubio L; Cosi M; Martínez C; Miro A; Sans L. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 2006. 17(4):141-153.
- 11) Kant I. *Fundamentación para la física de las costumbres*. Alianza Editorial, Madrid, 2002.
- 12) Romes Maestre, B. *Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo*. MedPaliat, 2012.
- 13) Barnard A. Sandelowski M. Technology and humane nursing care: reconcilable or invented difference. *Journal of Advanced Nursing*. 2001 34(3), 367-375.
- 14) Bastos MAR. O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2002; 10(2): 131-136.
- 15) Mahon M. Technology in hospice: Is it a contradiction? *Home Healthcare Nurse*, 2006; 24(8): 527-531.
- 16) Del Llano Señaris J. Innovación tecnológica y bienestar social. *Humanitas*, 2003; 1(3): 215-220.
- 17) Dragon N. Patient care in a technological age. *Australian Nursing Journal*, 2006; 14(1): 16-19.
- 18) Howard J. Humanizing heald care: The implication of thechnology centralization and self care. *Med Care*, 1997, 15.

- 19) Guillen R. Cuidar a la familia. Sentido que tiene para las enfermeras comunitarias. Tesis de Maestría. Facultad de enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México, Mexico, 2003.
- 20) Arroyo Gordo M.P, Calidad y Humanización de los cuidados. Revista Metas de enfermería. Madrid, 2001(39).
- 21) Leninger M. Caring: an esencial Human need. New Jersey. Charles B. Slack, Inc. Library of Congress, 1981.
- 22) Kleiman A. Patient and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press.1980, 8vo, (427).
- 23) Teixidor i Freixa M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (III). Revista ROL de enfermería, ISSN 0210-5020, Vol. 25, N° 6, 2002, págs. 8-11.
- 24) Quero García M; Molina Fernández, N. Humanización de los cuidados: una reflexión sobre nuestra práctica profesional. Enfermería Docente, 2010; 92:20-22.
- 25) Goberna, J La enfermedad a lo largo de la historia. Un punto de mira entre la biología y la simbología. Índice de Enfermería, (2004). 47, 49-53.
- 26) Galindo, A Cuidar o curar. Diario Hoy. Tribuna Extremeña, (2006). Disponible de:[http://www.hoy.es/prensa/20060904/articulos\\_opinion/cuidarcurar\\_20060904.html](http://www.hoy.es/prensa/20060904/articulos_opinion/cuidarcurar_20060904.html). Consultado: Diciembre 2012.
- 27) Savater, F Las enfermeras. Diario El País, 24 de septiembre (1995). Disponible: <http://elpais.com/>. Consultado: Diciembre 2012.

- 28) Medina J.L. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes; 1999.29-56.
- 29) David-Flويد, R y St.John, G. Del médico al sanador. Argentina: Editorial Creavida (2004).
- 30) Davis, A El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. Colegio Oficial d'Infermeria de Barcelona. (2006).
- 31) Torralba, F Antropología del cuidar. Madrid: Fundación Mapfre Medicina Instituto Borja de Bioética (1998).
- 32) Busquets, M. Ética del cuidar. Ponencia presentada en el V Congreso Nacional de Enfermeras en Ostomías, Noviembre, Pamplona. (2004).
- Disponible:[http://estomaterapia.com/congreso2004/documentos/Ponencias/5\\_La%20etica%20del%20cuidar.pdf](http://estomaterapia.com/congreso2004/documentos/Ponencias/5_La%20etica%20del%20cuidar.pdf). Consultado: Diciembre 2012.
- 33) Pinto N. Indicadores de Cuidado. Actualizaciones. Enfermería Bogotá, 4, (1): 13 –19. 2001.
- 34) Cibanal L.J, Generalidades sobre la comunicación. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en las ciencias de la salud. Elsevier, España, (pag 5) 2003.
- 35) Benner P. Practica progresiva en enfermería: manual de comportamiento profesional. Barcelona: Grijalbo1987.
- 36) González Juárez, L; Velandia Mora, AL; Flores Fernández. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. Revista Conamed, México, 2009.

- 37) García Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Maroto Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* 2004; 18 (Supl 2): 83-92.
- 38) Atención a las personas en situación de dependencia. Libro Blanco. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), Madrid, 2005.
- 39) Rivera J. Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia. Análisis evolutivo de un estudio poblacional. Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid, 2001.
- 40) Garzon Alarcón, N. Ética profesional y teorías de enfermería. *Revista Aquichan*, Colombia, 2005, 1:(5), 64-71.
- 41) International Council of Nurses. The ICN Code of Ethics for Nurses. Geneva: Imprimerie Fornara, 2006.
- 42) Calvo Gil, M J; Ayala Valenzuela, R; Holmqvist Curimil, M; Molina Díaz, C. Aspectos axiológicos culturales de la ética y el cuidado. *Acta Bioethica* 2001; 17(1): 133-141.
- 43) McCance, TV y col. Caring: Dealing with a Difficult Concept. *International Journal of Nursing Studies*, (1997). 34, 241-248.
- 44) Colliere MF. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid McGraw-Hill Interamericana; 1993.
- 45) Noddings N. Caring: a feminine approach to ethics and moral education. Berkeley: University of California Press; 1984.

- 46) Gilligan C. La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica; 1985.
- 47) Bouchard C. Kean Buti B. Le Caring: Vers une conception interactionniste. Canadian Journal of Research 1991; 25 (2): 69-83.
- 48) Buber M. Yo y tú. Madrid: Caparros editors; 1993.
- 49) Martínez M. La relación ciencia y arte, en Ciencia y arte en la metodología cualitativa. Métodos hermenéuticos, métodos fenomenológicos y métodos etnográficos, 2ª. Ed., Trillas, 2006.
- 50) Feíto L. Ética profesional de la enfermería: filosofía de la enfermería como ética del cuidado. Madrid: (2000).
- 51) Torralba, F. Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas. Madrid: Institut Borja de Bioética y Fundación MAPFRE medicina (2002).
- 52) Marques S. Citados por: Moreno M, Alvis T y Muñoz S. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En: El arte y la ciencia del cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos, 2002, 207-216.
- 53) Morse Janice y col. Citados por: Moreno M, Alvis T y Muñoz S. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En: El arte y la ciencia del cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos, 2002, 207-216.
- 54) Quintero MC. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. En: Cuidado y práctica de enfermería. Grupo de cuidado. Facultad de enfermería: Universidad Nacional de Colombia, Bogotá: Unibiblos, 2000; p.184.

- 55) Kitson A. Proceedings of the Royal Society of Edinburgh. Section B. Biological Sciences, Volume 101, January 1993 pp 143-163.
- 56) Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Laertes; 1999, 29-56.
- 57) Perpiña Galvan J. Análisis de los registros de enfermería del hospital General Universitario de Alicante y pautas para mejorar su cumplimentación. Enfermería Clínica. 2005; 15(2):95-102.
- 58) Poblete Troncoso, M. Valenzuela Suanzo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul de Enfermería, 2007; 20(4) 499-503.
- 59) Heidegger M. O ser e o tempo. Petropolis (RJ): Vozes; 1995.
- 60) Lammi W. Hans-Georg Gadamer's "Correction" of Heidegger. Journal of the History of Ideas, Vol. 52, No. 3. (Jul. - Sep., 1991), pp. 487-507.
- 61) Paterson JG, Zderad, L. Humanistic Nursing Theory: Caring Behavior of nurses Scale, Hind, 1988.
- 62) Dilthey W. La esencia de la filosofía. Buenos Aires (AR): Losada; 1944.
- 63) Orb A. Fenomenología e investigación en enfermería. Revista Metas de enfermería. 2007; 10 (3). 14-18.
- 64) Heidegger M. El ser y el tiempo. Fondo de cultura económica; México; 1986 4ªed.

- 65) Rivera MS, Poupin I, Urrutia MT. Aborto espontaneo: una experiencia vivida de los padres. Proyecto de inicio de investigación científica. Dirección de Investigación de la PUC. Proyecto 11/U 2000.
- 66) Rivera S; Herrera LM. Fundamentos fenomenológicos para un cuidado comprensivo de enfermería. Texto Contexto enfermería, Florianopolis, 2006; 15 (esp): 158-63.
- 67) Martins, JJ; Backes DS; Da Silva Cardoso R; Lorenzini Erdmann A; Luiz de Albuquerque G. Resignificando la humanización desde el cuidado en el curso de vivir humano. Revista enfermería UERJ, Rio de Janeiro, 2008; 16(2): 276-81.
- 68) Levinas, E. Ética e infinito (3ª ed.) Madrid: Editorial la Balsa de la Medusa (1991a).
- 69) Levinas, E Totalidad e infinito (2ª ed.) Salamanca: Editorial Hermeneia. (1991b).
- 70) Husserl, E. La idea de la fenomenología. Fondo de Cultura Economica. Madrid (1982).
- 71) Cibanal, LJ. ¿Qué aporta la fenomenología a la relación de enfermera-paciente? Cultura de los Cuidados, 1997 Año I-Nº1.
- 72) Amezcua M. Antropología de los cuidados, Enfermedad y padecimiento: Significados del enfermar para la práctica de los cuidados. Revista Cultura de los Cuidados, Granada; 2000; Año IV – Nº7 y 8.

- 73) Rivera MS. El arte de cuidar en enfermería. Horizonte enfermería. 2004; 15(1):11-22.
- 74) Leninger M. Transcultural Nursing: concepts, theories and practices. 2ª ed. Columbus: Greyden press: 1994; 24-28.
- 75) Leninger M. Teoría de los cuidados culturales. In: Marriner A, Ralei M. Modelos y teorías de enfermería. 6ª ed. Philadelphia: Mosby; 2007.p. 472-98.
- 76) Leninger M. Culture Care Diversity and Universality. A Theory of Nursing. National League for Nursing, 1991; (15):2402.
- 77) Ibarra Mendoza TX; Siles González J. Competencia cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería. Índex de enfermería. Granada 2006, v. 15 n. 55.
- 78) Gaviria Noreña D. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. Investigación y educación en enfermería Facultad de enfermería. Universidad de Antioquia, Medellín Vol XXVII N° 1, 2009.
- 79) Calderón M, Luque Mb, Palomino A. Aplicación de la teoría de los factores cuidativos de Jean Watson a una situación de la práctica clínica. La historia de Beatriz. Paraninfo Digital, Monográficos de investigación en salud. Granada, 2009.
- 80) Lipson J.G. Cultura y cuidados de enfermería. Índex de enfermería, 28-9; 19-25.

- 81) Amezcua M Cambio, poder y conocimiento, los aliños de la enfermería en la posmodernidad. *Cultura de cuidados*, 2004; 15, 5-8.
- 82) Palacios Ceña, D. La construcción moderna de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, 2007, Año XI, N° 22.
- 83) Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. Madrid: Elsevier Science; 2005.
- 84) Kramer MK. Terminology in theory: Definitions and comments. United States of America: Sigma Theta Tau International, Center Nursing Press; 1997. P: 51-61.
- 85) Fawcett J. Analysis and evaluation of nursing theories. Philadelphia: FA Davis; 1993.
- 86) Riehl-Sisca J. Modelos conceptuales de enfermería, Barcelona, Doyma; 1992. P. 179-92.
- 87) Watson J. The Theory of Human Caring. Retrospective and prospective. *Nursing Science Quarterly* 1997; 10(1): 49-52.
- 88) Guillaumet M, Fargues I, Subirana M, Bros M. Teoría del cuidado Humano. Un café con Watson. *Metas de Enfermería*, 2005; 8(2):28-32.
- 89) Watson J, Smith MC. Caring science and the science of unitary human beings: A transtheoretical discourse for Knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, 2002; 37(5):452-461.

- 90) Rogers, C; Stevens, B. Persona a persona. El problema del ser humano una nueva tendencia en psicología. Buenos Aires: Editorial Amorrortu (2003).
- 91) Rogers, C. El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica. Buenos Aires: Editorial Paidós (1982).
- 92) Watson, J Nursing: The philosophy and science of caring. Niwot, CO: University Press of Colorado. (1985).
- 93) Watson JM. Nursing: The Philosophy of Caring, Boston: Little, Brown 1979.
- 94) Watson J. Love and Caring: Ethics of Face and Hand. *Nursing Administrative Quarterly* 2003; 27(3):197-202.
- 95) Watson J. The Philosophy and Science of Caring. Revised and update edition. Boulder University press of Colorado, 2008. P. 18-19.
- 96) Walker CA. Coalescing the Theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, 1996; 24: 988-996.
- 97) Cohen JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leninger and Watson. *Journal Advances of Nursing* 1991; 16:899-909.
- 98) Watson J. *Nursing Human Science and Human Care: A Theory of Nursing* New York: National League of Nursing, 1988. P: 158.
- 99) Marriner, Ann; Raile Alligood, M. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 6ª ed. Editorial Elsevier-Mosby, Madrid 2007. P. 91-114.

- 100) Saillant, F Cuidados, deseos vinculares y utopias terapéuticas: un análisis del concepto de caring. En: Comelles, Martorell y Bernal (ed). Enfermería y Antropología. Barcelona: Icaria (2009).
- 101) Schön, D La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la formación y el aprendizaje en las profesiones. Madrid: Paidós MEC. (1992).102)
- 102) Watson J. Comunicación personal, 21 Agosto de 2004.  
Disponible: [www.slideshare.net/tetha\\_1950/teoria-de-jane-watson](http://www.slideshare.net/tetha_1950/teoria-de-jane-watson).  
Consultado: Diciembre 2012.
- 103) Ayala Valenzuela R; Calvo Gil MJ; Torres Andrade MC; Koch Ewertz T. Evidencias para la filosofía de Watson: versión preliminar del caring behaviors assessment en Chile. Universidad Austral de Chile, Proyecto DID S-2009-03.
- 104) Instituto Nacional de estadística 2009. Disponible: <http://www.ine.es/>.  
Consultado: Diciembre 2012.
- 105) Nyberg Jan. The effects of care and economics on nursing practice. Advances in Nursing Science, 1990a; 20(5):13-17.
- 106) Nyberg Jan. Theoretic explorations of human care and economic: foundations of nursing administration. Advances Nursing Science, 1990b, and 13(1):74-84.
- 107) Watson, J. Assessing and measuring caring in nursing and health sciences. New York: Springer Publishing Company, Inc. (2002).

108) Rivera Alvarez L.N; Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: Visibilizando la teoría y al investigación en la práctica, en la clínica del country. Scielo 2007.

109) Watson J. Theory of Human Caring. Denver, CO, 2004.

**ANEXO 1.** Instrument “Nyberg Caring Assessment Scale”

ATRIBUTOS DEL CUIDADO. ITEMS	1	2	3	4	5
1.Tiene un profundo respeto por la necesidades del otro (NY1)					
2.No desiste de transmitir esperanza a otros (NY2)					
3.Permanece sensitivo a las necesidades de otros (NY3)					
4.Comunica a otros una actitud de ayuda y confianza (NY 4)					
5.Expresa sentimientos positivos y negativos(NY 5)					
6.Soluciono problemas creativamente (NY6)					
7.Comprende que las fuerzas espirituales contribuyen al cuidado humano(NY7)					
8.Considera las relaciones antes que los reglamentos(NY8)					
9.Basa las relaciones en lo que es mejor para las personas involucradas(NY9)					
10.Comprende plenamente lo que las situaciones significan para las personas(NY10)					
11.Va mas allá de lo superficial para conocer bien a la gente(NY11)					
12.Implementa bien habilidades y técnicas(NY12)					
13.Elige tácticas que logran las metas(NY 13)					
14.Concede plena consideración a los factores situacionales(NY14)					
15.Se centra en ayudar a crecer a otros(NY15)					
16.Deja tiempo para necesidades personales y crecimiento(NY16)					
17.Se permite tiempo para las oportunidades de cuidado(NY17)					
18.Permanece comprometido con una relación continua(NY18)					
19.Escucha cuidadosamente y está abierta/o a la retroalimentación(NY19)					
20.Cree que otros tienen un potencial que puede lograrse(NY20)					

**Instrucciones:**

Debajo de la cifra indique el grado de acuerdo con cada una de las siguientes opciones:

- ¿Son estos atributos del cuidado importantes para usted?
- ¿Están presentes en e su práctica diaria como profesional/persona?

1. Nunca
2. Ocasionalmente
3. A veces
4. A menudo
5. Siempre

**ANEXO 2**

**FICHA DE DATOS PERSONALES**

Este cuestionario forma parte de un estudio y solo persigue conocer la opinión de los encuestados sobre las cuestiones planteadas; es totalmente anónima y los datos que nos facilite no permitirán identificar el autor de cada encuesta. Se agradece su participación y el tiempo dedicado. Gracias por su colaboración.

1. EDAD (Marque con números)	<input type="text"/>	2. SEXO	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. SITUACIÓN DE PAREJA:		4. N° DE HIJOS	<input type="text"/>
Con pareja	<input type="text"/>		
Sin pareja	<input type="text"/>		

5. LUGAR EN QUE VIVES:

6. SERVICIO / UNIDAD:.....

7. CENTRO/UNIVERSIDAD FIN ESTUDIOS:.....

8. ESTUDIOS / POST-GRADO O POST-TÍTULOS (Terminados)

1. Técnico

2. Diplomado

3. Máster

4. Doctorado

9. TURNO DE TRABAJO

1. Mañanas

2. Rotatorio

10. AÑOS DE DOCENCIA CON ALUMNOS

11. AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL

12. AÑOS DE TRABAJO EN HOSPITALIZACION

13. AÑOS DE TRABAJO EN CONSULTA

**INDICE DE TABLAS:**

TABLAS	Pagina
Tabla 1: Modelos de atención, Paradigma tecnocrático.	13
Tabla 2: Clinical Caritas Processes	36-37
Tabla 3: Distribución de la muestra.	40
Tabla 4: Distribución de la muestra según unidad/ servicio.	49
Tabla 5: Distribución de la muestra según turno de trabajo.	50
Tabla 6: Distribución de la muestra según categoría profesional.	51
Tabla 7: Distribución de la muestra según años de experiencia laboral.	51
Tabla 8: Relación de las variables según Chi cuadrado.	63

### ANEXO 3

## CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE

<TÍTULO>

Yo \_\_\_\_\_ (Nombre \_\_\_\_\_ y Apellidos):..... y  
.....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Paciente)
- He podido hacer preguntas sobre el estudio <TÍTULO>
- He recibido suficiente información sobre el estudio <TÍTULO> He hablado con el profesional sanitario informador: .....
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.

Se me ha informado de que la donación/información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

**Deseo** ser informado/a de mis datos genéticos y otros de carácter personal que se obtengan en el curso de la investigación, incluidos los descubrimientos inesperados que se puedan producir, siempre que esta información sea necesaria para evitar un grave perjuicio para mi salud o la de mis familiares biológicos.

Si                      No

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

Cuando quiera

Sin tener que dar explicaciones

Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el *proyecto titulado* <TÍTULO>

Firma del paciente

Firma del profesional

(o representante legal en su caso)

sanitario informador

Nombre y apellidos:.....

Nombre y apellidos: .....

Fecha: .....  
.....

Fecha: