

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Enfermería

Cuidado humanizado por parte del personal de
salud según las expectativas y vivencias de los
usuarios en los distintos servicios de salud,
Alajuelita, II trimestre, 2018

SILVIA PEÑA MORA

2018

ÍNDICE DE GRÁFICOS	2
ÍNDICE DE TABLAS	4
RESUMEN.....	5
ABSTRACT	7
CAPÍTULO I.....	9
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
a. Antecedentes del problema	10
b. Delimitación del problema	17
c. Justificación de la investigación	18
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL	19
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	19
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	19
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	21
21	
2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	22
2.1.2 Aspectos Sociodemográficos.....	22
2.1.2 Humanización del cuidado	27
2.3 Expectativas de los usuarios	38
2.4 Vivencias de los usuarios.....	42
2.5 Teorizante de enfermería.....	46
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	55
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	56
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	56
3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	56
3.3.1 Población.....	57
3.3.2 Muestra.....	57
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	58

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	58
3.4.1 Validez y confiabilidad del cuestionario	59
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	59
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	61
3.7 PLAN PILOTO	73
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	75
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS	94
RESULTADOS.....	94
6.1 CONCLUSIONES.....	129
6.2 RECOMENDACIONES.....	131
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	134
ANEXOS.....	139
Anexo 1. Declaración Jurada	139
Anexo 2. Carta del tutor	140
Anexo 3. Carta del lector.....	141
Anexo 4. Carta del filólogo.....	142
Anexo 5. Consentimiento informado	143
Anexo 6. Cuestionario.....	146
Anexo 7. Plan piloto	157
Anexo 8 Carta de correcciones del Tribunal Examinador	191

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura N° 1 Distribución de la población entrevistada según sexo, edad y grado de escolaridad, distrito de Alajuelita, 2018	76
Figura N° 2 Distribución de la población entrevistada según tipo de seguro y motivo de consulta, distrito de Alajuelita, 2018.....	77
Figura N° 3 Distribución de la población entrevistada según humanización del cuidado según sentimientos del paciente, distrito de Alajuelita, 2018.....	78
Figura N° 4 Distribución de la población entrevistada según humanización del cuidado según actitudes del personal de salud, distrito de Alajuelita, 2018.	79
Figura N° 5 Distribución de la población entrevistada según humanización del cuidado según actitudes del personal de salud, distrito de Alajuelita, 2018.	80
Figura N° 6 Distribución de la población entrevistada según humanización del cuidado según actitudes del personal de salud, distrito de Alajuelita, 2018.	81
Figura N° 7 Distribución de la población entrevistada según humanización del cuidado según actitudes del personal de salud, distrito de Alajuelita, 2018.	82
Figura N° 8 Distribución de la población entrevistada según humanización del cuidado según labores realizadas por el personal de salud, distrito de Alajuelita, 2018.....	83
Figura N° 9 Distribución de la población entrevistada según humanización del cuidado según labores realizadas por el personal de salud, distrito de Alajuelita, 2018.....	84
Figura N° 10 Distribución de la población entrevistada según humanización del cuidado según educación por parte del personal de salud, distrito de Alajuelita, 2018.	85
Figura N° 11 Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre el acceso a los servicios de salud, distrito de Alajuelita, 2018.	86

Figura N° 12 Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre el acceso a los servicios de salud, distrito de Alajuelita , 2018.	87
Figura N° 13 Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre la atención en los servicios de salud, distrito de Alajuelita , 2018.	88
Figura N° 14 Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre las instalaciones de los servicios de salud, distrito de Alajuelita , 2018.....	89
Figura N° 15 Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre actividades de la institución, distrito de Alajuelita , 2018.	90
Figura N° 16 Distribución de la población entrevistada según vivencias de los usuarios durante la atención, distrito de Alajuelita , 2018.	91
Figura N° 17 Distribución de la población entrevistada según vivencias de los usuarios durante la atención, distrito de Alajuelita , 2018.	92
Figura N° 18 Distribución de la población entrevistada según vivencias de los usuarios durante la atención, distrito de Alajuelita , 2018.	93

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Criterios de inclusión y exclusión.....	58
--	----

RESUMEN

Introducción. El cuidado humanizado en las instituciones de salud mejora directamente la calidad de vida de los pacientes, debido a que crea vínculos de confianza entre el enfermo y su cuidador, para un paciente en una situación de dolor e incertidumbre el recibir apoyo físico y emocional, empatía en el trato, explicaciones claras sobre su estado y tratamiento, integración de la familia en el cuidado, accesibilidad a los servicios, instalaciones cómodas y que salvaguarden su seguridad y privacidad significa la creación de una atmosfera de seguridad y confianza donde las vivencias construidas de la experiencia de su interacción con la institución de salud y sus colaboradores crean sentimientos y emociones positivas que permiten facilitar su recuperación y mejorar su calidad de vida. **Objetivo General.** Determinar el cuidado humanizado por parte del personal de salud en relación a las expectativas y vivencias de los usuarios en los distintos servicios de salud, Alajuelita, II trimestre, 2018. **Metodología.** Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo, se realiza con una población de 100 usuarios de los servicios de salud del distrito Alajuelita mayores a 18 años, durante el segundo trimestre del 2018. **Resultados.** En la población de estudio, según sus características sociodemográficas, predominan las mujeres, el rango de edad más común es de 40 a 65, el grueso de la población es asegurada asalariada y la mayoría visita el centro de salud, principalmente, por citas periódicas regulares debido a enfermedades crónicas. Con respecto a la valorización del cuidado humanizado, se realizó una adaptación del método PCHE (Percepción del Cuidado Humanizado en Enfermería) y se desarrolló una escala de Likert de 500 puntos que establece calificaciones de muy malo, malo, regular, bueno y muy bueno. Se evaluaron las categorías sobre: sentimientos del paciente, características de la enfermera, apoyo emocional, apoyo físico, cualidades de la enfermera, proactividad, priorización del cuidado, empatía y disponibilidad para la atención. Con respecto a las expectativas de los usuarios se utilizó el método SERVQUAL para la medición de la calidad de un servicio, para definir las categorías a evaluar, se obtuvieron resultados en áreas como la fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles. **Discusión.** La mayoría de las afirmaciones sobre identificación del cuidado humanizado fueron calificadas como buenas (superiores a 301 puntos en la escala de Likert) ninguna de las afirmaciones fue calificadas superior a 400 puntos (Muy Bueno), ni fueron inferiores a 200 puntos (Malo). En general, el usuario espera una calidad de servicio buena, tiene confianza en

la institución, está conforme con el estado las instalaciones, la seguridad, y las capacidades del personal, considera que el trato de la institución es bueno, pero falta empatía en la atención, en cuanto a la accesibilidad al servicio lo considera regular, con exceso de tramitología, horarios que no satisfacen la demanda, y alta dificultad al realizar trámites a través de medios tecnológicos. **Conclusiones.** El resultado global del instrumento es de 321 puntos de 500 posibles, según los entrevistados, la valoración del cuidado humanizado, el cumplimiento de las expectativas y las vivencias personales durante la interacción con el centro de atención y sus colaboradores alcanzan la nota de “bueno”, aunque hay grandes retos que se deben corregir para alcanzar una mejor calificación

Palabras claves. Cuidado Humanizado, Expectativas, Calidad, Servicio.

ABSTRACT

Introduction. Humanized care in health institutions directly improves the quality of life of patients because it creates bonds of trust between the patient and their caregiver, for a patient in a situation of pain and uncertainty receiving physical and emotional support, empathy in the treatment, clear explanations about their condition and treatment, integration of the family in care, accessibility to services, comfortable facilities and safeguarding their safety and privacy means the creation of an atmosphere of security and trust where the experiences built from the experience of their interaction with the health institution and their collaborators create positive feelings and emotions that allow their recovery and improve their quality of life. **General objective.** Determine humanized care by health personnel in relation to the expectations and experiences of users in the different health services, Alajuelita, II quarter, 2018. **Methodology.** A quantitative descriptive study is carried out with a population of 100 users of the health services of the Alajuelita district over 18 years of age, during the second quarter of 2018.

Results.

In the study population according to their sociodemographic characteristics, women predominate, the most common age range is from 40 to 65. The large population is insured salaried and the majority visits the health center mainly by regular periodic appointments because of chronic diseases. With respect to the valorization of humanized care, an adaptation of the PCHE method (Perception of Humanized Care in Nursing) was carried out and a Likert scale of 500 points was developed which establishes ratings of very bad, bad, fair, good and very good. The categories were evaluated on: feelings of the patient, characteristics of the nurse, emotional support, physical support, qualities of the nurse, proactivity, prioritization of care, empathy and availability for care. Regarding the expectations of the users, the SERVQUAL method was used to measure the quality of the service, to define the categories to be evaluated; results were obtained in areas such as reliability, response capacity, security, empathy and tangible elements. **Discussion.** Most of the affirmations about identification of humanized care were rated as good (above 301 points on the Likert scale), none of the statements was rated higher than 400 points (Very Good), nor were less than 200 points (Bad). In general, the user expects a good quality of service, has confidence in the institution, is

satisfied with the state's facilities, security, and the capabilities of the staff, considers that the treatment of the institution is good but lack of empathy in the care, in terms of accessibility to the service, it is considered to be regular, with excess of paperwork, schedules that do not meet the demand, and with high difficulty in the procedures through technological means.

Conclusion. The overall result of the instrument is 321 points out of 500 possible, according to the interviewees, the assessment of humanized care, the fulfillment of expectations and personal experiences during the interaction with the care center and its collaborators reach the grade of "good", although there are major challenges that must be corrected to achieve a better qualification.

Keyword. Humanized Care, Expectations, Quality, Service.

CAPÍTULO I
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

a. Antecedentes del problema

La percepción es un proceso a través del cual un sujeto tiene conciencia de lo que ocurre a su alrededor y dentro de sí mismo, es más que la formación de una imagen de mundo proporcionada por los sentidos, debido a que involucra la comprensión, el significado y experiencia, depende de las características del sujeto que percibe los conocimientos, sus necesidades y sus intereses y puede influir en sus emociones de forma positiva y negativa. (1)

El cuidado humanizado es un conjunto de acciones fundamentadas en la relación paciente-personal de salud, y permite mejorar la atención que se le brinda a una persona enferma con el fin de favorecer su calidad de vida. Según la Organización Mundial de la Salud, los profesionales de la salud deben ser formados integralmente, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas a partir del lema: Trato humanizado a la persona sana y enferma (2). La Percepción del cuidado humanizado es el proceso cognitivo mediante el cual un paciente obtiene momentos significativos en su interior, durante la interacción del cuidado con el personal de salud, estos momentos pueden ayudar a favorecer la recuperación de una persona o al menos mejorar su calidad de vida, a continuación, se presentan diversas investigaciones que tratan sobre estos momentos.

La investigación de Pantoja del año 2016 tiene como fin la evaluación de la percepción del usuario como medio de valoración del Centro de salud Villa Candelaria de España, el estudio llega a la conclusión de que la percepción de la calidad de la atención ofrecida en el servicio de consulta externa es humanizada, adecuada y personalizada, sin embargo, se encuentran debilidades en el centro de salud: tiempos de espera prolongados, incomodidad debido a la infraestructura de la sala de espera, maltratos en enfermería y fichaje, falta de personal, y desinformación en general al momento de la atención de los pacientes. (3)

Vásquez en el año 2010 publica en Chile su artículo Desde los Ámbitos de Enfermería Analizando el Cuidado Humanizado, la investigación hace referencia a la importancia del cuidado humanizado en enfermería y cómo este se debe de presentar en todas las áreas del quehacer profesional, según la investigación, el cuidado humanizado es más que un buen trato o conseguir la satisfacción del usuario, sino que es una relación elemental, el paciente necesita ser cuidado y al realizarlo tanto el equipo de enfermería como el usuario y su familia obtienen frutos, el profesional que entrega los cuidados aprende y crece junto con ellos. (4)

Gamba en 2008 realiza una investigación en Colombia, con el objetivo de determinar la percepción del cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. El autor utiliza en su investigación el instrumento PCHE (Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería), y obtiene la percepción global del cuidado humanizado de los pacientes, entre sus resultados se encuentran que: 55,4% de los pacientes dicen recibir siempre un cuidado humanizado por parte del personal de salud, un 35% de los encuestados responden que casi siempre reciben una atención humanizada, mientras que el 7.9% contesta que sólo

algunas veces y el 1.7% de los pacientes indican no recibir nunca tal atención. Las categorías mejor evaluadas son: con un 58.8% el personal de salud prioriza al atender a sus pacientes, con un 57.7% el personal de salud brinda apoyo emocional al paciente y con 56.2% el personal tiene disponibilidad para la atención, el estudio demuestra que los pacientes hospitalizados, experimentan una buena percepción del cuidado humanizado brindado por las enfermeras. (5)

La investigación de Álvarez del año 2007 en Colombia tiene como fin realizar un estudio para describir la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado del personal de enfermería a las personas hospitalizadas y a sus familiares en la Clínica Country, los resultados muestran que el 86.7% de los encuestados perciben un cuidado humanizado total del personal de enfermería, el 12.04% de las respuestas son casi siempre, y el 1.09% dicen percibir dicho cuidado sólo algunas veces. (6) Según los encuestados, el cuidado humanizado se percibe principalmente en los comportamientos donde se prioriza a la persona enferma, y en menor medida la empatía, el apoyo emocional y la proactividad. (6)

Mesquita en su artículo Percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos del Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Nú en Paraguay del año 2010, enfatiza analizar la calidad de la atención en los consultorios pediátricos públicos desde la percepción de los padres de los niños, los resultados demuestran que: el 88,9% de los entrevistados considera que la atención es humanizada y adecuada, el 9,1% indica que es regular y el 1,9% indica que se recibe una mala atención. (7) Los motivos por los cuales la

atención es considerada como buena son: en el 45,2% de los casos por el buen trato que se recibe, el 26,4% por la buena atención médica y el 11% porque el personal de salud explica claramente la condición de los pacientes, los resultados sugieren que los padres atribuyen al buen trato personal, como factor preponderante en la calidad de la atención, personalizada y humanizada.

Poblete et al., realiza una investigación en Perú en el año 2007, el estudio tiene como fin medir la perspectiva que tienen los pacientes del servicio de medicina general sobre la calidad de atención de la enfermera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. (8) La investigación determina que la mayoría de los pacientes perciben que la calidad de atención de enfermería es medianamente desfavorable, el paciente manifiesta que la enfermera no le explica el procedimiento que realiza, que el tiempo de demora es muy considerable, que se muestra insensible ante el dolor y además refleja una actitud de inseguridad, lentitud, despreocupación y con expresiones de prepotencia.

Torres et al., en el año 2011 en Colombia realiza una investigación sobre la percepción de la calidad del cuidado en pacientes oncológicos hospitalizados, dentro de los resultados los usuarios expresan estar conformes con el cuidado y la atención brindada por las enfermeras durante su estancia, lo resultados son: para un excelente cuidado un porcentaje de 58.7%, seguido de un muy bueno con 29.3%, bueno con 10.7% y regular con 1.3%. El instrumento da una puntuación media de 80.4 sobre 100 para la dimensión de experiencia con el cuidado y de 82.7 para la dimensión de la satisfacción con los cuidados. (9)

Lenis et al., en el año 2015 también en Colombia efectúa un estudio para describir la relación entre la percepción de la calidad del cuidado de enfermería y las variables sociodemográficas de los pacientes, para esta investigación se utiliza el Cuestionario de Calidad de Cuidado de Enfermería (CUCACE) el cual está basado en las dimensiones de experiencias y satisfacción con el cuidado de enfermería. El estudio concluye que el instrumento fue válido y confiable en la evaluación de la calidad del cuidado en enfermería y que los pacientes tienen en general una percepción positiva del cuidado recibido, por otro lado, se determina la existencia de una relación entre la percepción del cuidado de enfermería y el nivel educativo de los pacientes.

(10)

Carrión en el año 2010 en Lima inicia la investigación titulada Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de cirugía en el Hospital de Emergencias Grau, la investigación señala que la percepción de la calidad de atención que brinda la enfermera es muy favorable en lo referente al componente técnico, favorable en lo referente al componente interpersonal y muy favorable en el componente de confort. La percepción de los pacientes acerca de la calidad del componente técnico incluye el cuidado oportuno, seguro y la orientación brindada por la enfermera del servicio de cirugía, el componente interpersonal, incluye el cuidado humano, la interrelación y la confianza, y el componente de confort envuelve aspectos como iluminación, ventilación, ambiente limpio y ordenado. (11)

Castillo et al., en el año 2013 realiza un análisis de la percepción de los usuarios sobre la atención recibida en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, entre los resultados de la investigación se destaca una tendencia medianamente positiva en aspectos como cantidad del personal y calidad del servicio del personal de salud, cabe rescatar que para los usuarios es de suma importancia realizar mejoras en cuanto a la privacidad y la infraestructura de los espacios de atención, además se debe mejorar la comunicación, como medio formativo de procedimientos, tratamientos y recomendaciones. (12)

En el año 2008 Carballo et al., realiza un estudio sobre el grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa de la Clínica Solón Núñez Frutos de Hatillo, dentro de los resultados se destaca la opinión de los pacientes sobre la calidad del trato brindado por enfermería donde los usuarios lo catalogan como amable, cortés y colaborador, al evaluar la calidad de atención brindada en la consulta médica en aspectos como el saludo, la revisión del expediente y la amabilidad, los usuarios indican un rango entre bueno y regular. (13)

Rojas en el año 2009 realiza un estudio en el laboratorio clínico del Hospital México, el cual tiene como fin evaluar la calidad de la gestión con respecto a la satisfacción del cliente externo, entre los resultados obtenidos se encuentran que el tiempo de atención recibe un 94% de aceptación, en cuanto al trato y calidez el instrumento da una calificación de 86,4% y 82,9% respectivamente, además, se concluyó que es necesario hacer una evaluación integral de satisfacción del usuario para mejorar la gestión de calidad de ese servicio.

El estudio que realiza Montiel et al., en el en el servicio de emergencias del Hospital Enrique Baltodano Briceño de la ciudad de Liberia en el año 2014, tiene como fin medir y evaluar la percepción de los usuarios respecto a la calidad de los servicios brindados por el personal médico, de enfermería y de seguridad. Las tres principales insatisfacciones documentadas estuvieron en relación con el tiempo de espera de la atención, la limpieza de los servicios sanitarios y la inadecuada infraestructura.

González en el año 2008 realiza un estudio sobre la calidad de la atención desde la perspectiva del cliente en el servicio de urgencias del área de salud de Heredia en Cubujuquí, , según el estudio, entre los atributos que el cliente valora más y que presentan un bajo nivel de satisfacción son: la falta de información, el prolongado tiempo de espera previo a la consulta médica, y los largas filas de los servicios de pos-consulta tales como farmacia, laboratorios, programación de citas.(14)

Madriz en el año 2017 realiza una indagación sobre la continuidad de la gestión del cuidado de enfermería en los usuarios de alto riesgo de la red este de Costa Rica, el estudio evidencia que a un 35% de los pacientes (48 individuos) no se les realiza ningún tipo de visita de seguimiento de su condición a pesar de ser pacientes de alto riesgo, con enfermedades crónicas, cardiovasculares y en cuidados paliativos. (15)

Rodríguez en el año 2016 efectúa un estudio sobre la opinión de los usuarios con respecto a la atención recibida en el servicio de urgencias de la clínica Solón Núñez Frutos de Hatillo, con respecto a la calidad de la atención del departamento administrativo esta es valorada por debajo de 5 puntos de 10 posibles, mientras que para el servicio clínico la valoración es de 6 puntos aproximadamente, el ítem con respecto al tiempo de espera en las consultas obtuvo la valoración media más baja de todo el cuestionario, con solamente 3,5 de 10, mientras que la categoría más alta fue para el ítem sobre el trato del personal de enfermería, con una nota de 7 de 10 puntos posibles.(16)

La investigación de Aguilar para el año 2007 ofrece información de la calidad del Servicio de Emergencia del área de La Unión en Tres Ríos según los usuarios externos, en relación al tiempo de espera se obtiene una calificación de 71% siendo el resultado más bajo del instrumento, en la categoría de acceso geográfico se logra un 74% de aceptación, con respecto a la información veraz brindada por el personal de salud se consigue un 85% de conformidad, mientras que la atención recibida es calificada con un positivo 83%, esta categoría engloba aspectos como el respeto, la amabilidad, y la capacidad técnica, finalmente la infraestructura alcanza una calificación general de 78%.(17)

b. Delimitación del problema

La presente investigación comprende la aplicación de un estudio sobre el cuidado humanizado por parte del personal de salud según las expectativas y vivencias de los usuarios en los distintos servicios de salud, Alajuelita, II trimestre, 2018.

c. Justificación de la investigación

El cuidado humanizado en las instituciones de salud mejora directamente la calidad de vida de los pacientes debido a que crea vínculos de confianza entre el enfermo y su cuidador. El contexto es el siguiente: el paciente se encuentra en un momento difícil de su vida, sufre de una enfermedad que lo afecta en todas las formas posibles, sociales, económicas, familiares, necesita confiar en que puede mejorarse, esta confianza le da aliento para continuar, y la confianza primeramente proviene de sus cuidadores. Esta investigación pretende analizar el cuidado humanizado por parte del personal de salud en relación con las expectativas y vivencias de los usuarios en los distintos servicios de salud que atiende a una comunidad urbana altamente poblada, de clase baja y media baja, tiene como fin de mejorar la prestación de los servicios de salud, tanto en su accesibilidad, tramitología, infraestructura, trato humano y seguimiento clínico.

La idea central de la investigación es desvelar el sentimiento de los usuarios de un centro médico con respecto al servicio que reciben y cómo se puede mejorar según sus expectativas y vivencias, está orientada a beneficiar la calidad de atención y la calidad de vida de los usuarios y tiene su origen en la importancia para el personal de salud de conocer las necesidades de sus pacientes de los cuales son responsables en una época de grandes adelantos técnicos y de estandarización de procedimientos que limitan el componente humano en las relaciones entre paciente y cuidador.

Para un paciente en una situación de dolor e incertidumbre el recibir apoyo físico y emocional, empatía en el trato, explicaciones claras sobre su estado y tratamiento, integración de la familia en el cuidado, significa la creación de una atmosfera de seguridad y confianza donde las vivencias construidas de la experiencia de su interacción con la institución de salud y sus colaboradores crean sentimientos y emociones positivas que permiten facilitar su recuperación y mejorar su calidad de vida.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL

¿Cómo es el cuidado humanizado por parte del personal de salud en relación con las expectativas y vivencias de los usuarios en los distintos servicios de salud, Alajuelita, II trimestre, 2018?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el cuidado humanizado por parte del personal de salud en relación con las expectativas y vivencias de los usuarios en los distintos servicios de salud, Alajuelita, II trimestre, 2018.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Describir las características sociodemográficas de los usuarios que consultan los distintos servicios de salud, Alajuelita, II trimestre, 2018.
- Identificar el cuidado humanizado por parte del personal de salud en relación con las expectativas y vivencias de los usuarios en los distintos servicios de salud, Alajuelita, II trimestre, 2018.
- Clasificar las expectativas y vivencias de los usuarios que consultan los distintos servicios de salud, Alajuelita, II trimestre, 2018.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.1.2 Aspectos Sociodemográficos

Silva et al, (18) en el 2016 define la demografía como la ciencia que estudia estadísticamente la estructura y dinámica de las poblaciones, así como las leyes que rigen estos fenómenos, su objetivo son las poblaciones humanas, la cual se define como el conjunto de personas que habitualmente residen en una zona geográfica, en un momento determinado. La demografía tiene aplicación en salud pública al permitir elaborar tasas e indicadores sanitarios para realizar un diagnóstico de salud de una población además permite realizar estudios epidemiológicos según la población y sus características.

La descripción de las principales características poblacionales es de suma importancia tanto para la definición de necesidades como para las estrategias de intervención, se requiere de esa información a fin de poder describir enfermedades y problemas de salud e identificar sus determinantes así como los grupos poblacionales sobre los que se tiene que actuar, a continuación, se presentan las características sociodemográficas que tienen más relevancia para este estudio:

- Edad

Moral et al, (19) define la edad con el proceso de maduración anatomofisiológico y social que cursa el individuo lo que determina las características especiales de comportamiento, es así que los adultos se caracterizan por la plena vigencia de las capacidades físicas e intelectuales y madurez emocional lo que le permite mayor estabilidad y mejor intervención en el cuidado de la salud y enfrentar los procesos de enfermedad.

- Sexo

Haro et al., (20) para el año 2011 define sexo como las características biológicas y fisiológicas que definen a los hombres y las mujeres, también las condiciones propias como la fuerza física, función de reproducción, diferencia entre aptitudes, intereses y características individuales que está determinada en gran parte por expectativas.

- Nacionalidad

Como afirma Sanz (21) este es un atributo jurídico y político que relaciona a un individuo con el estado al que pertenece y se manifiesta como un vínculo entre un sujeto de derecho con un estado, que obliga al individuo a quedar sometido a las normas y a su vez recibir su protección, otorgando derechos e imponiendo obligaciones.

- Nivel de escolaridad

De acuerdo con Jiménez (22) establece el nivel de escolaridad como la educación que posee un individuo, esta es un proceso social que consiste en la adquisición de conocimientos, actitudes, habilidades, costumbres y formas de comportamiento útil y aceptable, que es el resultado de un continuo proceso de perfeccionamiento.

- Persona asegurada

El reglamento de la Caja Costarricense de Seguro Social (23) define persona asegurada como aquella persona, hombre o mujer, que en virtud del cumplimiento de ciertos requisitos sobre cotizaciones, parentesco o dependencia económica del afiliado, o condición socioeconómica familiar, posee el derecho a recibir, total o parcialmente, las prestaciones del Seguro de Salud. Son asegurados los: trabajadores asalariados, los pensionados y jubilados de cualquiera de los sistemas estatales, las personas jefes de familia aseguradas por cuenta del estado, las personas que individual o colectivamente se acojan al Seguro bajo la modalidad de seguro voluntario, los trabajadores independientes que coticen al Seguro en forma individual o colectiva, los familiares de los asegurados directos a quienes se les haya otorgado el beneficio familiar, la población en condición de pobreza.

Asegurado directo: Son los trabajadores asalariados, los trabajadores independientes que cotizan en forma individual o mediante convenio, los pensionados o jubilados de cualquiera

de los sistemas estatales, las personas jefas de familia aseguradas por cuenta del Estado y las personas que individualmente se acojan al Seguro.

Asegurado directo activo asalariado: Asegurado que se encuentra actualmente cotizando en su condición de asalariado.

No Asegurado: Habitante del país con capacidad contributiva y que elige no contribuir al Seguro de Salud.

Asegurado Familiar: Persona, hombre o mujer, que adquiere la condición de asegurado debido a que cumple, con respecto al asegurado directo, ciertos requisitos sobre parentesco, dependencia económica, edad y otros.

Asegurado por cuenta del estado: Asegurado directo o familiar que adquiere esa condición por su imposibilidad para cubrir las cotizaciones del Seguro de Salud. Las cotizaciones de estos asegurados son cubiertas por el Estado.

Asegurado voluntario: Personas con capacidad contributiva no obligadas a cotizar, pero que se afilian voluntariamente.

- Motivo de consulta

Citando a Martínez (24) se define el motivo de consulta médica como la expresión del paciente por la que solicita atención sanitaria al profesional de salud, es la razón por la que un paciente consulta a su médico, pueden existir uno o varios motivos de consulta y estos son expresados al principio de una entrevista clínica que es un período de comunicación directa y franca, en el que el paciente transmite su situación o dudas, donde da sus explicaciones y se relaja, y el médico realiza un escucha activa, creando un clima de serenidad y seguridad, para captar sus necesidades. En la atención Primaria de Salud definida por la Organización Mundial de la Salud, los motivos de consulta se catalogan según la Clasificación Internacional de Atención Primaria publicada por la Organización Mundial de Médicos Generales y de Familia. El artículo 17° del Reglamento del Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social establece que la atención integral a la salud está comprendida por:

- a) Acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- b) Asistencia médica especializada y quirúrgica.
- c) Asistencia ambulatoria y hospitalaria.
- d) Servicio de farmacia para la concesión de medicamentos.
- e) Servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete.
- f) Asistencia en salud oral.
- g) Asistencia social, individual y familiar.

2.1.2 Humanización del cuidado

La Organización Mundial de la Salud define la humanización del cuidado como un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre personas, encausado hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida, en este proceso se busca generar un enlace entre el personal de enfermería, el paciente y su familia con el fin de crear soluciones oportunas, rápidas y de calidad.(25)

La enfermería como profesión tiene a cargo el cuidado de los pacientes las 24 horas del día los 365 días del año, esto le hace compartir las emociones y vivencias de las personas, es la encargada de satisfacer las necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales de los pacientes, las personas enfermas se encuentran en un estado de vulnerabilidad, se sienten temerosos y amenazados, es labor del personal de salud proporcionar no sólo calidad técnica, sino también calidez en la atención recordando que la verdadera esencia de la enfermería reside en las relaciones humanas.

Una buena relación entre el personal de salud y el paciente es un aspecto fundamental durante un tratamiento clínico, permite crear un ambiente de armonía para la recuperación, lograr fundamentar una comunicación basada en la confianza, puede llevar a generar en el paciente sentimientos de seguridad que le harían más receptivo a las sugerencias, recomendaciones y a incidir positivamente en la evolución de la enfermedad.

Los comportamientos de cuidado humanizado inciden directamente en la apreciación del paciente, las acciones que realiza el personal de enfermería que demuestran respeto, consideración, comprensión e interés por la salud y recuperación, sugieren considerar la esencia del ser humano, un ser único, autónomo y con sentimientos. González en el año 2015 realiza un estudio sobre la humanización del cuidado donde concluye que esta no nace de manera espontánea, sino que debe ser fomentada, aprendida y practicada, además sólo un ser humano es capaz de reconocer la dignidad del otro y respetar sus derechos, asumiendo en consecuencia el deber ético de asistirlo, cuidarlo, consolarlo y acompañarlo en su fragilidad.(26).

Jean Watson autora de la Teoría del Cuidado Humano recalca la importancia de este componente de la atención ante el riesgo de deshumanización durante el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas 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.

La deshumanización se define como la privación de las cualidades que distinguen a las personas como seres humanos, cualidades como: la inteligencia, el amor, la felicidad, los valores y creencias morales, el lenguaje y la vergüenza son obviados ya sea consciente o inconscientemente durante el desarrollo de la técnica, los pacientes son comparados con objetos, considerados como incapaces de sentir algo más que dolor, esto da lugar a la pérdida de la sensibilidad humana y por consiguiente a la pérdida de la visión integral que se debe

tener con los pacientes. La deshumanización no es exclusiva del sector salud, en todos los ámbitos se enfrentan crisis relacionadas con la pérdida de vista del ser humano, pero esta se hace más notable cuando involucra personas que se encuentran en un estado de vulnerabilidad a causa de una condición de salud, personas que solamente quieren ser tratados con dignidad y recibir una atención oportuna y de calidad.

Arredondo et al., (27) sugiere que el fenómeno de deshumanización es el resultado de una red de factores asociados, entrelazados e interactuantes donde existe un sinergismo entre ellos, los cuales se encuentran conectados unos a otros como causas y consecuencias de estos mismos, por todo esto humanizar la salud es un proceso complejo que va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria y la formación de los profesionales, a continuación se describen los factores deshumanizantes que hace mención el autor.

- Entramado social

El proceso de globalización ha desencadenado un choque de valores entre la cultura empresarial de las instituciones sanitarias y las instancias sociopolíticas, la primera promueve valores como la tenacidad, la eficiencia y la lealtad y las otras, la participación, el respeto, el bien común y la equidad, la tendencia indica que predominan los valores científicos y tecnológicos sobre la calidad y la calidez que debería imperar en la atención sanitaria, la optimización de recursos, maximización de beneficios y minimización de costos sacrificando los valores de las instituciones: compromiso, dignidad, empatía, excelencia, honestidad, lealtad, respeto, responsabilidad, transparencia y solidaridad.

- Estructura sanitaria

En el funcionamiento de las estructuras sanitarias se encuentran algunos factores influyentes en la deshumanización, entre ellos se destaca que el hospital funciona en general de la misma manera para todos los pacientes, por tanto, no hay asistencia individualizada. Un estudio realizado en Brasil en el servicio quirúrgico concluye que durante la estancia del paciente se ignoran sus problemas individuales y es tratado como un caso más, de tal manera que su trato y tratamiento es impersonal al no conocer las necesidades individuales del paciente y sólo considerar las relativas a su dolencia, aplicando protocolos y guías generales de atención, donde se resta importancia y reconocimiento a la persona que requiere cuidado.(27)

La estructura sanitaria se ve afectada por factores deshumanizantes como son las estrategias de gerencia y gestión puestas en marcha por las instituciones de salud, las altas tecnologías en las instituciones para modernizar los servicios asistenciales y proporcionar diagnósticos y tratamientos oportunos provocan desequilibrios en la vida humana, favoreciendo la atención centrada en la tecnología más que en la persona, lo cual conduce al fenómeno deshumanizante en los medios ambientes sanitarios.

- Formación y práctica de enfermería

La formación académica centrada en el desarrollo de habilidades técnicas y científicas con escasos contenidos humanísticos lleva a la incapacidad del personal de enfermería a reconocer las necesidades humanas del paciente. Arredondo et al., (27) en su estudio concluye que la

atención generalizada y el trato impersonal es una de las orientaciones que puede adoptar la enfermera o el estudiante respondiendo a los valores e intereses competitivos y economicistas de las instituciones, sin embargo, el profesional con valores propios ha de ser capaz de cambiar la situación cuando los sistemas e intereses institucionales no muestren respeto por la dignidad humana.

- Hegemonía técnica

Arredondo et al., se refiere a la técnica, como la formación de un sistema comprendido por estructuras humanas, organizativas, políticas y económicas, cuyo propósito es una absoluta eficiencia de los métodos y los medios. (27) Con respecto a lo anterior los protocolos establecidos por las instituciones facilitan la administración de la organización, pero no contemplan el cuidado humano razón por la que surge la deshumanización, despersonalización y cosificación de los pacientes.

- El paciente

El enfermo y el profesional se encuentran unidos solamente por aparatos, tubos y demás instrumentos terapéuticos, paulatinamente se ha ido depositando la confianza en los medicamentos e instrumentos en lugar de la persona. (27) Las elevadas expectativas del

paciente en el desarrollo tecnológico y las facilidades brindadas al personal de salud por los nuevos adelantos conllevan a la pérdida del vínculo de confianza entre ambos y a la verdadera esencia del cuidado, el paciente ve al enfermero como parte de los instrumentos y el cuidador ve al paciente como una estadística más.

- La tecnología

La enfermera es el puente que une la tecnología con la atención de la salud humana y tiene la responsabilidad de mantener la humanidad en medio de ambientes tecnológicos y estandarizados, se ve a sí misma como mediadora entre dos fuerzas distintas, la humanidad y la tecnología, la deshumanización se caracteriza entonces por el trato a los pacientes como extensiones de la maquinaria, no como los usuarios y beneficiarios de la misma.(27) La tecnología humana facilita la atención de los usuarios, tanto en la valoración, el diagnóstico y el tratamiento, es fundamental en la eficiencia y en la calidad de la prestación de servicios de salud sin embargo muchas veces esto impide que se desarrolle una buena relación interpersonal con el paciente dejando de lado la verdadera esencia del cuidado, la relación paciente y su cuidador.

A fin de llevar a cabo esta investigación se decide indagar en las categorías establecidas por el instrumento de Percepción de Cuidado Humanizado en Enfermería (PCHE), el cual evalúa

nueve categorías de percepción de comportamientos del cuidado humanizado durante la atención sanitaria, las cuales se describen a continuación:

- Categoría sentimientos del paciente

El primer encuentro con la enfermera permite conformar con el paciente una relación interpersonal entre dos personas, es donde se inicia el intercambio comunicativo, reconociendo los sentimientos, la realidad en la que se encuentran y explorando el proceso de evolución y recuperación, es cuando se crean los lazos de confianza en los que se fundara la visión de un objetivo común. González et al, definen a esta categoría como todos los comportamientos de cuidado humanizado dejan su huella en una persona hospitalizada, generando sentimientos positivos resultantes de la interacción con la enfermera, tales como sentirse acogido, atendido, cuidado, acompañado, recibir calor humano, cariño, estar orientado e informado. (26)

- Categorías características de la enfermera

El personal de enfermería posee características esenciales que resaltan sus valores y cualidades y que propician durante el cuidado de un paciente el establecer una relación terapéutica con el fin de desarrollar un buen desempeño de roles y de salir avante de cualquier crisis ya sea física o emocional. La enfermera debe de ser cálida, especial, respetuosa, que

demuestre su simpatía, amabilidad y cordialidad además que se destaque por su eficacia, flexibilidad, diligencia y atención. (26)

- Categoría Apoyo emocional

El objetivo central del apoyo emocional es lograr que el paciente asuma una posición activa ante su estado y tratamiento, siendo similar a lo propuesto por Nighthingale en donde una enfermera debe de ser una persona en la que se pueda confiar, esta no puede ser ligera, habladora, nunca debe de contestar preguntas sobre su enfermo, debe de ser estrictamente moderada y honesta. (28). Rodríguez menciona las cualidades que son indispensables para brindar apoyo emocional tales como; consideración positiva, trato cordial y amable en un ambiente tranquilo cómodo y de confianza.

- Categoría Apoyo físico

La categoría apoyo físico comprende acciones de cuidado de enfermería relacionadas con el contacto físico, las cuales se manifiestan en un tacto delicado y sutil que logra mantener la dignidad del paciente, donde se debe de ver a la persona como un ser humano y no como una enfermedad. Se manifiesta en acciones de cuidado sencillas y significativas como el mirarlo, tomarlo de la mano, cubrir las necesidades físicas, ayudarlo a manejar el dolor y contribuir en la comodidad física y en su privacidad. (28)

Una buena comunicación con los pacientes no se puede lograr solamente con las palabras, las expresiones no verbales, los gestos, los movimientos corporales como las posturas, las miradas y el silencio también son formas de comunicación, el lenguaje no verbal puede expresar sentimientos o estados internos como el hambre, la tristeza, la alegría, el miedo, la indignación, el enfado, la sorpresa, por eso es de gran importancia que el personal de enfermería adquiera habilidades y destrezas con el fin de saber interpretar lo que el paciente quiere expresar, aun en ausencia de palabras.(28) Para ofrecer un cuidado integral es importante establecer entre la enfermera y el paciente una relación de confianza y de ayuda, en la que haya disposición al diálogo y la escucha.

- Categoría cualidades del hacer de la enfermera

Este punto se basa en la información y educación que requiere el paciente y que el personal de enfermería le puede ofrecer, la honestidad es un comportamiento importante para él, ya que esto demuestra interés con respecto a su condición de salud, se detalla esta categoría como el desempeño del personal de enfermería donde el paciente identifica comportamientos que describen a una enfermera como; que sea atenta, donde hace las cosas con sencillez, humildad, agrado, explicación anticipada de los cuidados, educación oportuna, sigue indicaciones con respecto al tratamiento.(28)

En el estudio Percepción de Calidad del Cuidado de Enfermería en la categoría explicar y facilitar se hace referencia a la información y educación que requiere el paciente para entender su situación de salud, por este motivo es de gran importancia educar al usuario en cuanto a su

patología, diagnóstico, tratamiento y, además, esto reduce los niveles de estrés que cargan estos usuarios por otra parte es de gran importancia para la adherencia al tratamiento.

- Categoría proactividad

La proactividad es la capacidad de alguien de liderar su propia vida al margen de lo que pase a su alrededor, esto no significa tomar la iniciativa solamente, sino, asumir la responsabilidad de hacer que las cosas sucedan, decidir en cada momento que se quiere hacer y cómo se va hacer. Se refiere a todos aquellos comportamientos del enfermero que denotan atención anticipada, al abogar por el paciente, darle información precisa y oportuna a él y a su familia y responder cada una de sus preguntas, explicándole cada punto de un procedimiento.(29)

- Categoría priorizar el cuidado

Ningún ser humano es igual a otro, cada uno es un ser individual con pensamientos, sentimientos y percepciones distintas, esto nos permite aprender unos de otro, en enfermería los pacientes son seres únicos con personalidades distintas y cada uno con sus cuidados específicos, aquí se destaca el cuidado de enfermería al priorizar a la persona, preocuparse por el paciente, respetar sus decisiones e intimidad, y un punto no menos importante llamarlo por su nombre.(29)

- Categoría Empatía

El término empatía viene de la palabra griega *empátheia*, que significa apreciación de los sentimientos de otra persona, en enfermería implica la capacidad de comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas de otra persona, sumado a la capacidad de comunicar este entendimiento, según Méndez esta condición engloba todas las actitudes y acciones positivas que surgen en la interacción del cuidado, tales como, escuchar, comprender lo que el otro siente, ponerse en su lugar, tener el tiempo para escucharlo y comunicarse amablemente. (14) La empatía en una relación enfermera-paciente facilita el desarrollo de la confianza mutua y la comprensión compartida, es una cualidad fundamental de cualquier relación de ayuda, es una condición esencial para un efectivo cuidado y está en el corazón de la relación enfermera-paciente, sin embargo, a pesar de la frecuente aparición de la empatía en la literatura en enfermería, las percepciones de los pacientes sugieren que a menudo falta en las relaciones que se establecen con el personal de enfermería. (30)

- Categoría disponibilidad para la atención.

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, la cual es una actividad que requiere de un valor personal y profesional enfocado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la buena relación terapéutica enfermera-paciente. La disponibilidad para la atención se define como aquella actitud de disposición que tiene el enfermero para identificar el momento de cuidado; el estar pendiente de su sentir, del estado de ánimo, de sus necesidades de cuidado con el fin de actuar y acudir

de manera oportuna y eficaz. Para el año 1996 Donabedian considera que todas las acciones que se lleven a cabo con el paciente deben de ser lo más respetuosas posibles, permitiendo comodidad y calidad integral de atención, dando lugar al éxito de las actividades logrando el objetivo de cada una de ellas.

2.3 Expectativas de los usuarios

El modelo básico de expectativas SERVQUAL detalla la percepción de calidad que tendrá un cliente de un servicio, esta será igual a la diferencia que existe entre sus expectativas y la prestación. (31) Las expectativas constituyen el parámetro para medir la calidad de los servicios, son las dimensiones que definen que espera un usuario de un servicio para considerarlo de calidad, son específicas y diferentes para cada persona y dependen en gran medida de las experiencias previas, Según el modelo básico de expectativas hay 10 dimensiones y estas son adaptables a cualquier organización que preste un servicio incluido el sector salud, la idea es definir en forma general qué esperan los pacientes del sistema de salud, a continuación se detalla cada dimensión.

- Fiabilidad

Una empresa con un alto nivel de fiabilidad es aquella que ofrece un alto y constante nivel de consistencia en la confiabilidad de sus prestaciones, el usuario confía en que será atendido en

el centro de salud según una programación definida y que la atención que recibe es de una calidad alta y constante.

- Capacidad de respuesta

La tramitología para ser atendido es adecuada, los tiempos de espera son relativamente cortos, la institución mantiene el personal suficiente para satisfacer la demanda, el personal de salud es proactivo y prioriza según el grado de triaje que presenta el paciente.

- Profesionalidad

El personal de salud posee las habilidades y conocimientos necesarios para actuar eficientemente y de manera acertada durante la atención brindada, es capaz de resolver situaciones imprevistas, aconsejar de manera adecuada a sus pacientes y de mantener relaciones personales con estos.

- Accesibilidad

Los pacientes se pueden comunicar fácilmente con la institución, los horarios son convenientes para los usuarios, hay posibilidad de obtener servicios de la institución por teléfono o por sitios web, no hay filas interminables, los departamentos están debidamente señalizados, el personal de salud está dispuesto a hablar con los usuarios.

- Cortesía

El personal de salud, seguridad, administrativo y directivo brindan un trato cortés hacia los usuarios sin importar el stress al que están sometidos, los mismos no reaccionan negativamente ante un paciente disgustado o insatisfecho.

- Comunicación

El personal de salud adecua su lenguaje para que los pacientes puedan comprender, sin tecnicismos, está siempre dispuesto a escuchar con paciencia y atención a los problemas y reclamos de los usuarios, explica adecuadamente las opciones que tienen los pacientes, los

diagnósticos, los tratamientos, complicaciones y costos, transmite seguridad y confianza al paciente.

- Credibilidad

La reputación del Centro de Salud y de sus colaboradores influye en el paciente una imagen de confianza y honestidad, el paciente cree que el personal de salud con el cual tiene contacto regular o esporádico siempre tiene los mejores intereses hacia él.

- Seguridad

El personal del centro de salud y la institución en su totalidad se preocupan por mantener seguros a los usuarios, lejos de cualquier tipo de daños o riesgos, cuidan las áreas de la institución a las que tienen acceso los pacientes, la seguridad que ofrecen las instalaciones, la infraestructura civil, eléctrica, sanitaria, el mobiliario, la comodidad de la sala de espera y la privacidad de los espacios de atención.

- Comprensión y conocimiento de los usuarios

La institución de salud posee mecanismos que le permiten conocer las necesidades y expectativas de sus pacientes, sus problemas, tendencias y aspiraciones, ofrece atención personalizada, con tratamientos específicos y se le da íntegro seguimiento al expediente del paciente.

- Elementos tangibles

La institución se mantiene a la vanguardia tecnológica, equipos e instrumentos de última generación, instalaciones modernas, apariencia del personal y un ambiente que refleja los valores de la organización.

2.4 Vivencias de los usuarios

Una vivencia es aquella experiencia que una persona vive en su vida y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter, ya que lo que sienta y aprenda en la misma le aportará sabiduría y asimismo le servirá de guía a futuro cuando deba enfrentar una situación similar.(32) Todo paciente que interactúa en un centro de salud sufre, percibe y comprende diferentes experiencias desarrolladas durante su estancia en la institución, atribuyéndoles

significados que con mayor o menor intensidad, siempre son acompañadas de algún sentimiento y emoción.

Como se definió en los antecedentes la percepción es el proceso mediante el cual la conciencia integra los estímulos sensoriales sobre objetos, hechos o situaciones y los transforma en experiencia útil, también es la encargada de otorgar significado a las sensaciones. Las sensaciones son experiencias inmediatas básicas, generadas por estímulos aislados simples, que conciben vivencias momentáneas, como las vivencias emocionales, y vivencias permanentes, tales como los sentimientos. (33)

Los sentimientos son fenómenos afectivos que se expresan a través de reacciones subjetivas moderadas de placer y displacer, las emociones son fenómenos subjetivos, fisiológicos, motivacionales y comunicativos de corta duración que surgen ante una situación que aparece de repente, bruscamente, no son instintivos, ni innatos sino el resultado de un aprendizaje. (34). Los pacientes se enfrenta a distintas situaciones durante su atención, cada una de ellas genera diferentes tipos de sentimientos y emociones que afectan su forma de pensar, en general un paciente se enfrenta a escenarios de incertidumbre, pena, tristeza y angustia, inicialmente se le presenta una imagen negativa en su interacción en el centro de salud, el rol de la enfermera y del personal de salud es fundamental para generar otro tipo de sentimientos, que le permitan al paciente adaptarse a su situación actual con una actitud positiva, de confianza y seguridad en su recuperación o en el mejoramiento de su calidad de vida.

A continuación, se presentan diversas categorías para valorar las vivencias de un paciente en su interacción con el centro médico y sus colaboradores:

- Comunicación e información de personal de salud-paciente

El personal de salud no le brinda información sencilla, clara y exacta al paciente sobre su patología, tratamiento, pruebas diagnósticas y procedimientos, los adelantos técnicos disminuyen el componente humano en la relación enfermera-paciente.

- Trato inapropiado del personal de salud

El personal de salud no establece relación cercana con el paciente, no conversan con él, no le explican su situación ni demuestran preocupación, los pacientes se sienten ignorados, molestos e incómodos.

- Falta de intimidad y privacidad

En el momento de la atención se protege la intimidad personal, desde su aspecto más básico la intimidad corporal y el respeto hacia la exposición del cuerpo hasta el anonimato y la vida privada.

- Necesidad de Soporte Familiar

Se respeta la necesidad del paciente de recibir apoyo de su familia ante situaciones difíciles, el personal de salud hace partícipe a la familia durante la explicación de un diagnóstico, un tratamiento, y forma a los familiares para que participen en los cuidados del paciente.

- Dolor y malestar

El personal de salud está atento a cualquier tipo de molestia que presente el paciente, se le realiza seguimiento constante, se respeta el derecho a no padecer dolor, prioriza según el estado del usuario.

- Sentimiento de desconfianza hacia el personal

El personal de salud genera sentimientos de confianza, acercamiento y seguridad mediante gestos y expresiones, ofrece un trato con cortesía, amabilidad y una sonrisa.

- Experiencia de estadía en el centro de salud desagradable

La estadía en el centro de salud es una experiencia que provoca ansiedad y depresión en los pacientes, el usuario se encuentra en una situación de incertidumbre, no sabe cómo actuar ni a quién dirigirse, no recibe información ni orientación.

- El personal de salud es indolente.

El personal de salud se encuentra sumergido en una excesiva burocracia que retrasa la atención del paciente, o por falta de profesionalismo gasta su tiempo en otras actividades restándole importancia al usuario.

2.5 Teorizante de enfermería

La presente investigación tiene su base en la teoría del cuidado transpersonal propuesta por Margaret Jean Watson, nacida en el estado Americano de Virginia Occidental en la década de 1940, donde se convierte en la teórica contemporánea de la profesión de Enfermería, Watson inició su carrera en la Escuela de Enfermería Lewis Gale finalizando sus estudios de pregrado en 1961, su teoría nace debido al riesgo de deshumanización en la atención del paciente, donde ve el cuidado como un ideal moral y ético dentro de una relación terapéutica básica entre los seres humanos.

Watson sostiene que ante la pérdida de humanismo en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración 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.(35) El cuidado humano enlaza conductas como pensar, sentir y hacer, y esta intrínsecamente relacionado con la curación, se compone tanto del ser cuidado como del profesional que cuida, y prioriza la esencia del ser humano como un ser único, indivisible,

autónomo y con libertad de escoger, la teoría se basa en la confección de 10 factores de cuidado que se presentan a continuación:

- Formación de un sistema altruista

Este factor incorpora valores humanísticos y altruistas que tienen ver con la satisfacción que se siente al prestar ayuda, incorpora la definición de enfermería holística como la práctica que se enfoca en sanar a la persona de forma integral como un todo a través de la unidad de cuerpo, mente, emoción, espíritu y medio ambiente, los cuidadores se convierten en compañeros de la gente a la que cuidan.

- Inculcación de fe y esperanza

Se refiere a la ampliación del sentido de uno mismo, es permitir y mantener un sistema de creencias profundo, y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar.(35) La espiritualidad, con frecuencia olvidada, es una parte de esa conformación integral que le da sentido de totalidad al ser humano, Watson considera que la espiritualidad es un aspecto esencial que influye en las condiciones emocionales y físicas de la persona y que no es prerrogativa de los creyentes, pues puede estar desvinculada de la religión y no ser expresada como una práctica religiosa.

- Cultivo de la sensibilidad ante uno mismo y los demás

Reconocer los sentimientos conduce a la aceptación de uno mismo. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.(35) Es de suma importancia para el personal de enfermería separar las emociones negativas de su vida personal y profesional de las emociones resultantes durante la atención de salud que se le brinda al paciente, para desarrollar este equilibrio el personal deberá de adquirir las habilidad de valorar y manejar sus emociones identificando las maneras adecuadas de expresarlas.

- Desarrollo de una relación de ayuda-confianza

El cuidado transpersonal implica vincularse con el espíritu o el alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos. (35) El desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal, debido a que se logra desarrollar una capacidad de comunicación y escucha, respeto por las creencias del otro, aceptación y expresión de los sentimientos positivos y negativos.

- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos

La enfermera tiene que estar preparada para los sentimientos positivos y negativos que puede expresar el paciente, debe de tener la capacidad para reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de otras, además necesita desarrollar la capacidad de relacionar y comprender el vínculo entre pensamientos, emociones y comportamientos que puedan confluir en el entendimiento con el paciente.

- Uso sistemático del método de resolución de problemas

Para la toma de decisiones: la enfermería aporta un enfoque científico, evaporando la imagen tradicional de la enfermera como la ayudante de un médico, deberá adquirir conciencia sobre las formas de superarse constantemente, motivándose por el deseo de adquirir nuevos conocimientos para perfeccionar la práctica diaria y la atención de sus pacientes, deberá instruirse en los adelantos de la técnica y estar a la vanguardia tecnológica.

- Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal

Este factor permite que el paciente se encuentre informado sobre su condición de salud, disminuyendo los niveles de ansiedad generados debido al desconocimiento de su estado, también la enfermera facilita el proceso de curación con las técnicas de enseñanza con el

objetivo de permitir al usuario realizar el autocuidado. El paciente debe de ser educado en cuanto a los cuidados que se le entregan, debe conocer la razón de tales cuidados, debe reconocer su participación en importancia en los mismos, y debe de poder externar sus criterios y que estos sean escuchados y tomados en cuenta.

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

Crear un entorno de curación a todos los niveles, delicado entorno físico y no físico de energía y conciencia, allí donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien. (35) Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y en la enfermedad de los individuos. Según Watson el entorno es el espacio de la curación y reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea calmante y cicatrizante, es esencial comprender que los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual y estos dependen de aspectos socioculturales de un individuo, donde se incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad, además se incluyen variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad, los entornos limpios y estéticos. Es importante que el paciente sienta que se les ha incluido a él y a su entorno (su familia, el medio donde se desenvuelve) en los cuidados de su salud, y que estos cuidados se realizan mediante un trato digno donde se respeta su integridad, su personalidad y su cuerpo.

- Asistencia satisfactoria de las necesidades humanas

La enfermera tiene la habilidad para reconocer las necesidades biofísicas (alimentación, eliminación, ventilación), las necesidades psicofísicas (actividad, inactividad y sexualidad) las necesidades psicosociales (estima social, autoestima) e intrapersonales (vida emocional interior), debe procurar que sus pacientes satisfagan las necesidades más básicas antes de intentar satisfacer las más complejas. Se maneja el término de prioridad en el cuidado, como un fenómeno que necesita estar organizado y coordinado.

- Fomento de fuerzas existenciales – fenomenológicas

La fenomenología describe con datos una situación inmediata, ayudan a la gente a comprender un fenómeno en cuestión, la psicología existencial trata la existencia humana mediante los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado y de facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas, según esta, una experiencia motivadora del pensamiento conlleva a una mejor comprensión de nosotros mismos y de los demás, no basta la excelencia académica o intelectual, ni la capacidad técnica, se necesitan otras habilidades como la iniciativa, el optimismo, la flexibilidad, la adaptabilidad, la comunicación y las relaciones interpersonales para comprender el fenómeno en cuestión, trata sobre la habilidad de la enfermera para sentirse unida y cercana al otro y experimentar e imaginar sus sentimientos, es un concepto más activo que el término respeto como manifestación de cortesía, porque se

manifiesta en acciones, palabras y maneras de ser que traen a la luz la experiencia personal de la persona y depende de la confianza en uno mismo, y la valentía que proviene del conocimiento certero de las capacidades, valores y metas. En esta dimensión la enfermera debe ayudar al paciente a entender por qué está en esa condición, debe intentar que el paciente reflexione sobre el significado de su vida, y como puede comprenderse mejor a sí mismo y a los demás.

- Relación entre la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson y el instrumento aplicado

La presente investigación está fundamentada en la Teoría del cuidado humano, desarrollada por la teórica de enfermería Jean Watson, esta reconoce diez factores de cuidado, e implica tratar a la persona cuidada como un ser integral, con la capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, dicha teoría se entrelaza con el instrumento de Percepción de Cuidado Humanizado en Enfermería (PCHE), el cual se utiliza en este estudio para clasificar el cuidado humanizado brindado por el personal de salud.

La primera categoría del instrumento PCHE evalúa los sentimientos del paciente que dejan marcados a una persona hospitalizada y permite conformar una relación interpersonal entre dos personas, paciente y cuidador creando lazos de confianza, en semejanza los factores de Watson incluyen la formación de un sistema humanístico altruista de valores donde se desarrollan interrelaciones eficaces entre enfermera y paciente con el fin de promover el

bienestar ayudando al usuario para que adopte las conductas para mejorar su salud. En otra sección del instrumento se califican las características de la enfermera las cuales permiten establecer una relación terapéutica con el fin de salir adelante ante cualquier situación, en el esquema de Watson se propone el cultivo de la sensibilidad tanto para la enfermera como para sus pacientes, a medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad estas se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás.

El apoyo emocional es una de las categorías básicas tratadas en el PCHE y en el estudio realizado, donde se pretende que el paciente asuma una posición activa ante su estado de salud, tratamiento y diagnóstico, Watson plantea que durante el apoyo emocional los sentimientos son una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente, la enfermera debe estar preparada para sentimientos positivos y negativos, y debe poseer comprensión intelectual y emocional de la situación por la cual atraviesan los pacientes y sus familiares. El apoyo físico en PCHE se basa en satisfacer las necesidades del paciente de una forma integral y digna, tratando a cada ser humano como un ser único, en la teoría del cuidado humanizado se puede relacionar con la promoción y el aprendizaje interpersonal, permitiendo que el paciente se haga más participe de su enfermedad, fomentando el autocuidado, mejorando su independencia y contribuyendo a su crecimiento personal.

La proactividad se define como los comportamientos de la enfermera que denotan atención anticipada ante posibles riesgos, Watson postula en su teoría el uso del proceso de enfermería el cual aporta un enfoque científico, sistemático y organizado de solución de problemas en el

cuidado de los pacientes de una forma dinámica y humanística. En el instrumento PECHE la priorización del cuidado se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención para conservar la salud, la teoría humanizada de Watson indica que la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales del paciente lo cual se conoce como asistencia en la gratificación de las necesidades humanas, lo que permite la priorización.

En el esquema PECHE la empatía implica la capacidad de comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas de otra persona es una cualidad fundamental de cualquier relación de ayuda, de acuerdo con Watson el desarrollo de una relación de ayuda -confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal, una relación empática fomenta la confianza y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos, implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se enmarca dentro del enfoque cuantitativo, este tipo de estudio se basa en una forma estructurada de recopilar y analizar datos, obtenidos de distintas fuentes e implica el uso de herramientas informáticas, estadísticas, y matemáticas para obtener resultados, una investigación cuantitativa es concluyente en su propósito ya que trata de cuantificar el problema y entender qué tan generalizado está mediante la búsqueda de resultados proyectables a una población mayor.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación descriptiva es la que se utiliza para esclarecer la realidad de situaciones, eventos, personas, grupos o comunidades que se estén abordando y que se pretendan analizar, la presente investigación pretende determinar el cuidado humanizado por parte del personal de salud en relación con las expectativas y vivencias de los usuarios en los distintos servicios de salud, Alajuelita, II trimestre, 2018.

3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

La unidad de análisis para la presente investigación está conformada por cualquier hombre o mujer mayor de 18 años que consulte los distintos servicios de salud brindados por el estado en el distrito de Alajuelita para el segundo trimestre del 2018.

3.3.1 Población

La población está conformada por 5161 usuarios mayores de 18 años que consultan los distintos servicios de salud estatales en el distrito de Alajuelita en el segundo trimestre del 2018.

3.3.2 Muestra

Según un estudio del Área de Salud de Alajuelita para el año 2017, el distrito de Alajuelita contaba con una población 5161 usuarios de los centros de salud estatales, para realizar la investigación se realiza una entrevista a 100 de estos usuarios.

$$N \text{ Población Total} = 5161 \text{ usuarios}$$

Utilizando un nivel de confianza de 99%, que es la probabilidad de que la muestra refleje de forma precisa las actitudes de la población y un margen de error de 0.1 % que es el porcentaje de respuestas de la población que pueden variar con respecto a las de la muestra, con $Z = 2.58$ valor de la distribución normal estandarizada para el 99% de nivel de confianza y utilizando una probabilidad de éxito o proporción esperada $P = 0.5$ y una probabilidad de fracaso de $Q = 0.5$.

$$n = \frac{NZ^2PQ}{d^2 N - 1 + Z^2PQ}$$

$$n = \frac{5161 \times 2.58^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.1^2 \times 5161 - 1 + 2.58^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

n = 100.233

Se determina que la muestra necesaria para la investigación debe ser de 100.23 personas.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Tabla N° 1 Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Hombres y mujeres mayores de 18 años que consultan la Clínica de Alajuelita de la Caja Costarricense de Seguro Social.	Personas mayores de 18 años que no puedan responder al cuestionario por enfermedad, vejez, discapacidad.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La técnica que se utiliza para recolectar la información es a través del cuestionario, el cual cuenta con 69 preguntas cerradas, este se encuentra dividido en tres secciones, empezando por la identificación del cuidado humanizado generado por el personal de salud durante la atención, seguido por la clasificación de las expectativas que tiene el usuario sobre el centro médico y sus colaboradores, para finalizar con la exposición de las vivencias de los usuarios durante la interacción con la institución.

Se utiliza una escala de Likert de 500 puntos en donde: de 0 a 100 puntos se representa una calificación de muy malo, de 101 a 200 puntos se refiere a malo, de 201 a 300 puntos corresponde a regular, de 301 a 400 puntos simboliza bueno y de 401 a 500 puntos significa muy bueno.

3.4.1 Validez y confiabilidad del cuestionario

La prueba consiste en determinar las posibilidades de un determinado desarrollo posterior a la encuesta, aplicada a un máximo de 10 personas para limitar efectos negativos, pérdidas económicas, ambigüedades, recursos y tiempo; la prueba funciona como primer paso para obtener información pertinente.

En esta etapa se tiene como objetivo principal encontrar información útil sobre la formulación de preguntas y anticipación de posibles dificultades que sirven como punto de partida para alcanzar los objetivos planteados en el trabajo. Para esto se recurre a un total de 10 personas entrevistadas, para realizar una correcta caracterización de la población bajo estudio.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo no experimental, se observa las variables de forma natural sin modificarlas, en este caso es determinar el cuidado humanizado por parte del personal de salud en relación con las expectativas y vivencias de los usuarios en los distintos servicios de salud, Alajuelita, II trimestre, 2018 las cuales se tabulan y se clasifican, se exponen tal como

se observan, el estudio también es de tipo transversal, utiliza datos recopilados por medio de una encuesta aplicada una sola vez a la muestra, durante el segundo trimestre del 2018.

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumental
Identificar el cuidado humanizado por parte del personal de salud en relación a las expectativas y vivencias de los usuarios en los distintos servicios de salud, Alajuelita, II trimestre, 2018.	Cuidado humanizado por parte del personal de salud.	Proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida, en este proceso se busca generar un enlace entre el personal de enfermería, el paciente y su familia con el fin de crear soluciones oportunas, rápidas y de calidad.(25)	Representa el quehacer de enfermería, basado en valores humanísticos con el fin de satisfacer las necesidades de los pacientes y mejorar su calidad de vida.	Sentimientos generados al paciente.	Confianza. Seguridad. Cuidado durante la atención. Calor humano	Ítems 6-9
				Características de la enfermera.	Personal agradable. Personas activas. Personas flexibles. Personas eficientes	Ítems 10-13

				Apoyo emocional.	Apoyo emocional. Considerado. Positivo. Perjuicios. Escucha.	Ítems14- 18
				Apoyo físico.	Respeto. Contacto visual. Toma de la mano. Realiza los procedimientos con cuidado	Items19-22
				Cualidades del hacer de la enfermera.	Información sobre su condición. Educación. Propicia el dialogo.	Ítems 23-25

				Proactividad.	Identificación del personal. Explica el procedimiento. Comunicación de cualquier necesidad.	Ítems 26-28
				Priorizar al ser cuidado	Prioriza la atención. Atiende las llamadas del usuario. Llama al apaciente por su nombre.	Ítems 29-31
				Empatía	Relación cercana con el usuario. Comprensivo. Interés sobre la condición.	Ítems 32-34

				Disponibilidad para la atención.	Disposición. Oportuna	Ítems 35-38
--	--	--	--	-------------------------------------	--------------------------	-------------

				Profesionalidad	Conocimientos y habilidades	Ítem 42
				Accesibilidad	Horario de atención. Acceso a la institución.	Ítems 43-44
				Cortesía	Cortesía del personal de salud. Cortesía del personal administrativo.	Ítems 45-46

				Comunicación	Lenguaje comprensivo. Escucha con paciencia.	Ítems 47-48
				Credibilidad	Imagen de confianza de la institución.	Ítem 49
				Seguridad	Seguridad de los usuarios. Mantenimiento de instalaciones. Comodidad de la sala de espera. Espacios de atención privados.	Ítems 50-53

				Comprensión y conocimiento de los usuarios	Conocimiento de las necesidades de los usuarios.	Ítem 54
				Elementos tangibles	Desarrollo de nuevas tecnologías. Modernizar el conocimiento del personal.	Ítems 55-56

	<p>Vivencias de los usuarios</p>	<p>Una vivencia es aquella experiencia que una persona vive en su vida y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter, ya que lo que sienta y aprenda en la misma le aportará sabiduría y asimismo le servirá de guía a futuro cuando deba enfrentar una situación símil.(32)</p>	<p>Es una experiencia de vida que tiene una persona y estas se caracterizan por el aprendizaje que dejan.</p>	<p>Comunicación e información de personal de salud-paciente.</p> <p>Trato inapropiado del personal de salud.</p> <p>Falta de intimidad y privacidad.</p>	<p>Explicación sobre su enfermedad y tratamiento.</p> <p>Relación cordial. Comunicación.</p> <p>Protección de la intimidad.</p>	<p>Ítem 57</p> <p>Ítems 58-59</p> <p>Ítem 60</p>
--	----------------------------------	---	---	--	---	--

				Necesidad de Soporte Familiar	Participación de la familia	Ítem 61
				Dolor y malestar.	Atención sobre cualquier tipo de malestar en el usuario. Priorización del estado del paciente.	Ítems 62-63
				Sentimiento de desconfianza hacia el personal.	Sentimientos de confianza. Trato cortés. Gestos y expresiones positivas.	Ítems 64- 66

				Experiencia de estadía en el centro de salud desagradable.	Estadía en el centro de salud	Ítem 67
				El personal de salud es indolente.	Profesionalismo del personal de salud. Profesional de salud indolente.	Ítem 68-69

3.7 PLAN PILOTO

Inicialmente el plan piloto se le aplicó a 10 personas que cumplen con los criterios de inclusión, usuarios de los servicios de salud estatales del distrito Alajuelita mayores de 18 años, el instrumento inicial constó de 61 preguntas con enfoques necesarios para la investigación: definición de las características sociodemográficas de la población muestra, clasificación del cuidado humanizado mediante la adaptación de las categorías definidas en el instrumento PCHE (Percepción del Cuidado Humanizado en Enfermería), clasificación de las expectativas de los usuarios mediante la adaptación de las categorías del método SERQUAL para la medición de la calidad en los servicios, y la exposición de las vivencias personales de los usuarios durante la interacción con los centros de atención.

En los distintos enfoques del instrumento no se encuentran problemas de redacción y los entrevistados comprenden las preguntas correctamente se aplican los 61 ítems diseñados inicialmente al resto de la población muestra, y se logra una satisfactoria interpretación del instrumento. (Anexo N°7) En una primera instancia se decide presentar los resultados mediante gráficos de frecuencia circulares mostrando las proporciones y porcentajes de las respuestas de los entrevistados, pero este método presentaba el problema de que no permite saber si en general una afirmación era aceptada o no por la población encuestada, por lo cual se decide realizar una escala de Likert para dotar de puntaje a las respuestas de la población de este modo una afirmación podía ser calificada en forma general por la población como muy mala, mala, regular, buena y muy buena, lo que facilitaría la interpretación de los resultados obtenidos, finalmente, se concluyó presentar las respuestas en la escala de Likert en gráficos

de barras múltiples, donde la longitud de cada barra se utiliza para mostrar, comparaciones numéricas discretas entre categorías.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El instrumento aplicado en la investigación se basa en cuatro aspectos, en primer lugar, definir las características sociodemográficas de la población muestra, en segundo lugar la identificación del cuidado humanizado durante la atención en salud, en tercer lugar reconocer las expectativas de los usuarios del servicio, y finalmente, valorar las vivencias de los usuarios durante la atención.

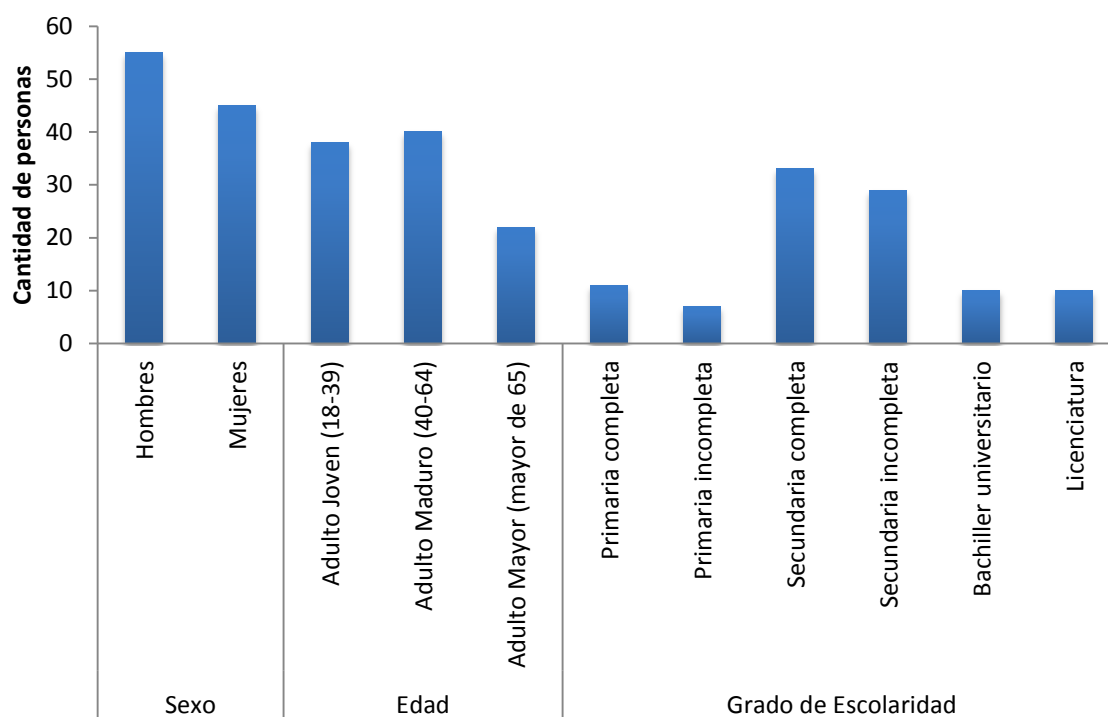


Figura N° 1. Distribución de la población entrevistada según sexo, edad y grado de escolaridad, distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Más de la mitad de la población encuestada son mujeres, 40 de los encuestados son adultos maduros entre 40 y 64 años y otros 38 son adultos jóvenes de entre 18 y 39, estos 2 grupos corresponden a más de tres cuartas partes del total de la muestra, en cuanto al grado de

escolaridad 33 individuos tienen la secundaria completa mientras que 29 la tienen incompleta estos 2 grupos representan poco más de la mitad de la población.

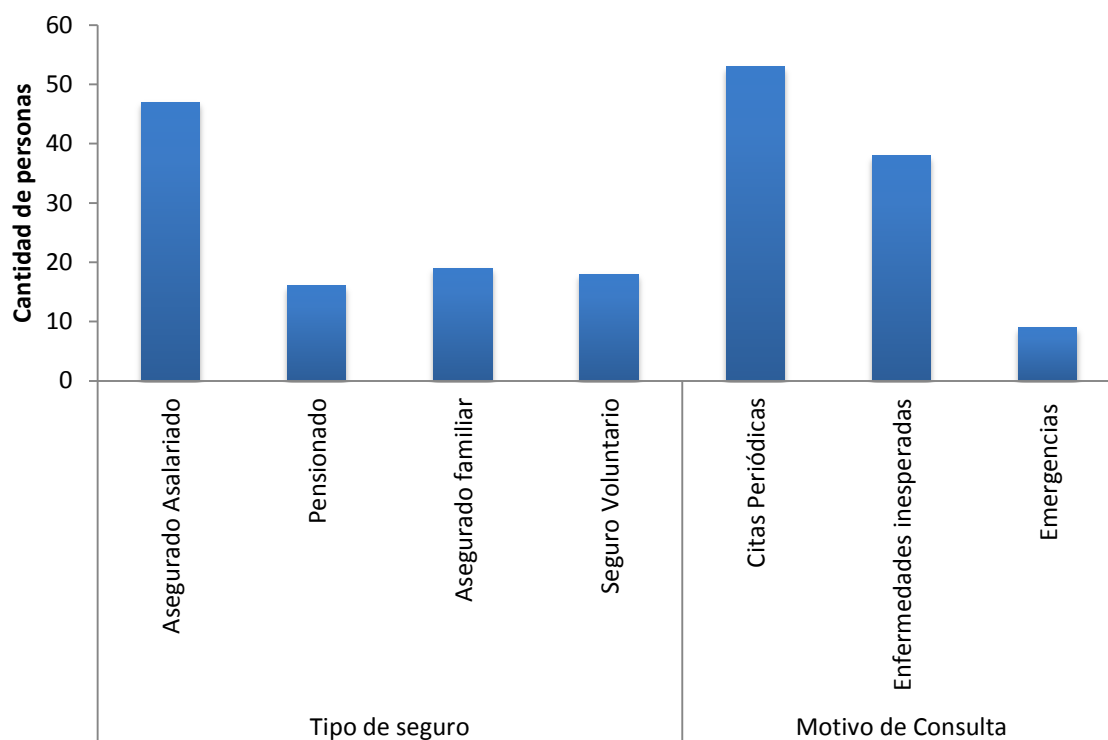


Figura N° 2. Distribución de la población entrevistada según tipo de seguro y motivo de consulta, distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La mitad de la población encuestada son trabajadores asalariados, 47 individuos de un total de 100, y 53 de los entrevistados, visitan el centro de atención regularmente, por motivo de citas periódicas de control, mientras que 38 lo hace por enfermedades inesperadas.

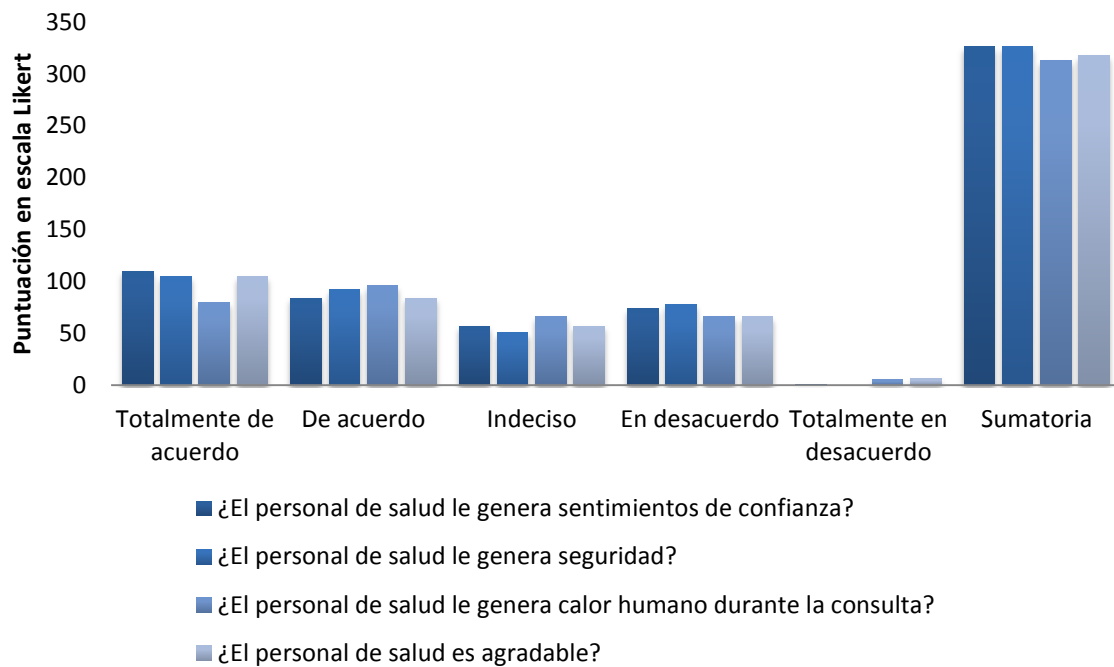


Figura N°3. Distribución de la población entrevistada según humanización del cuidado según sentimientos del paciente, distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La mayoría de los encuestados ante la pregunta de sí el personal de salud les genera sentimientos de seguridad indican experimentar emociones positivas durante la atención, 44 de los 100 entrevistados aseguran mostrarse en al alguna medida de acuerdo con la afirmación, mientras que 17 individuos dicen estar indecisos y 39 indican estar en desacuerdo, el puntaje total de la afirmación en la escala de Likert desarrollada fue superior a 300 puntos de 500 posibles, lo cual indica que los encuestados están de acuerdo con los sentimientos seguridad generados por el personal de salud.

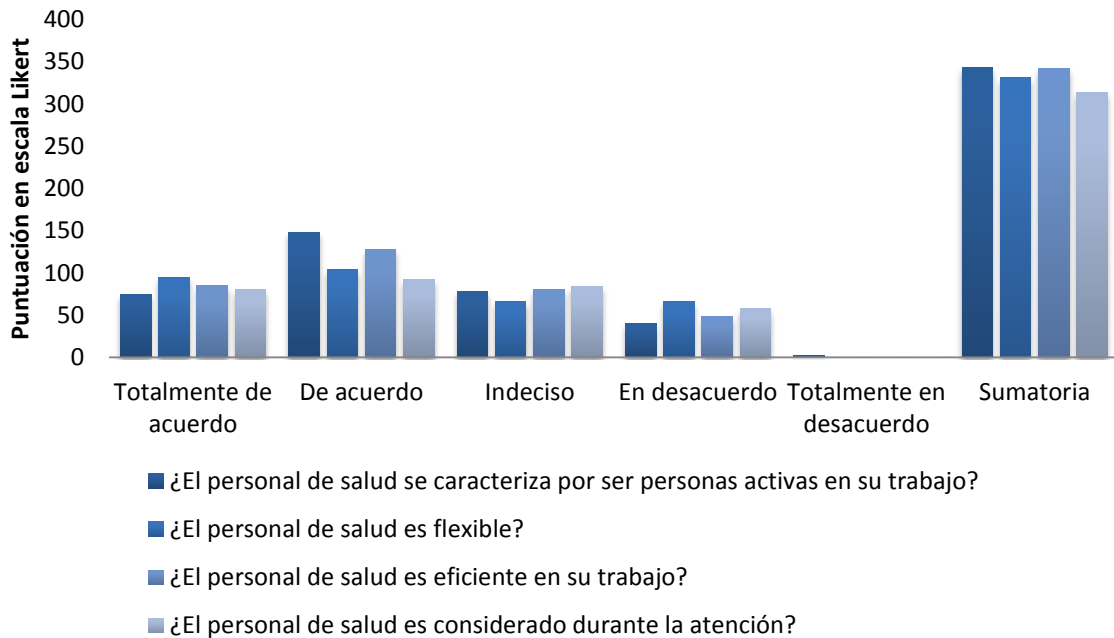


Figura N°4. Distribución de la población entrevistada según humanización del cuidado según actitudes del personal de salud, distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La población entrevistada dice estar de acuerdo ante la consulta sobre sí el personal de salud es considerado durante la atención, 29 de los entrevistados se muestran negativos ante la consulta, 28 individuos indican estar indecisos, mientras que solamente 23 están de acuerdo, el puntaje total se ve beneficiado por 16 entrevistados que indican estar totalmente de acuerdo otorgando 80 puntos en la sumatoria de la escala de Likert, finalmente, la puntuación total es de 314 puntos superando los 300 puntos del límite inferior para obtener la calificación de bueno.

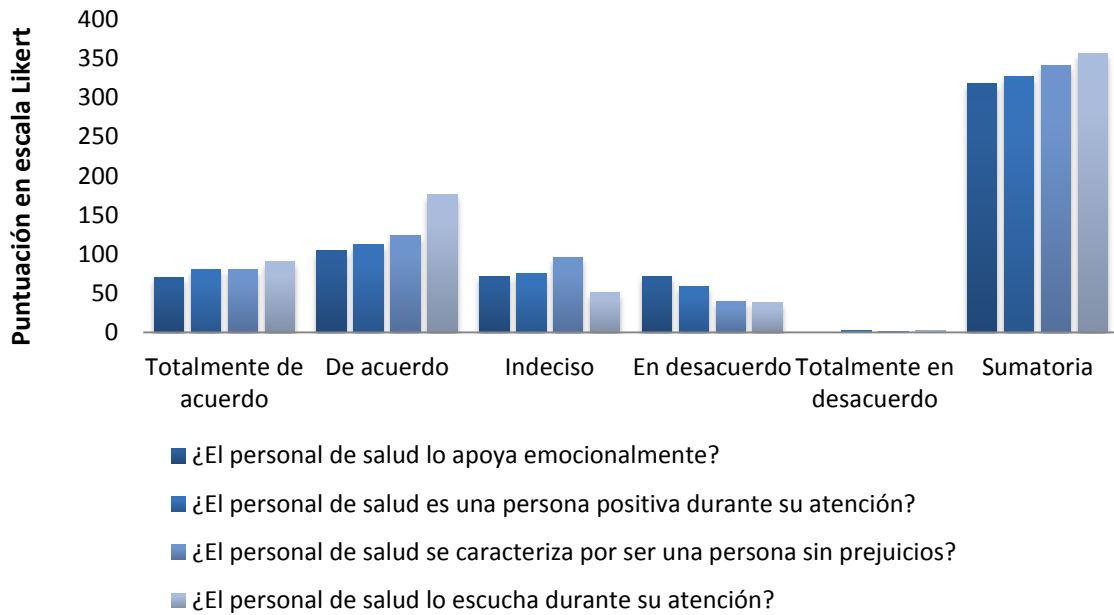


Figura N°5. Distribución de la población entrevistada según humanización del cuidado según actitudes del personal de salud, distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La consulta sobre si los pacientes reciben apoyo emocional por parte del personal de salud recibe 36 opiniones en desacuerdo para un puntaje acumulado de 72, los encuestados indecisos son 24 para un acumulado de 72 mientras que 24 entrevistados están de acuerdo y 14 totalmente de acuerdo lo que representa acumulados de 104 y 70 puntos respectivamente, la suma de puntajes acumulados da como resultado 318 puntos por lo que los entrevistados en general están de acuerdo con el apoyo emocional que brinda el personal de salud a sus pacientes.

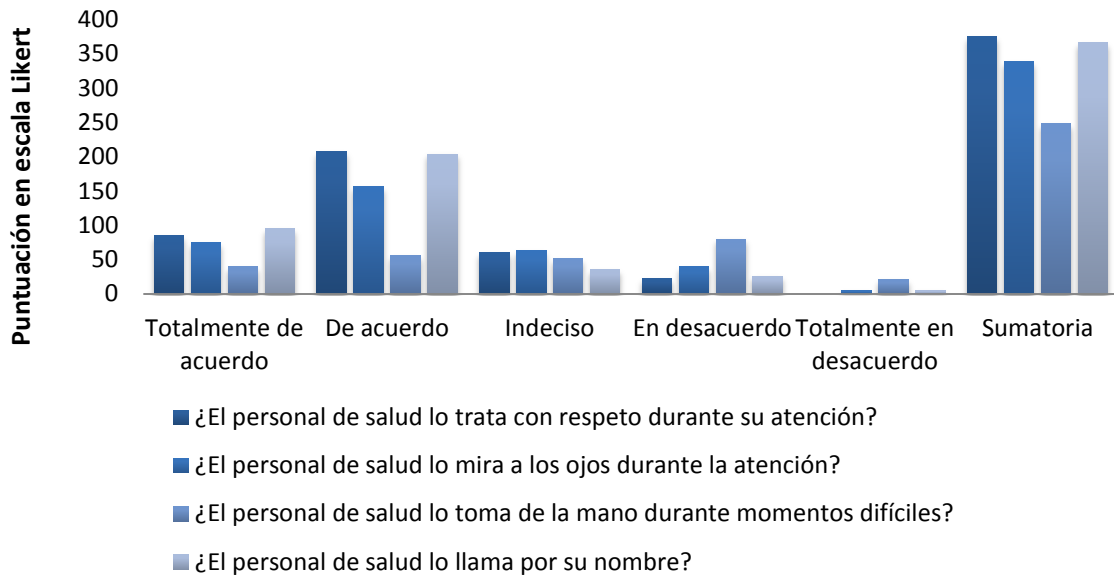


Figura N°6. Distribución de la población entrevistada según humanización del cuidado según actitudes del personal de salud, distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La mayoría de los integrantes de la población muestra, 61 individuos de 100 indican estar en desacuerdo con la consulta sobre si el personal de salud toma de la mano al paciente durante momentos difíciles, otros 17 entrevistados indican indecisión, y solamente 22 se muestran de acuerdo con la afirmación, al finalizar el puntaje acumulado total no supera los 250 puntos y recibe una calificación de regular.

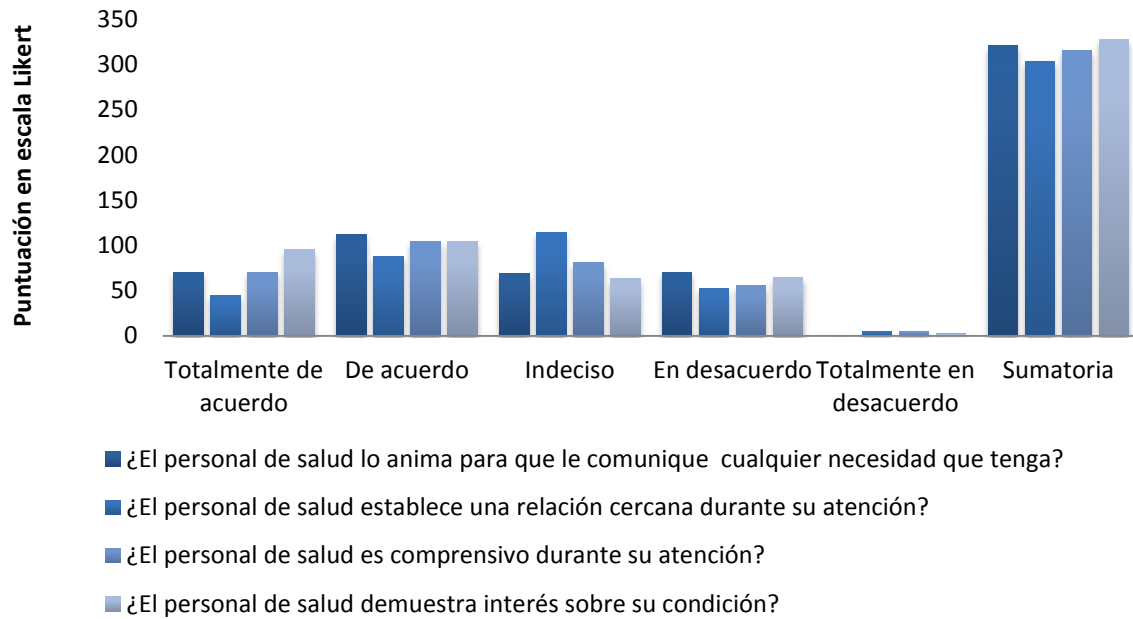


Figura N°7. Distribución de la población entrevistada según humanización del cuidado según actitudes del personal de salud, distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La consulta realizada en el instrumento sobre sí el personal de salud logra construir una relación cercana con el usuario durante la atención, alcanza la calificación de bueno con apenas 304 puntos de 500 posibles, 31 de los entrevistados están en desacuerdo con la afirmación, 22 están de acuerdo, 9 están totalmente de acuerdo y hay 38 indecisos, esto representa puntajes en la escala propuesta de 57, 88, 45 y 114 puntos respectivamente.

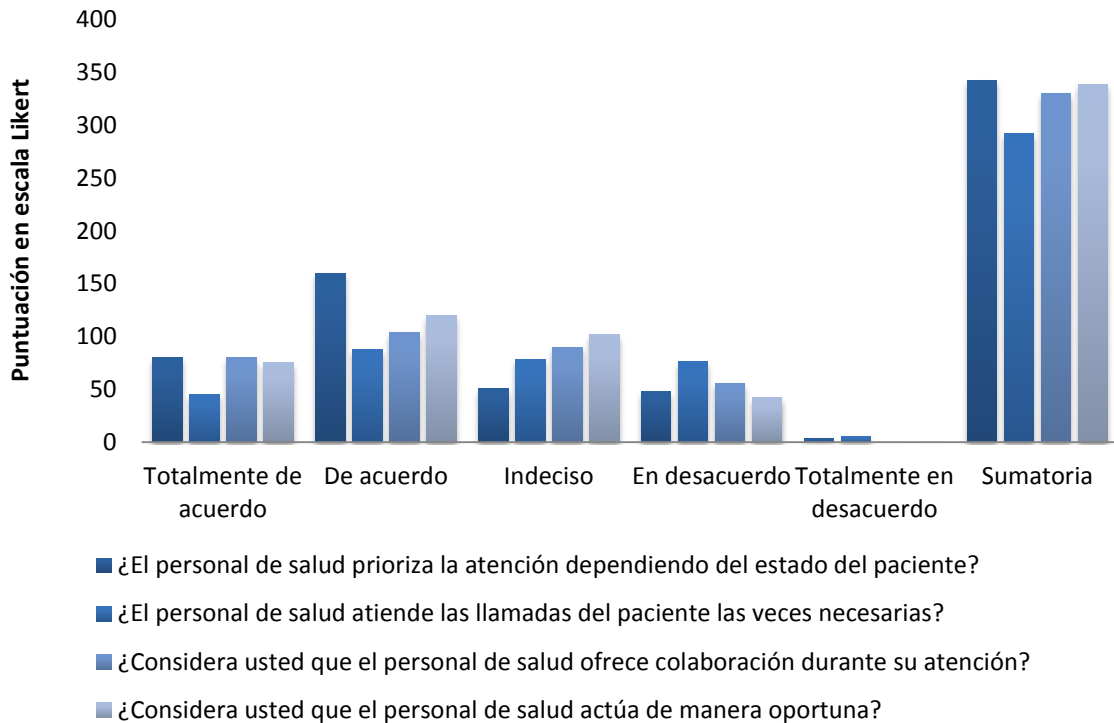


Figura N°8. Distribución de la población entrevistada según humanización del cuidado según labores realizadas por el personal de salud, distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Los consultados por el instrumento califican como regular la afirmación de que el personal de salud atiende las llamadas del paciente las veces necesarias, la afirmación solamente alcanza los 292 puntos en la escala acumulada total, en este caso 133 puntos corresponden a afirmaciones positivas representando a 31 entrevistados, 78 puntos de 26 indecisos y únicamente 81 puntos de personas que indican estar en desacuerdo con la afirmación.

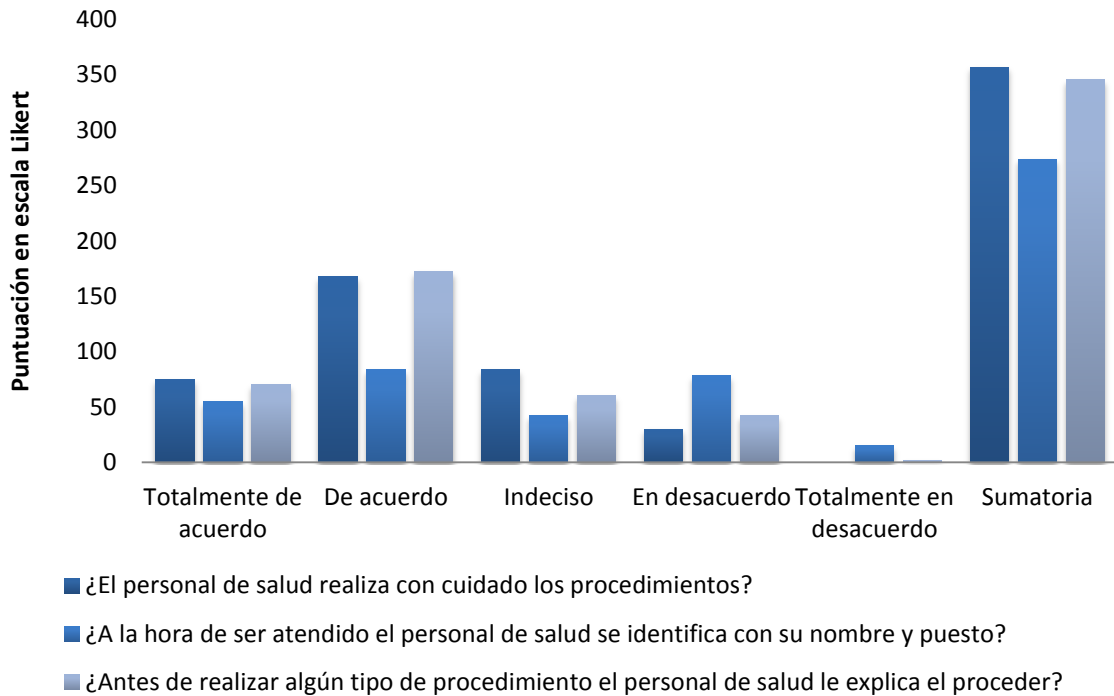


Figura N° 9. Distribución de la población entrevistada según humanización del cuidado según labores realizadas por el personal de salud, distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La consulta sobre sí el personal de salud se identifica con su nombre y puesto recibe solamente 274 puntos en la escala acumulada alcanzando la calificación de regular, donde 54 de los encuestados están en alguna medida en desacuerdo con la afirmación representando solamente 93 puntos, con 42 puntos de 14 encuestados indecisos y otros 32 entrevistados que responden positivamente a la afirmación representando 139 puntos.

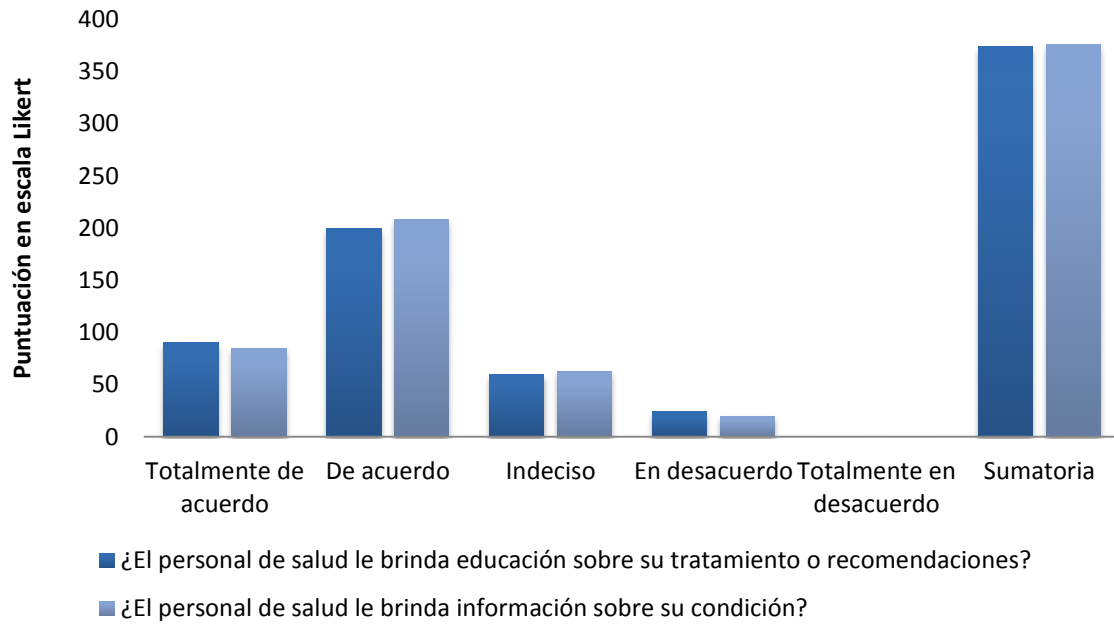


Figura N°10. Distribución de la población entrevistada según humanización del cuidado según educación por parte del personal de salud, distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La puntuación acumulada total ante la afirmación sobre sí el personal de salud le brinda al paciente información sobre su condición, es de 376 puntos, la afirmación recibe la calificación de buena y está construida con 293 puntos de 69 encuestados que responden positivamente, 63 puntos de 23 indecisos y 20 puntos de 10 personas en desacuerdo.

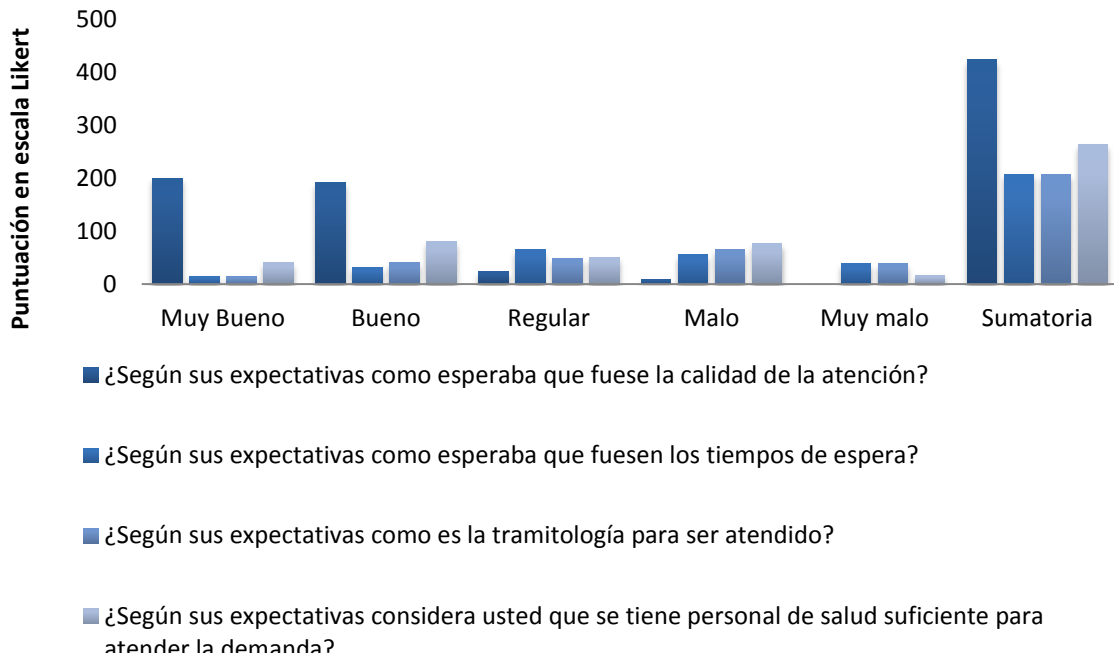


Figura N°11. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre el acceso a los servicios de salud, distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Las expectativas de los usuarios con respecto a la tramitología para ser atendido en el centro de salud reciben una calificación de regular con apenas 207 puntos en la escala acumulada, solamente, 13 personas indican tener expectativas positivas de los trámites a realizar para ser atendido, mientras que 71 individuos encuestados indican que sus expectativas son negativas, con solo 16 indecisos. De forma semejante, las expectativas de los usuarios con respecto a los tiempos de espera también son calificadas como regulares logrando apenas 208 puntos en la escala acumulada de Likert.

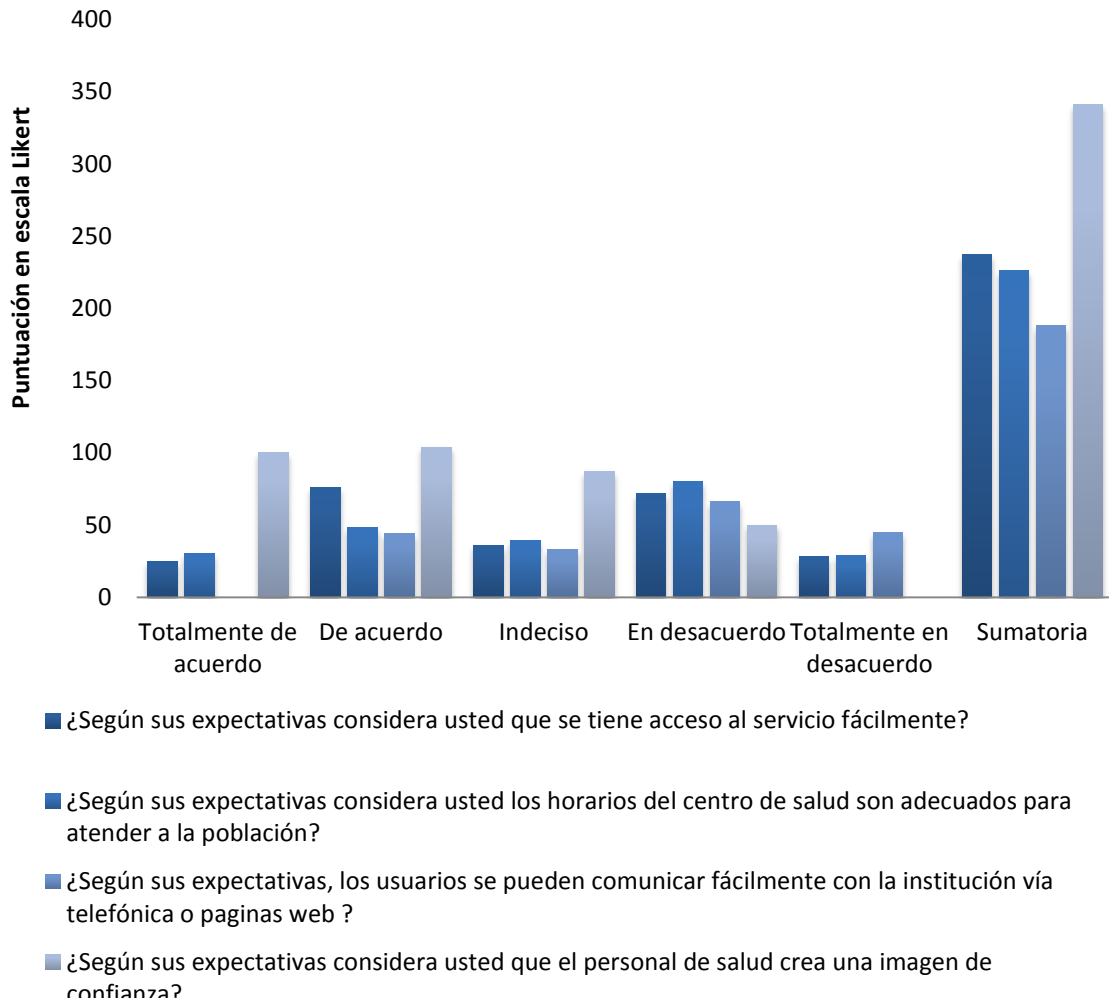


Figura N°12. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre el acceso a los servicios de salud, distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La consulta sobre las expectativas de comunicarse con la institución de salud por vía telefónica o por web pobremente recibe una calificación de 188 puntos, las expectativas de comunicación son malas con solamente 11 personas a favor, 11 indecisos y 78 entrevistados en desacuerdo, que significan puntajes en la escala desarrollada de 44, 33 y 111 puntos respectivamente.

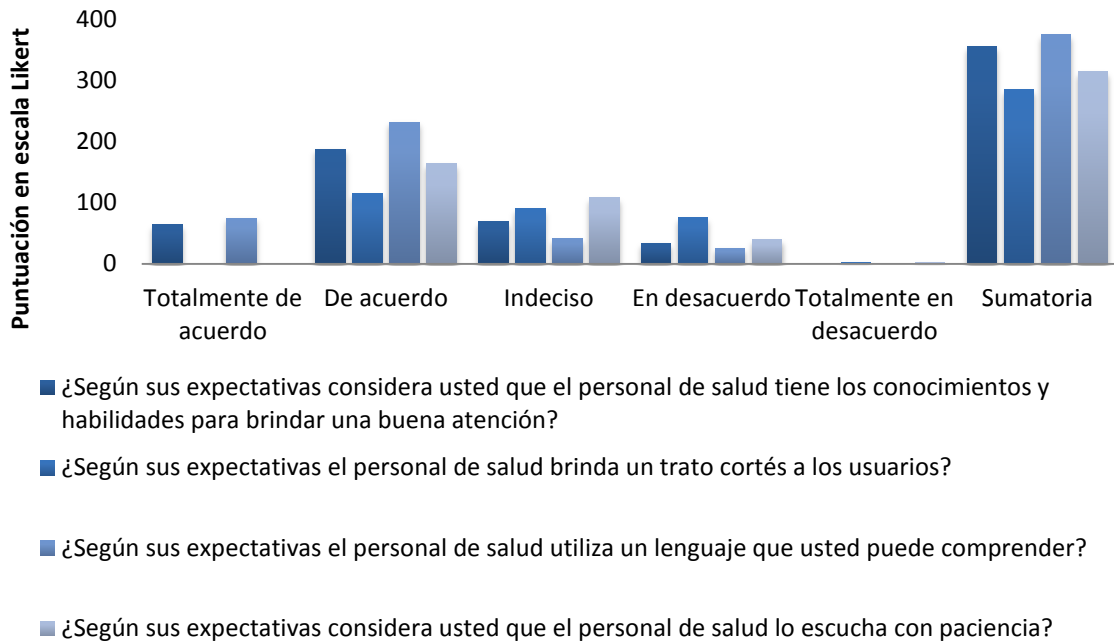
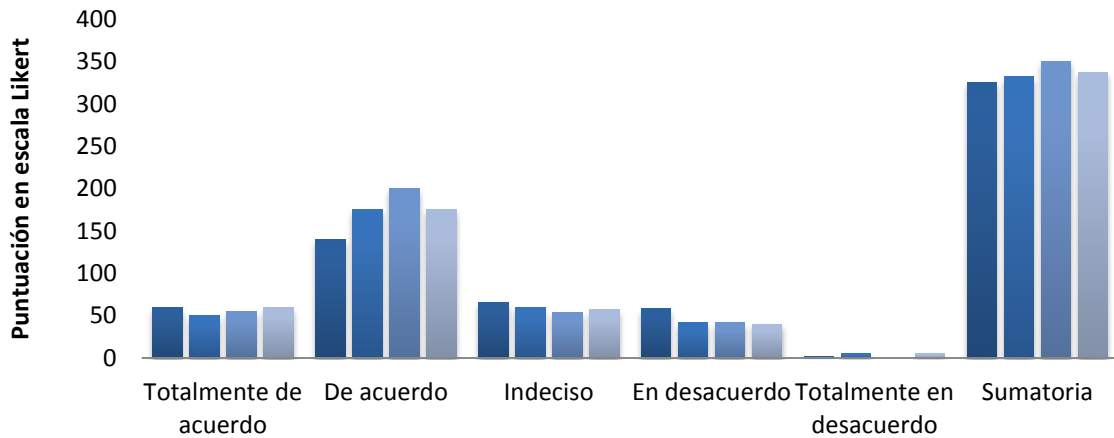


Figura N°13. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre la atención en los servicios de salud, distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Las expectativas de recibir un trato cortés durante la atención en el centro de salud fueron valoradas como regular según los individuos encuestados en el instrumento, el desglose es de 116 puntos equivalentes a 29 personas que consideran recibir un trato amable, 90 puntos provenientes de 30 encuestados que indican estar indecisos y apenas 79 puntos provenientes de la mayoría de los usuarios, 41 encuestados que manifiestan no haber recibido un trato afectuoso durante su estadía.



- ¿Según sus expectativas considera usted que el centro de salud se preocupa por la seguridad de los usuarios?
- ¿Según sus expectativas considera usted que el centro de salud se preocupa por el mantenimiento de las instalaciones?
- ¿Según sus expectativas considera usted que la sala de espera es cómoda?
- ¿Según sus expectativas considera usted que en los espacios de atención hay privacidad?

Figura N°14. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre las instalaciones de los servicios de salud, distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Las expectativas de los entrevistados con respecto al interés del centro de salud en la seguridad de los usuarios reciben un puntaje total de 326 lo cual indica que el usuario en general está de acuerdo con la seguridad brindada por el centro de salud, en total 12 entrevistados indican estar totalmente de acuerdo lo que representa 60 puntos, 35 individuos votaron de acuerdo para 140 puntos, 22 son indecisos lo significa 66 puntos y finalmente 31 están en desacuerdo para 60 puntos.

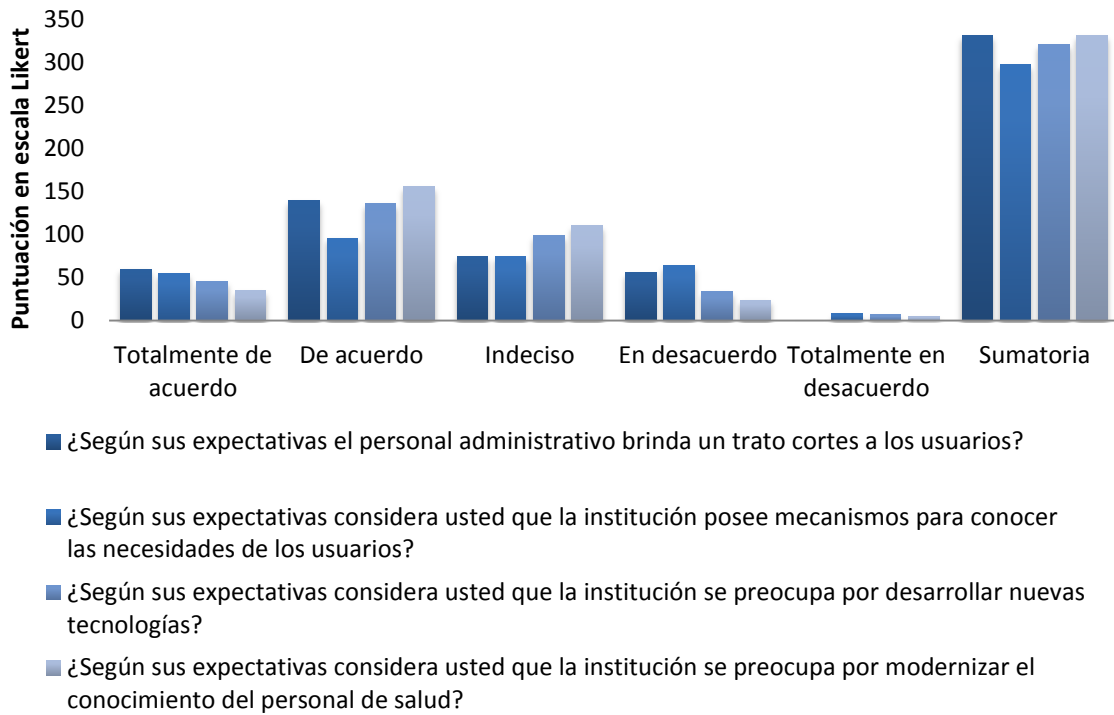


Figura N°15. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre actividades de la institución, distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La mayoría de la población entrevistada dice estar de acuerdo con la afirmación de que el centro de salud se preocupa por modernizar los conocimientos del personal, los usuarios aseguran tener expectativas positivas para un puntaje de 331 puntos en la escala acumulada, 46 de los encuestados indican estar de acuerdo con la afirmación para 151 puntos, 37 son indecisos para 111 puntos, y 17 están en desacuerdo lo que representa 29 puntos.

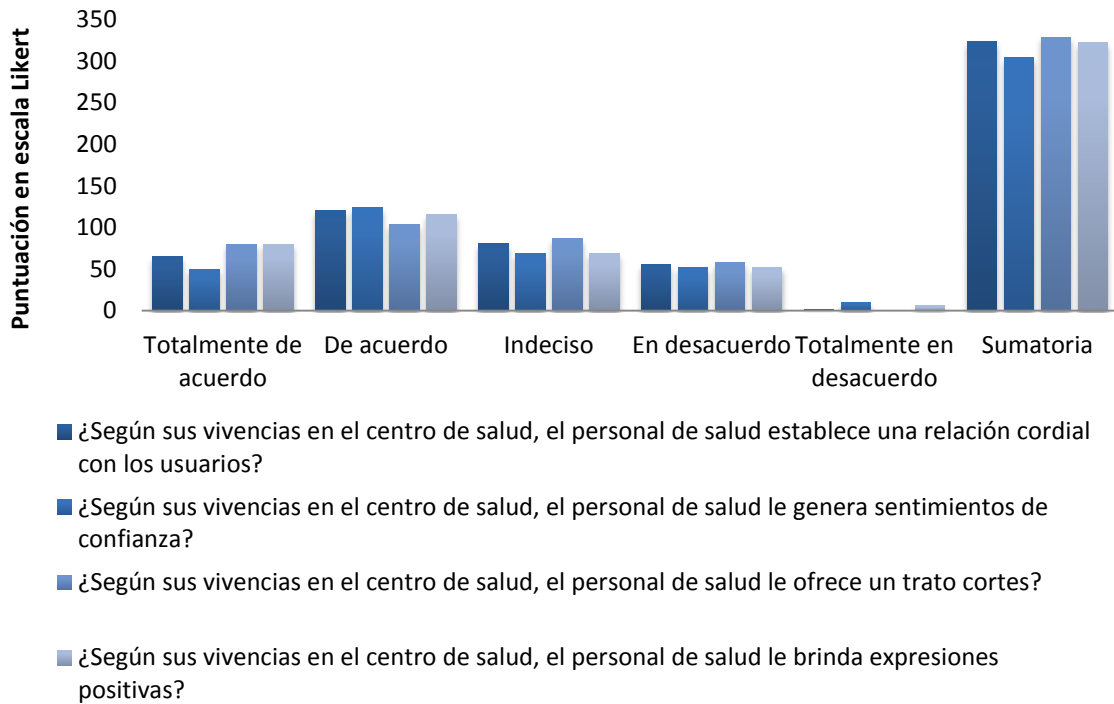


Figura N° 16. Distribución de la población entrevistada según vivencias de los usuarios durante la atención, distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

Las distribuciones de los usuarios sobre sí consideran, según sus vivencias, que el personal de salud brinda expresiones positivas durante la atención, presenta 16 encuestados totalmente de acuerdo, 29 están de acuerdo, hay 23 indecisos y 32 de los entrevistados están en desacuerdo con la afirmación, el total acumulado de las respuestas sobrepasan los 300 puntos por lo cual la afirmación es aceptada como correcta.

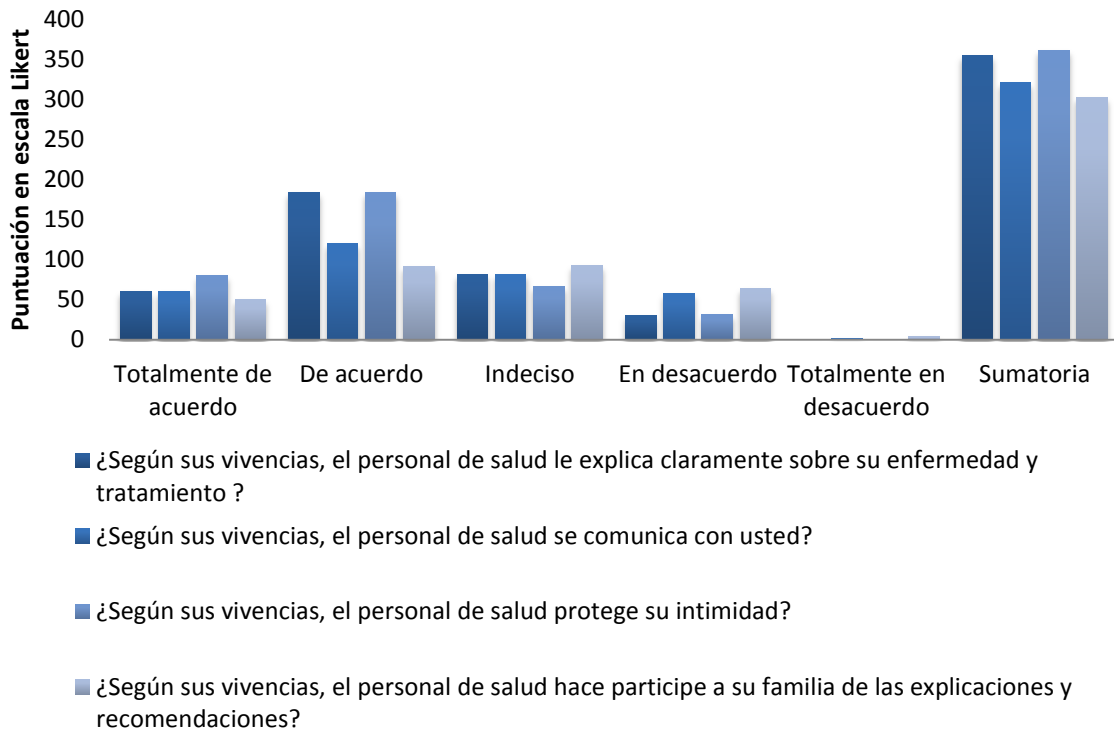


Figura N°17. Distribución de la población entrevistada según vivencias de los usuarios durante la atención, distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La consulta sobre sí el personal de salud explica claramente sobre su condición al paciente, recibe 244 puntos de 58 entrevistados que responden a la pregunta positivamente, 81 puntos provienen 27 personas indecisas y solo 30 puntos pertenecen a 15 individuos en desacuerdo, para un total de 343 puntos, con lo cual la afirmación es aceptada como buena, según sus vivencias los entrevistados están de acuerdo con la información suministrada por el personal de salud.

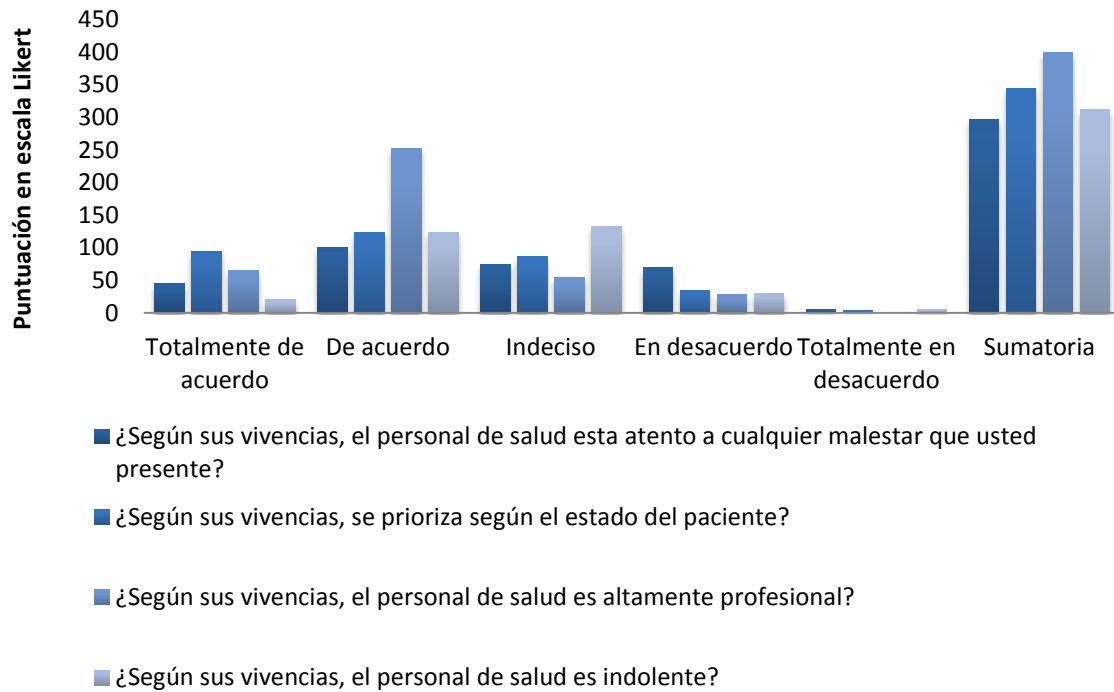


Figura N°18. Distribución de la población entrevistada según vivencias de los usuarios durante la atención, distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

La valoración que realizan los encuestados según sus vivencias sobre sí el personal de salud está siempre atento a las necesidades de sus pacientes, alcanza un nivel regular con 296 puntos, su distribución es de: 9 personas totalmente de acuerdo, 25 individuos de acuerdo, 25 indecisos, 35 en desacuerdo y 6 totalmente en desacuerdo, con puntajes de 45, 100, 75, 70 y 6 puntos respectivamente.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La población muestra de los usuarios de los servicios de salud del distrito Alajuelita en el segundo trimestre del 2018, da resultados interesantes con respecto a sus características sociodemográficas: la distribución por sexo de la muestra se encuentra repartida casi equitativamente, la mayoría de la población supera los 40 años, lo que coincide con el hecho de que el grueso de las consultas al centro de salud se realizan por motivo de citas periódicas debido a enfermedades crónicas, según la Organización Mundial de la Salud (36) estas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes, alrededor de 40 millones de personas mueren cada año a causa de enfermedades crónicas.

Cada vez se detectan más casos de este tipo de enfermedades debido a que las personas tienen un estilo de vida poco saludable: sedentarismo, tabaquismo, alimentación poco sana, falta de ejercicio, estrés, exceso de bebidas alcohólicas, lo cual trae como consecuencia el desarrollo de este tipo de males, por otra parte las personas consultan al centro de salud cuando la enfermedad ya se ha desarrollado en el organismo, es de gran importancia la educación que recibe el paciente para que este tenga los conocimientos de cómo cuidarse y la promoción de la salud a fin de que las personas entiendan los factores de riesgo asociados.

El aspecto educativo del cuidado humanizado es de gran relevancia en el tratamiento de este tipo de enfermedades, dado que son padecimientos que no tienen cura, pero, que sí se pueden controlar, sensibilizar a los pacientes sobre la importancia del autocuidado, monitoreo y

autocontrol debe ser metas del personal de salud en la relación integral con sus pacientes, se trata de acompañar al paciente con un proceso educativo exhaustivo en el cual conozca profusamente qué es la enfermedad, por qué se produce, cuáles son los síntomas que podrían indicar al paciente que está ante una descompensación, cuándo y por qué debe ir a un servicio de salud, cuáles son las complicaciones que producen estos padecimientos. El paciente necesita entender que el tratamiento farmacológico indicado por el personal médico debe ser complementado con un plan de nutrición y un programa de actividad física, el personal de salud es el encargado de que el usuario conozca estas nociones que pueden ayudarle a mejorar su calidad de vida. (37)

La mayoría de los entrevistados son asegurados asalariados, cotizan a la Caja Costarricense de Seguro Social para ser atendidos en los centros de atención. (38) En el documento se contempla que la afiliación al Seguro de Salud es obligatoria para todos los trabajadores asalariados, los trabajadores independientes y para los pensionados de los regímenes nacionales de pensión. Los datos obtenidos demuestran la universalidad del seguro de salud en la población estudiada, en la investigación no se entrevistó a ningún usuario que estuviese fuera del régimen de seguridad social.

En contraste, el Estado de la Nación 2017 (39) indica que para el año 2016 las coberturas contributivas de la población económicamente activa (PEA) en la seguridad social acumulan casi cuatro años de estancamiento y están lejos de ser universales: 65,8% para el total de la PEA, 70,2% para la PEA asalariada y 58,0% para la no asalariada. [2], esta discrepancia se

debe a que uno de los criterios de selección de la muestra es que los individuos encuestados sean de por sí usuarios de los servicios de salud estatales, lo que dificulta entrevistar a un individuo fuera del régimen de seguridad social. El grado de escolaridad de la población divide casi por la mitad a la muestra, una primera parte conformada por los encuestados que poseen secundaria completa o estudios superiores, mientras que la segunda mitad no completó la secundaria o solo tienen estudios en primaria, El (39) Estado de la Nación 2017 indica, que para la población entre 18 a 64 años en promedio la escolaridad es de 9.2 años, con 93.1% de escolaridad en primaria, 73.3% en secundaria, lo cual coincide en buena medida con los resultados del instrumento.

El instrumento utilizado para identificar el cuidado humanizado durante la atención es una adaptación del instrumento PCHE (Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería), el cual es uno de los más usados para evaluar las características de la atención de enfermería en escenarios hospitalarios. Se contemplaron las categorías sobre: sentimientos del paciente, características de la enfermera, apoyo emocional, apoyo físico, cualidades de la enfermera, proactividad, priorización del cuidado, empatía y disponibilidad para la atención.

La categoría de sentimientos del paciente considera que el primer contacto cuidador-paciente, genera una relación interpersonal progresiva, un proceso comunicativo que genera sentimientos positivos resultantes de la interacción, tales como sentirse apoyado, acogido, atendido, cuidado, informado, recibir calor humano y orientación, de este modo se consulta en el instrumento aplicado a la muestra sobre los sentimientos de confianza, seguridad y calor

humano generados durante la atención, según los resultados obtenidos en general los entrevistados se muestran de acuerdo en que el personal de salud les genera sentimientos positivos. La mayoría de los pacientes se encuentran en una posición vulnerable al tratar con el personal de salud, si existe una buena relación entre el cuidador y su paciente se asegurará un ambiente calmo y cómodo a pesar del estado frágil y en algún momento tal relación podría evolucionar hacia una amistad debido a la confianza. Para Ramírez la relación se construye luego de varias interacciones, durante la estadía del paciente en el recinto médico, lo ideal es que se desarrolle de manera lenta con el tiempo, su estructura depende principalmente de las necesidades del enfermo y las metas que se ha propuesto la enfermera. (40)

Amorín et al, (41) indica que el paciente, al ser admitido en el centro de atención es vulnerable, y trae consigo la historia de su enfermedad, una forma propia de sentirla, orientada a comprender la experiencia vivida. Los pensamientos y sentimientos orientan su comportamiento, por lo tanto, la comprensión de los sentimientos es comprender la reacción humana a lo que le rodea. El profesional de la salud debe poder reconocer la dimensión subjetiva de su paciente y avanzar hacia una práctica profesional que fomente la coexistencia armoniosa dentro de la institución de salud y desarrolle actividades que incrementen la resiliencia de los pacientes, la resiliencia es la capacidad de los seres humanos para adaptarse positivamente a situaciones adversas, es una cualidad inherente pero que se ve favorecida por factores familiares, comunitarios y culturales.

Los encuestados en general indican sentirse seguros con el personal de salud, este sentimiento de seguridad se refiere a la posibilidad de sufrir ante eventos adversos, Ramírez (40) define un evento adverso como el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o deterioro del estado del paciente debido a los profesionales de salud, y que no obedece a la propia enfermedad o estados subyacentes. Se toman en consideración el mal estado de las infraestructuras y los equipos, la calidad de los medicamentos, la irregularidad en el suministro, las deficiencias en la eliminación de desechos y en el control de las infecciones, la deficiente actuación del personal por falta de motivación o conocimientos insuficientes. Según los resultados, los usuarios están de acuerdo en que el personal de salud realiza los procedimientos con la técnica adecuada, los diagnósticos son acertados, las dosis y los medicamentos son los correctos, y se realiza todo lo posible para contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente.

Llanes Betancourt (42) enuncia que no hacer daño es el principio primero y esencial del código hipocrático, y por extensión de todas las actuaciones relacionadas con el mundo sanitario. La Seguridad del Paciente, también llamada Seguridad Clínica, es un componente transversal crítico de la calidad asistencial. Los eventos adversos pueden generarse debido a un factor humano o al mismo sistema de salud. El primero es originado por los actos inseguros y la violación de los procedimientos que el personal del equipo de salud comete debido al cansancio, estrés, falta de motivación, de atención, sobrecarga o insatisfacción laboral y negligencia.

Algunas recomendaciones para minimizar los errores son: evitar la dependencia de la memoria, simplificar y estandarizar en actividades que lo permitan, utilizar protocolos y listas de verificación, mejorar el acceso a la información, reducir en alguna medida los traslados y cambios de servicio a los pacientes, mejorar la retroalimentación, evitar la sobrecarga de trabajo, turnos muy prolongados, realizar análisis de errores cometidos y lecciones aprendidas, entrenar a los funcionarios en los sistemas de información sanitaria. (43)

El factor del Sistema (44) incluye aspectos como formación y especialización del personal de salud, cantidad de personal adecuado para satisfacer las necesidades de los pacientes a pie de cama, enfermeras especialistas que maximicen su vigilancia ante errores médicos y que puedan identificar, prevenir e intervenir adecuadamente y evitar un evento adverso o un fallo de rescate. La seguridad de los pacientes debe entenderse como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud, lo cual conforma un principio fundamental en el cuidado del individuo y un elemento crítico en los procesos de gestión de calidad.

La calidez en la atención fue también calificada como buena en el cuestionario, esta se define como un fenómeno subjetivo y fundamental sujeto de contagio, que fluye entre una persona y otra, y ante una persona enferma o vulnerable, este flujo puede ser un factor que favorezca el ánimo y la recuperación del paciente. (40) En cuanto a si el personal de salud es agradable los encuestados estuvieron de acuerdo, el personal les genera sentimientos positivos, la interacción es agradable, amigable, respetuosa, y con trato amable.

Romero (45) menciona que mejorar la calidez en la atención de un paciente es significativo dado que influye directamente en el grado de satisfacción del usuario, la calidez se manifiesta en actitudes ya sean verbales, o no verbales. Comportamientos tales como: saludar, presentarse, utilizar un tono de voz suave y firme, responder dudas, tener respeto por los valores y creencias de los demás, mantener tiempos de respuesta prudentes, demostrar amabilidad y delicadeza en el trato, manifestar confianza y sentimientos desinteresados, estar atento para ayudar a expresar y escuchar sentimientos, fomentar el diálogo con un lenguaje claro, demostrar cortesía, cariño y simpatía, cumplir las promesas y evocar sentimientos de confianza, accesibilidad, credibilidad, demostrar interés, transmitir un mensaje realista pero positivo, compartir conocimientos y sentimientos son sólo algunos ejemplos de actitudes verbales que demuestran calidez en el ejercicio profesional. Actividades no verbales tales como: sonreír, mantener contacto visual, gesticular y acompañar una explicación con movimientos de manos y corporales, contactar con las manos en sentido de apoyo, colocarse a la altura del paciente, mantener una postura ligeramente inclinada, conversar a una distancia menor a un metro, actuar con sigilo con cuidado de no molestar ni hacer ruido son también actividades que demuestran calidez en el trato y son altamente valoradas por los pacientes.

Las características de la enfermera también son tratadas en el cuestionario, se le consulta a los encuestados sobre si el personal de salud es activo, flexible y eficiente, se obtiene que los usuarios están de acuerdo con las afirmaciones, el personal de salud es activo, tiene las habilidades necesarias para resolver los problemas y mejor aún, anticiparlos para evitar situaciones difíciles, es flexible, a menudo tiene que trabajar fuera de su horario establecido, atender a un paciente necesitado de manera oportuna o realizar funciones que no le corresponden pero que son esenciales para el bienestar de los usuarios, es eficiente cuando presta atención a los pequeños detalles, cuando cuida todos los pasos de sus procedimientos y está preparado para lo inesperado y mantiene la cabeza fría en una crisis.

Mora define las cualidades como: sólidas habilidades de comunicación, saber cuándo hablar y escuchar, estabilidad emocional ante situaciones difíciles incluso en casos de muerte y sufrimiento, empatía por el dolor de los pacientes, flexibilidad en cuanto a sus horarios, funciones y responsabilidades, prestar gran atención al detalle tanto de sus funciones como en las de sus colegas y del resto del personal de salud, buenas habilidades interpersonales para tratar con médicos y pacientes, resistencia física que le permita estar de pie mucho tiempo, mover a pacientes y traer materiales, detectar problemas y anticiparlos, responder rápida y adecuadamente ante situaciones inesperadas y un profundo respeto por sus pacientes y el valor de su profesión, estas son condiciones de un gran impacto positivo en la calidad de la atención y en el cuidado humanizado que perciben los usuarios. (46)

La categoría de apoyo emocional cuyo objetivo central es lograr que el paciente asuma una posición activa ante su estado y tratamiento es calificada como adecuada por los individuos encuestados, se les solicita a los entrevistados indicar si el personal de salud les brinda apoyo emocional, si es considerado, con expresiones positivas, si escucha con atención y si no tiene prejuicios al realizar sus labores, los encuestados están positivamente de acuerdo con las cinco afirmaciones.

García (47) realiza una investigación que lleva por título Manejo de las Necesidades Emocionales y Espirituales de los Pacientes Hospitalizados, el cual tiene como objetivo identificar el manejo de las necesidades emocionales y espirituales del paciente hospitalizado por parte de las enfermeras del Hospital Central de Maracay, se concluye que las enfermeras participan poco en la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes y que falta interrelación entre la enfermera y el paciente, esto trae como consecuencia que las enfermeras no visualicen o no se percaten de que el paciente es un ente con emociones y manifestaciones espirituales. El apoyo emocional según los elementos del cuidado de Watson implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz, valores que fomentan una relación de confianza, que promueve la expresión de sentimientos positivos y negativos, el paciente puede confiar sus sentimientos a su cuidador, ya sean tristezas o alegrías, en una interacción terapéutica.

Miranda menciona (48) que desarrollar un apoyo emocional de calidad, es necesario que los profesionales de salud sean buenos oyentes, atentos y dispuestos a tocar y a confortar a los pacientes, requiere de un alto nivel de sensibilidad para interpretar las manifestaciones verbales y no verbales, estas manifestaciones posibilitan identificar cómo el paciente percibe la enfermedad, el proceso de atención y el tratamiento. El apoyo emocional en los pacientes conlleva a que estos puedan expresar sus miedos, ansiedades y expectativas, lo que a su vez influye positivamente en el proceso de recuperación.

Cortés refiere que el personal de salud es considerado cuando brinda un trato digno respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales, con acato a su intimidad y pudor, independientemente, de su edad, género, y circunstancias personales. (49) Es de gran importancia que el personal de salud brinde respeto a sus pacientes tanto en sus actitudes como en sus habilidades emocionales, esto va a depender del éxito de su labor, lo anterior permite una relación de confianza donde resulta más fácil identificar las necesidades que afronta el paciente.

El personal de salud es considerado cuando: reflexiona sobre la situación de sus pacientes procurando analizar el punto de vista de estos, cuando se anticipa a las necesidades de los demás, tiene cuidado de no hacer ruido cuando sus pacientes descansan, toma en cuenta la situación económica, familiar, social de sus pacientes, escoge los momentos adecuados para decir una mala noticia, para retroalimentar negativamente a un colega, cuando elige sus

palabras cuidadosamente, es agradecido y se disculpa cuando comete un error, es activo cuando alguien necesita ayuda, tiene buenos modales, es puntual y aseado en su trabajo.(50)

Las expresiones positivas también son calificadas como buenas en las entrevistas, estas incluyen habilidades como sonreír, interpretar los gestos del paciente, fomentar el diálogo, ser asertivo, generar confianza, dar seguridad, y brindar apoyo afectivo. El personal de salud no siempre utiliza habilidades y destrezas de comunicación interpersonal para relacionarse con sus pacientes. El éxito o fracaso de cualquier tipo de atención en salud depende de las habilidades y destrezas de comunicación interpersonal que los profesionales de salud puedan tener para proporcionar un adecuado servicio a los pacientes. (51)

La escucha activa también es una habilidad de comunicación interpersonal, básicamente consiste en prestar atención no sólo al contenido de un mensaje, sino a los elementos no verbales y paraverbales, mirar a la persona, dedicarle tiempo y demostrar interés por sus opiniones. Para ofrecer calidad en la atención y ayudar a que los pacientes puedan expresar sus problemas y encontrar las soluciones, los profesionales de salud deben saber utilizar algunas habilidades y destrezas de comunicación interpersonal. Habilidades de comunicación interpersonal tales como: interpretar el silencio, saber respetar las pausas que hacen los pacientes, aclarar o realizar una pregunta para comprender mejor algún aspecto de una situación expuesta, parafrasear las ideas expuestas por el paciente con las propias palabras del profesional de salud, reflejar, que es la repetición del mensaje de un paciente donde este describe sus sentimientos, realizar preguntas abiertas y de sondeo que permiten a los pacientes

expresar y explorar sus ideas, resumir, donde el personal de salud responde a los temas expuestos por el paciente agrupando los temas que se han presentado.(51)

La pregunta sobre si el personal de salud actúa sin prejuicios también recibe una puntuación positiva en los resultados del instrumento, según (23) el principio de igualdad del Seguro Social no podrá hacerse discriminación alguna por razones económicas, étnicas, religiosas, ideológicas, y de ninguna otra naturaleza que ofenda la dignidad humana durante la atención en un centro de salud, según la Organización Mundial de la Salud, La discriminación en la atención sanitaria está tristemente extendida en todo el mundo y adopta muchas formas. Supone una violación de los derechos humanos más fundamentales y afecta tanto a los usuarios de los servicios de salud como a los trabajadores sanitarios, sobre la base de cuestiones como el origen étnico, la orientación sexual, los estereotipos de género nocivos, la situación de asilo o migración, los antecedentes penales y otros prejuicios y prácticas. (52)

Los profesionales de la salud deben contar con protocolos que refuercen su formación a fin de evitar las actitudes y las expresiones discriminatorias y para respetar la confidencialidad de los pacientes, los centros médicos deben mantener una política de cero tolerancia hacia la discriminación y deben investigar las acusaciones de discriminación, también fomentar campañas de prevención e información del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) sobre salud sexual y reproductiva de los grupos LGT (Lesbianas, gays, bisexuales y transexuales) además de campañas de información y educación dirigidas explícitamente a promover la no discriminación, la tolerancia, la inclusión y el apoyo.

El apoyo físico es la categoría que se basa en hacer sentir bien al paciente, se consulta al grupo muestra si el personal de salud lo mira a los ojos durante la atención, si el trato es respetuoso durante la consulta, y si se tiene cuidado al realizar los procedimientos, las tres afirmaciones son recibidas positivamente, en esta categoría lo más importante es proteger la dignidad del paciente, cubrir las necesidades físicas, ayudarlo a manejar el dolor y contribuir con la comodidad física y de su privacidad. Cortés (49) en su investigación analiza la relación entre el paciente y el profesional de salud, atendiendo a las miradas mutuas entre ambos, la investigación concluye que no mirar a los ojos del paciente despersonaliza la relación y se pierde una parte esencial del proceso de comunicación, una parte no verbal importante en la transmisión de emociones y sentimientos. Los pacientes al encontrarse en una situación de vulnerabilidad donde su autonomía e independencia se ven truncadas por una enfermedad sufren no sólo por la enfermedad misma si no por los sentimientos de vergüenza, el miedo a hacer el ridículo y la indefensión que los embarga, los cuidadores deben acercarse en tales momentos, ganar la confianza de los pacientes a base de actuaciones y comportamientos que demuestren a los pacientes que sus limitaciones no son vergonzosas por sí mismas y está bien depender de otros, es muy importante para una persona en una condición de fragilidad el sentirse respetado.

Al cuidador le corresponde satisfacer las necesidades físicas y emocionales del paciente, y ayudar a manejar las preguntas que lo agobian, el proceso comunicativo (53) ayuda a reducir el sufrimiento de las familias y contribuye al bienestar del paciente, ya que la comunicación juega un papel fundamental en la calidad de vida de los enfermos y familiares en particular. En estos casos la comunicación aparece como el vehículo de transmisión del apoyo social y

del apoyo emocional hacia el paciente y familia, ya que es un elemento facilitador y esencial del afrontamiento de una enfermedad.

La categoría de sí el personal de salud lo toma de la mano durante los momentos difíciles, apenas recibe una calificación de regular en los resultados obtenidos por el instrumento, tomar a una persona de la mano en tales circunstancias es un gesto pequeño, pero de relevancia para la persona enferma, la idea es demostrar comprensión y apoyo en su condición, y hacerle saber al paciente que no se encuentra solo en los momentos duros. La calificación de regular puede deberse a que las personas encuestadas no se encuentran en una condición paliativa ni muy grave y el gesto involucra una relación de alta confianza que es difícil de lograr. El contacto físico con el afectado indica proximidad y confianza cuando esto es recíproco, permite transmitir el mensaje de alivio a quien está en medio de la duda, la soledad y el miedo. Si es en una sola dirección esto refleja distancia. (53)

La categoría de cualidades del hacer de la enfermera incluye consultas referentes a la información y educación que requiere el paciente para atender su situación, se consulta a los encuestados sí el personal de salud les brinda educación y recomendaciones sobre su tratamiento y sobre sí se les proporciona información acerca de su condición, si se propicia el diálogo y la comunicación, las cuatro afirmaciones son positivas según los resultados. A los pacientes se les debe informar la razón de la necesidad de practicar exámenes diagnósticos, comunicarles los horarios de los estudios y la preparación necesaria, el tipo de tratamiento indicado, las dosis de los medicamentos que van a ser utilizados y el horario de

administración, el curso de su enfermedad, el resultado de los exámenes practicados y las alternativas de tratamiento a fin de que pueda valorar con base en los riesgos y beneficios, se debe informar al paciente y a sus familiares de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, y tal información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana.

Rivares et al, (54) coinciden que el paciente cumple mejor y con más facilidad el tratamiento farmacológico si mantiene una buena relación con el equipo de salud y participa en la planificación de su propio tratamiento, asumiendo la responsabilidad e interés en cumplir con las indicaciones prescritas y recibiendo los conocimientos necesarios acerca de su enfermedad. García Luna en su estudio Apoyo Emocional y Psicológico indica que hay que tener en cuenta que la comunicación es una herramienta terapéutica esencial que da acceso al estado de autonomía, al consentimiento informado, a la confianza mutua, a la información y seguridad que el enfermo necesita, también permite la coordinación efectiva entre el equipo terapéutico, el afectado y la familia. (53)

La categoría de pro-actividad, en donde se hace referencia a los comportamientos que se deben realizar para evitar posibles complicaciones, incluye consultas a la población muestra sobre si el personal de salud le explica los procedimientos antes de realizarlos, y si se le impulsa a comunicar cualquier necesidad, ambas afirmaciones son calificadas correctamente por los encuestados, la proactividad implica no solamente tomar la iniciativa, sino asumir la responsabilidad de hacer que las cosas sucedan, tomar decisiones de lo que se necesita hacer y

cómo realizarlo, Sánchez et al, (55) en 2015 indica que los integrantes de los equipos de salud deben entender que las acciones realizadas de manera proactiva pueden repercutir positivamente en diversas áreas relacionadas con la gestión del cuidado, en aspectos como el organizacional, el del usuario, el equipo de trabajo e individualmente. El estudio contribuye con una reflexión sobre las conductas del enfermero, señalando a la proactividad como impulsor del desarrollo organizacional, como oportunidad para ir más allá de la enfermedad, como fomento a la cooperación, liderazgo y aprendizaje en equipo y a la realización y reconocimiento en el trabajo, permitiendo el desarrollo de mejores prácticas en la gestión del cuidado.

El cuestionamiento de sí el personal de salud se presenta con su nombre y puesto al iniciar la atención, solamente, obtiene una puntuación de nivel regular en los resultados del sondeo, presentarse es el primer paso para generar una comunicación de confianza y seguridad, el equipo de salud debe de esforzarse por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza, también al paciente hay que dirigírsele por su nombre, sin diminutivos, ni familiaridades.

Malla (56) realiza un estudio sobre la importancia del primer contacto entre el paciente y el personal de salud, donde este comienza con el saludo que debe tener un contenido de contacto físico, a la vez que se da el saludo se le mira a los ojos, es decir, se realiza un contacto visual que se prolonga desde que el paciente entra al consultorio, la mirada debe ser serena, directa y

seguida de un gesto de confianza y una sonrisa, ya que tanto la mirada como la sonrisa cumplen un papel importante para generar confianza y seguridad en el paciente.

La categoría de priorizar al ser cuidado circunscribe cómo el profesional de salud debe tratar a los pacientes como seres únicos, priorizar los cuidados, atender a cada una de las llamadas del paciente las veces que sea necesario, es de gran importancia en tales casos llamar a cada paciente por su nombre, puesto que esto les otorga singularidad y los hace sentir que no son otro paciente más en una serie de cientos. La consulta sobre priorización del cuidado recibe un puntaje de “bueno” en los resultados del instrumento, Malla (56) refiere que el enfermero del triaje es el primer miembro del personal sanitario que establece contacto con los pacientes, la clasificación de estos se ha de hacer en un tiempo corto, de forma ágil y efectiva, para poder garantizar su seguridad mientras esperan para ser atendidos por el médico, los más urgentes serán asistidos los primeros, y el resto serán reevaluados de forma continua hasta ser atendidos por el equipo médico. Otra forma de analizar la priorización del cuidado es con respecto a la administración del sistema de salud que en muchas oportunidades conlleva una mecánica muy compleja, con principios de alta burocracia, centralización y excesiva división de tareas que pueden complicar las actividades para una gestión del cuidado exitosa, el profesional de la salud debe dar prioridad a la persona antes que a las rutinas de la administración.

El cuestionamiento sobre si el personal de salud atiende las llamadas de los pacientes las veces necesarias, apenas califica como regular en la escala de resultados, el personal de salud debe estar siempre atento a las necesidades del paciente y debe de poder responder ante las mismas,

necesita tener voluntad para atender, ya sea que se encuentre ante casos como el aseo a los pacientes, algo indispensable para fortalecer el espíritu de una persona enferma, o cómo administrar los medicamentos adecuadamente, en el momento oportuno. Los pacientes sienten incomodidad cuando tienen que demandar que se les atiendan sus necesidades básicas, o más grave aún, cuando sienten malestar o dolor y no se les presta atención. Según el estudio “¿Qué es trato digno para los pacientes?” en Chile para el año 2013 la atención oportuna (57) en términos globales se asocia a tres variables principales: la posibilidad de ser atendido cuando lo requiere el paciente, tener acceso a las prestaciones que necesita y tiempos razonables de espera, ya sea una lista de espera para hospitalizarse o realizar un procedimiento, horas de especialistas, puntualidad en la atención, y el tiempo que le dedica el médico en la consulta.

La cuestión sobre sí el personal de salud se refiere al paciente por su nombre, obtiene una valoración de bueno en el instrumento, el significado que le asignan los pacientes a este aspecto, quienes lo perciben como algo que es más que su identificación, sino que simbólicamente el paciente ve reducida su ansiedad, sienten que lo acogen, que lo quieren y que se preocupan por él, este componente aunque muy básico debe ser parte de los protocolos que deben aplicar las instituciones de salud en su práctica cotidiana. Díaz (58) indica que el cuidado del enfermo se fundamenta en una relación personal, más bien interpersonal, es decir, un encuentro entre dos personas, con igual dignidad y valor y resalta la cualidad de igualdad, para aclarar que tener una mejor salud no lo hace una persona mejor o más digna. El hecho de llamar a alguien por su nombre rescata su identidad, es fundamental recordar este dato dado que las personas no son sus enfermedades, sino enfermos debido a estas.

La categoría de empatía se define, según Triana (30) la define como la capacidad que tiene el ser humano para conectarse a otra persona, responder adecuadamente a las necesidades del otro, y compartir sus sentimientos e ideas de tal manera que se logra una identificación capaz de sostener una relación terapéutica. Se cuestionó a los entrevistados sobre si el personal de salud logra establecer una relación cercana con sus pacientes, la afirmación alcanza el nivel de bueno en los resultados obtenidos, una relación cercana implica ser animado por el personal de salud, aún en los momentos más difíciles de la enfermedad, recibir buen trato, mantener relaciones sociales que permitieran expresar sentimientos, recibir apoyo emocional, físico, y acompañar al paciente cuando lo requiera o cuando su familia esté ausente.

Las consultas sobre sí el personal de salud es comprensivo y sí demuestra interés por la condición de los pacientes presentan resultados positivos en el instrumento, es de gran importancia que el personal entienda las necesidades de los usuarios, tanto las físicas como las emocionales y espirituales y pueda tratar a los pacientes teniendo en cuenta su singularidad lo que los hace individuos únicos, sus características culturales, las creencias y costumbres de su idiosincrasia, estas son habilidades que los centros de atención deben fomentar en sus colaboradores especialmente en zonas con gran población multicultural y en regiones con tradiciones sumamente arraigadas en sus individuos a través del paso del tiempo. El respeto de la idiosincrasia del paciente y el entendimiento de su contexto social trae consigo una elección del tratamiento individualizada y adecuada a las expectativas y a las realidades de los pacientes, cuando un paciente se siente incluido en la toma de decisiones y siente que los aspectos de su vida son valorados seriamente se desarrolla una mayor afinidad con al

tratamiento y se impulsa la relación con el personal de salud responsable lo que mejora el bienestar del individuo.(58)

La clasificación del cuidado humanizado en el instrumento se completa con la categoría de disponibilidad para la atención donde se busca brindar lo mejor de sí para lograr la estabilidad del paciente, dedicándole tiempo a todo lo que lo rodea, como aplicar su medicamento a la hora exacta, identificar sus necesidades y responder con rapidez a todos sus llamados. Se interrogó a los usuarios con respecto a la disponibilidad para la atención, se les preguntó si el personal ofrece su colaboración y si actúa de forma oportuna, ambas afirmaciones fueron calificadas como correctas por los usuarios encuestados.

La mayoría de las afirmaciones sobre identificación del cuidado humanizado son calificadas como buenas (superiores a 301 puntos en la escala de Likert) en una escala que contempla muy malo, malo, regular, bueno y muy bueno, ninguna de las afirmaciones fue calificada como muy bueno, ni tampoco como malo, solamente 3 afirmaciones fueron clasificadas como de nivel regular, esta sección representa la visión global y general de los usuarios sobre la clasificación del cuidado humanizado según sus observaciones durante sus visitas al centro de atención, las expectativas y sus vivencias personales se comentan a continuación.

El Modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio es elaborado por Zeithaml, Para Suraman y Berry (59) su propósito es mejorar la calidad de prestación ofrecida por una organización, utiliza un cuestionario que evalúa la calidad de servicio a lo largo de cinco dimensiones:

fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía, elementos tangibles, el modelo se utiliza para medir lo que el cliente espera de la organización.

La categoría de fiabilidad se fundamenta en la habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma íntegra y cuidadosa, cumplir las promesas de plazos y con un interés sincero en solucionar los problemas del cliente y realizar bien el servicio la primera vez. Se cuestiona al usuario encuestado sobre sus expectativas en la calidad de la atención, la respuesta obtiene un calificación de muy bueno en la escala propuesta, los usuarios en general respetan y aceptan las decisiones del personal de salud en cuanto a la exploración diagnóstica, los tratamientos terapéuticos, rehabilitación, tratamientos farmacológicos, los procedimientos y el seguimiento de su situación a través del expediente clínico, en general el usuario reconoce la calidad técnica del centro de salud.

Malla (56) refiere que las nuevas formas de organización del trabajo, han empobrecido gradualmente los cuidados de enfermería, convirtiéndolos en actos aislados, estereotipados y casi ficticios, con efectos para los pacientes y para el cuidador, quien cada vez está menos implicado en el proceso de relación interpersonal que sustenta su profesión, donde el cuidado ha quedado reducido a la sola ejecución de técnicas. Según el autor esto explica la diferencia obtenida en los resultados del cuestionario del distrito Alajuelita, entre la calificación obtenida para la técnica (muy bueno) y la calificación general del cuidado humanizado (bueno), el sistema masivo y estandarizado propicia el desarrollo de la técnica opacando al cuidado.

La categoría de fiabilidad también incluye las expectativas del usuario en lo referente a los tiempos de espera, se obtiene como respuesta general que los tiempos de espera son calificados como regulares y por poco malos según Gutiérrez et al, (60) la persistencia de los tiempos y listas de espera constituye uno de los aspectos de mayor relevancia en la gestión de las organizaciones públicas de salud, la continuidad de esta problemática supone cuestionar las bases de legitimación del seguro público de carácter universal y solidario, este cuestionamiento introduce un mayor grado de complejidad a la gestión pública, la evidencia internacional pone de manifiesto que los más pobres tienden a esperar más que los no pobres, es decir, erosiona la base de equidad y solidaridad en lo que se fundamentan los sistemas nacionales de salud. La excesiva burocracia, la falta de adecuación en los turnos de atención, anudados al envejecimiento de las instalaciones, se convierten en grandes desafíos por solventar a fin de preservar el Seguro Social, una institución vital para la sociedad costarricense.

La Caja Costarricense de Seguro Social ha realizado avances importantes en los últimos años para reducir las listas de espera a nivel hospitalario, a fin de que después de las cuatro de la tarde los centros sean algo más que solo atención de emergencias, la apertura de segundos turnos y jornadas de trabajo en horario vespertino, en hospitales nacionales, regionales y locales de la Caja Costarricense de Seguro Social han ayudado para acelerar la atención médica y quirúrgica en las distintas especialidades, sin embargo, aún falta mucho por avanzar en este aspecto en muchas áreas de salud a nivel nacional. (61)

La categoría de capacidad de respuesta, consulta a los encuestados en el instrumento que esperar de la tramitología para ser atendido, y también sí el personal es suficiente para atender la demanda, la respuesta es apenas de regular en las dos afirmaciones, en cuanto a la facilidad de acceso al servicio y sí los horarios de atención son adecuados se reciben nuevamente respuestas regulares de los entrevistados. Gutiérrez et al, indica (60) que existe un exorbitante gasto en remuneraciones extraordinarias y disponibilidades que podría aprovecharse para abrir un segundo turno de atención en muchos centros de salud estatales, con el beneficio de reducir las listas de espera y de brindar mejor atención y aunque la necesidad del segundo turno es obvia, se estrella con intereses particulares. Por otra parte, el país carece de especialistas en diversas áreas y hay una gran necesidad de reducir el personal administrativo, cuyas funciones a menudo se duplican y en otros casos son altamente ineficientes. La implementación de horarios vespertinos en las unidades de salud y EBAIS facilitarían la atención especialmente de los trabajadores que tiene muchas dificultades para asistir a los servicios de salud en el horario comprendido entre 7 de la mañana y 4 de la tarde que es el horario convencional de los EBAIS y clínicas locales.

La comunicación con la institución vía telefónica o mediante la web obtiene la primera calificación de malo en el instrumento, los usuarios indican no estar conformes con el servicio de call center para obtener cita, también la imposibilidad para obtener cita con varios días de antelación, sino, que solamente se otorgan en las primeras horas de la mañana y exclusivamente para el mismo día o el día siguiente por lo cual no se satisface la demanda, la falta de citas disponibles ya sea por teléfono o por Internet, la falta de promoción y

desconocimiento de los servicios en línea, son algunas de las razones de la baja calificación en el cuestionario.

El informe anual de labores 2016-2017 de la Defensoría de los Habitantes indica que La Caja Costarricense de Seguro Social es la institución pública que motiva más denuncias o consultas ante la Defensoría. El total de solicitudes de intervención atendidas en el 2016 alcanzó los 22.887, lo cual representa el 23.77% de las intervenciones, esto incluye problemas de atención en hospitales, EBAIS, clínicas y demás entidades dependientes, que se encargan de brindar un servicio de salud. El informe de labores 2016-2017 analiza los avances e incumplimientos según las recomendaciones de los comités de derechos humanos de Naciones Unidas, algunas de esas recomendaciones son: asegurar la universalización de la seguridad social, reducir las listas de espera en los servicios de salud, así como la necesidad mantener un adecuado equipamiento y personal necesario para la prestación de servicios salud.(62)

La categoría de seguridad consulta a los usuarios sus expectativas respecto a la imagen de confianza que proyecta la institución, la respuesta es buena, Gutiérrez et al., (60) manifiesta que la confianza institucional se relaciona en mayor medida con el buen desempeño que se percibe de las instituciones, es decir, con la capacidad que tienen para satisfacer las demandas de los ciudadanos. Por el contrario, una baja confianza institucional se asocia con la incompetencia, el malgasto del dinero público, la corrupción, con una mala gestión institucional y un mal desempeño.

La categoría de seguridad también se refiere al que esperar en materia de seguridad de los usuarios, la respuesta también es calificada como buena, aquí se incluyen aspectos como la correcta utilización de los medicamentos, prevención de eventos adversos, prevención de infecciones hospitalarias, errores médicos de carácter administrativo, seguridad de las instalaciones ante extraños, detección de incendios, rutas de evacuación, estado de las instalaciones eléctricas, estructuras civiles y sanitarias, funcionamiento de equipos, aseo de las instalaciones en general. Santos indica que la seguridad del paciente no consiste en concebir un sistema complejo o costoso, sino que es la consecuencia de aplicar el mejor conocimiento disponible a la práctica clínica, el modelo asistencia actual está centrado en el profesional y con frecuencia hay deslumbramiento por la tecnología, en contraposición con una atención orientada al paciente. Este prototipo de atención favorece el uso de herramientas tecnológicas, métodos y procedimientos en investigación en decremento de la asistencia personalizada y la relación asistencial. Para aumentar la seguridad de los pacientes hay emprender acciones específicas tales como: prevenir los eventos adversos, sacarlos a la luz, y mitigar sus efectos cuando se presenten.(63)

Las expectativas sobre las habilidades y conocimientos del personal de salud obtienen una calificación positiva entre los individuos encuestados, Zanetti (64) considera que el personal de salud atenderá integralmente a los pacientes minimizando actitudes reduccionistas a la sintomatología evidente, al órgano o al sistema dañado, habida cuenta que el paciente es una unidad biológica, psicológica, social y espiritual, que por su naturaleza es compleja. Se defenderá la vida, la salud, la economía, los intereses y la dignidad de la persona, evitando las

maniobras, operaciones y tratamientos innecesarios, controvertidos o experimentales no autorizados, o que contravengan la práctica médica aceptada. Santos (63) menciona que uno de los aspectos que influyen en la calidad de los cuidados es el número de enfermeras y la formación que estas tienen, para el autor la especialización de las enfermeras es de suma importancia, debido a que se pierden vidas por falta de especialistas y más aún por la falta de previsión para formarlos.

La consulta sobre empatía requiere a los encuestados brindar sus expectativas, sobre el trato cortés del personal administrativo, el trato del personal de salud, la escucha activa y lenguaje comprensible, la expectativa del trato por parte del personal administrativo es calificada como buena, básicamente se espera que los recepcionistas y administrativos pospongan sus conversaciones, que atiendan al paciente, que miren y contesten con un saludo, y una sonrisa. Las expectativas de escucha activa y lenguaje comprensible durante la atención también son calificadas como positivas, mientras que la expectativa de recibir un buen trato por parte del personal de salud solamente obtiene una calificación de regular en el instrumento, el personal de salud debe brindar un trato digno a los usuarios, debe velar porque se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención, porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad, que las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre, debe preocuparse por proteger la vida privada y la honra de su paciente.

Zanetti (64) realiza una investigación donde plantea la relación que se establece entre la enfermera y el paciente no es de tipo social o de carácter informal, sino que es concebida como una relación terapéutica orientada al beneficio del paciente, está dirigida al logro de metas y enfocada a identificar y resolver problemas relacionados con el bienestar y la salud de las personas. Pérez (65) en su informe sobre trato digno para el gobierno chileno, indica que el personal de salud debe aludir a un rol activo del usuario, evitar el paternalismo, que no se condicione al paciente con un rol pasivo, que se le dé la información completa sobre el tratamiento y su enfermedad, que no se les considere como personas que no son capaces de entender, sino que tienen acceso a la información a través de otros medios y acuden al servicio de salud para poder aclarar sus dudas y preocupaciones con el médico.

Los elementos tangibles son elementos físicos en los cuales un usuario puede ver reflejada la calidad de un servicio, se pregunta a los usuarios sobre el mantenimiento de las instalaciones, sobre salas de espera cómodas y la privacidad en los espacios de atención se obtienen calificaciones buenas en estas categorías. Luego se le interroga sobre sus expectativas en materia de nuevas tecnologías y la actualización de los conocimientos del personal, ambas consultas obtienen puntuaciones superiores, el personal debe preocuparse por actualizar sus conocimientos y por capacitarse para el desarrollo de las destrezas necesarias para el empleo de la tecnología accesible, lo cual deberá comprobar por medio de las certificaciones correspondientes a su disciplina.

El usuario en conclusión tiene altas expectativas, espera una calidad de servicio muy buena, tiene confianza en la institución, está conforme con el estado las instalaciones, la seguridad, y las capacidades del personal, considera que el trato de la institución es bueno pero falta empatía en la atención, en cuanto a la accesibilidad al servicio lo considera regular, con exceso de tramitología, horarios que no satisfacen la demanda, y tramites a través de medios tecnológicos dificultosos y desconocidos.

Las vivencias personales del paciente se desarrollan también en el instrumento, se clasifican varias categorías que reflejan la interacción paciente-centro de atención y colaboradores como son: la comunicación cuidador-paciente, el trato inapropiado, la intimidad y privacidad, el soporte familiar, las situaciones dolor y malestar, los sentimientos de confianza, la experiencia durante la estadía, y si el personal es indolente.

La comunicación entre el personal de salud y el paciente se califica solicitando a los encuestados indicar si el personal de salud realiza una explicación clara sobre su condición, la respuesta de los usuarios encuestados es positiva lo que indica experiencias satisfactorias en este aspecto, es importante para el paciente que el personal médico se explique con la verdad, que se les exprese realmente en qué consiste la enfermedad, su estado de salud, su esperanza de vivir, además los pacientes prefieren que sea el médico el que transmita esta información, especialmente si es una enfermedad con pronóstico grave, no que lo hagan los familiares ya que, por ser un tema doloroso, éstos pueden engañar al paciente. Otros aspectos tomados en

cuenta referentes a la necesidad de información son en los casos donde hay costos económicos elevados no contemplados por el seguro de salud, o la importancia de la información que el médico le entrega a los familiares, que reduce la ansiedad, mejora la comprensión de la situación del enfermo y facilita que sus familiares puedan apoyarlo en su recuperación y tratamiento.

Santos (63) sugiere que para los pacientes es de gran importancia que el personal de salud explicase más detalles de los procedimientos y tratamientos que se les van a realizar, conocer para qué, cómo y cuándo. El conocimiento de todo esto les permitiría esperar, el tiempo necesario, de una manera más calmada porque entenderían la necesidad de tantas horas de espera, a la vez que les aliviaría la sensación de sentirse como un objeto.

La clasificación de las vivencias con respecto a la recepción de un trato inapropiado se realiza mediante dos cuestionamientos, primero, se consulta a los usuarios si se logra establecer una comunicación fluida y terapéutica, la respuesta de los encuestados es afirmativa, el encuestado está de acuerdo en que el personal proporciona información clara, oportuna y veraz, y esta es entregada con mesura y prudencia, considerando la sensibilidad de los pacientes y sus familiares, segundo, se le pide establecer si existe una relación cordial entre cuidador y paciente, la respuesta también es positiva, Zanetti (64) puntualiza que la relación es elemental no sólo para la redacción de una buena historia clínica que es clave para llegar a un diagnóstico, sino para brindar ayuda humanitaria y sensible, pilar sobre la que descansa el nivel

de satisfacción de la atención médica. Es importante indicar que el proceso de atención involucra múltiples integrantes en el equipo de salud, ya sean médicos y sus colegas especialistas, estudiantes de medicina y enfermería, residentes, enfermeras, técnicos, administrativos, ingenieros en biomedicina y los directores de la institución, una relación poco afable entre tales individuos podría impactar negativamente en el interés principal de la institución que es el bienestar del paciente.

La categoría de protección de la intimidad, solicita al usuario indicar si está de acuerdo según sus vivencias, con los quehaceres del personal de salud para salvaguardar su privacidad, los pacientes tienen derecho a la privacidad y a la intimidad, lo anterior, se asocia a dos ideas principales expuestas por Maya (56) la primera se refiere a medios estructurales donde se revela la importancia del biombo o cortinas que lo separe de los otros pacientes y a no ser atendidos en pasillos (público), la segunda idea, es el derecho a la autorización que debiese dar un paciente para ser examinado por estudiantes y becados de medicina. El ser examinado e interrogado por estudiantes o becados puede percibirse con una sensación de malestar, que vulnera sus derechos de poder decir que no y a su vez, su intimidad. Un paciente asocia el significado de mantener la puerta cerrada con el respeto de su dignidad, resguardo de la intimidad y a un momento de reposo tranquilo, el paciente tiene la potestad de negarse a ser revisado por los estudiantes, estos deben consultar si se les permite la revisión, los estudiantes deben identificarse como tales.

La categoría de participación de la familia logró una calificación correcta en los resultados del instrumento, la comunicación entre el personal de salud y la familia del paciente dependen en gran parte de la actitud del personal sobre la importancia de incluir a la familia en los cuidados, de tal forma se considera que la familia es un recurso en el proceso del cuidado, resaltando la importancia de establecer buenas relaciones. Al observar su actitud ante problemas de salud resalta la importancia de generar prácticas que conduzcan al refuerzo de las familias, en su incorporación a la participación del cuidado de su familiar enfermo. La participación de las familias en los cuidados debe aprovecharse para reducir la carga de trabajo del personal de salud, también se puede fomentar la participación de los familiares en los procedimientos a fin de reducir los niveles de ansiedad de los pacientes. Maya (56) la familia es un poderoso sistema emocional al cual pertenecen los seres humanos y constituye el mayor recurso potencial para poder afrontar los problemas, este juega un papel importante no solo en el proceso de curación de la enfermedad, sino también en el proceso de rehabilitación.

La categoría de dolor y malestar califica la priorización según el estado del paciente y si el personal de salud está atento a cualquier malestar que presente el enfermo, según las respuestas obtenidas, la priorización es calificada como buena, mientras las vivencias con respecto a un personal atento a su paciente reciben una calificación de apenas regular, la responsabilidad del personal de salud es un valor que se encuentra en la conciencia y debe ser puesto en práctica en los distintos planos de su actuar: Por ejemplo, la puntualidad, el atraso se percibe como injusto, porque sienten que el médico puede llegar tarde y los pacientes no se pueden atrasar ni un minuto. Que el médico llegue a la hora y que avisen cuando el médico no

va a la consulta es muy valorado porque implica una muestra de respeto hacia el usuario, la impuntualidad también supone una pérdida a nivel económico para el usuario tanto por las horas de trabajo perdidas como por los gastos de transporte.

La atención rápida y oportuna es la premisa básica de los servicios de urgencia, los usuarios comentan que si acuden a ese servicio es porque su problema necesita ser atendido con rapidez ya que lo sienten como de vital importancia y en ocasiones la espera prolongada se percibe como un trato no digno, el concepto de triage es de suma importancia en los servicios de urgencia para la atención oportuna, debido a la necesidad de tener presente la priorización y la clasificación según el estado de salud de pacientes más o menos graves.

En la categoría de sentimientos, se evalúan las vivencias con respecto a la confianza, el trato cortés y las expresiones positivas, estas vivencias reciben calificaciones buenas en los resultados del instrumento, para la autora Maya (56) las habilidades blandas se entienden como el resultado de una combinación de habilidades sociales, de comunicación, de forma de ser, de acercamiento a los demás, que hacen a una persona dada a relacionarse y comunicarse de manera efectiva con otros. Este tipo de habilidades pueden ser desarrollables como parte de la educación continua del personal de salud, habilidades tales como el trabajo en equipo, desarrollo del nivel de comunicación, adaptabilidad ante distintos escenarios, actitud positiva, son cualidades positivas que los usuarios perciben en los colaboradores de un centro de atención.

La categoría de experiencia finalmente, incluye las consultas a los usuarios sobre cómo calificarían, según sus vivencias, su estadía en el centro de atención, y si el personal de salud puede ser calificado como indolente, la estadía es calificada como buena, los usuarios consideran que técnicamente el servicio es de gran calidad, el cuidado humanizado es adecuado aunque el acceso al servicio es difícil, y el personal de salud no es indolente, dado que una persona se caracteriza por poseer un carácter insensible a las cosas que conmueven a los demás, son individuos que actúan de forma negligente, inactivos, que no cumplen con sus obligaciones y no dimensionan el dolor de los demás.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

.

6.1 CONCLUSIONES

El resultado global obtenido mediante el instrumento es de "bueno" según la escala desarrollada, los entrevistados están de acuerdo con la valoración del cuidado humanizado, el cumplimiento de las expectativas y las vivencias personales experimentadas durante la interacción con el centro de atención y sus colaboradores.

Las puntuaciones más bajas obtenidas mediante el instrumento son las que tratan sobre las expectativas de acceso al servicio, aspectos tales como: horarios de atención que no satisfacen la demanda, tramitología compleja, tiempos de espera largos, imposibilidad de realizar trámites a través de plataformas tecnológicas, trámites a través de call center limitados y falta de personal, hacen que en general las expectativas de accesibilidad sean calificadas como "regulares".

La expectativa de recibir atención médica de calidad en el centro de salud obtiene la mayor calificación del instrumento, un "muy bueno" en la escala desarrollada, la mayoría de los entrevistados indican creer recibir una atención médica de alta calidad en lo referente a los aspectos técnicos: los procedimientos realizados por el personal de salud, los exámenes diagnósticos, los tratamientos terapéuticos, de rehabilitación, farmacológicos y el seguimiento de la condición de los pacientes mediante el expediente clínico digital.

La calificación general obtenida para los distintos aspectos de la empatía es de "buena" de igual forma, las vivencias de la población entrevistada dentro del centro de atención también son valoradas como "buenas".

La evaluación de las instalaciones sanitarias que incluye categorías como la comodidad de la sala de espera, el mantenimiento de las instalaciones, la privacidad de los espacios de atención y la seguridad del usuario obtiene una calificación en general de "buena" .

Las puntuaciones más bajas que se evidencian en el instrumento son para: la falta de mecanismos de retroalimentación que le permitan a la institución conocer las necesidades de los usuarios, la falta de atención ante las necesidades de los pacientes , la respuesta a las llamadas del paciente las veces necesarias, el trato poco cortés, si el personal de salud se identifica con su nombre y puesto, si el personal toma de la mano al paciente en los momentos difíciles, la facilidad de acceso al servicio, los horarios de atención insatisfactorios, el personal insuficiente y la tramitología reciben calificación de "regular" mientras que la comunicación vía web o telefónica con la institución es calificada como "mala".

Las calificaciones más altas obtenidas mediante el instrumento son para: el respeto, el personal de salud utiliza un lenguaje que el paciente puede comprender, el personal educa al paciente sobre su condición, tratamiento y recomendaciones, el personal es altamente

profesional, estas categorías son calificadas como "buenas" e incluso están muy cerca de ser calificadas como "muy buenas", la calidad técnica de la atención médica recibe la calificación de "muy buena" , la máxima obtenida por instrumento

6.2 RECOMENDACIONES

Para la administración de los centros de salud.

Fomentar la educación continua en los centros de salud, tanto de las habilidades duras (técnicas y académicas) como de las habilidades blandas, (habilidades comunicativas de relacionamiento, compromiso y proactividad).

Promover el humanismo y el cuidado humanizado en las instituciones de salud como prácticas beneficiosas tanto para la recuperación del paciente como para la salud psíquica del personal.

Fomentar en los colaboradores de los centros de salud la comprensión de la idiosincrasia de sus pacientes, sus creencias y valores, especialmente en regiones donde interactúan diversos grupos culturales y en lugares donde las tradiciones están fuertemente arraigadas en sus individuos.

Incentivar el análisis de lecciones aprendidas y prevención de errores cuando se presente un efecto adverso, no ocultar los errores sino exponerlos a fin de mejorar las capacidades del personal de salud.

Establecer una política de tolerancia cero contra la discriminación, ya sea por temas de género, condición social, preferencias sexuales, estado migratorio o por el padecimiento de una enfermedad, capacitar al personal en protocolos establecidos para atender a todo tipo de usuario sin importar su condición.

Mejorar el acceso a los servicios en las instituciones de salud, aprovechar las plataformas tecnológicas para disminuir la tramitología y los tiempos de espera y no limitar a los usuarios a horarios rígidos y largas filas para trámites simples.

Para las universidades encargadas de la formación.

Incluir dentro del plan de estudios de las carreras universitarias del área de salud un curso sobre cuidado humanizado y atención al cliente, para fomentar en el estudiante el desarrollo de sus habilidades empáticas.

Inculcar a los estudiantes de enfermería y medicina que realicen prácticas profesionales en los centros de atención, que deben presentarse como tales ante los pacientes, y solicitar su

aprobación para realizar procedimientos, velando siempre por la dignidad y salvaguardando la privacidad de la persona enferma.

Fomentar la especialización en la formación del personal encargado de los cuidados a pie de cama, como una forma de maximizar la seguridad del paciente ante eventos adversos, errores humanos y del sistema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cabello E, Chirinos JL. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. Rev Medica Hered. abril de 2012;23(2):88-95.
2. Hernández YM, Ibarra RC, Prieto DM, Pinto DP, Rodríguez YS. SIGNIFICADO DEL CUIDADO HUMANIZADO EN EGRESADAS DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA. :5.
3. Pantoja GM, Mejía YLG, Portilla LDV. Satisfacción del usuario en Consulta Externa de un Centro de Salud. Libr Editor UNIMAR [Internet]. 2016 [citado 13 de abril de 2018];0(0). Disponible en: <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/libroseditorialunimar/article/view/967>
4. Vasquez C, Andrea P. DESDE LOS ÁMBITOS DE ENFERMERÍA, ANALIZANDO EL CUIDADO HUMANIZADO. Cienc Enferm. 2010;16(1):31-5.
5. Gamba NCR, Rosero EV. Validez de contenido y validez facial del instrumento «Percepción de comportamientos de cuidado humanizado». Av En Enferm. 1 de julio de 2008;26(2):71-9.
6. Álvarez LNR, Triana Á. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. Av En Enferm. 1 de enero de 2007;25(1):56-68.
7. Mesquita M, Pavlicich V, Benitez S. Percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción. Rev Soc Boliv Pediatría. 2010;49(3):210-7.
8. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm. diciembre de 2007;20(4):499-503.
9. Torres Contreras C, Buitrago-Vera M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. Rev Cuid [Internet]. 1 de diciembre de 2011 [citado 14 de abril de 2018];2(1). Disponible en: <http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/49>
10. Lenis-Victoria CA, Manrique-Abril FG. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. Aquichan. 1 de septiembre de 2015;15(3):413-25.
11. Carrion E. PERCEPCIÓN DEL PACIENTE ACERCA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU- 2010 [Internet]. 2010. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2435/1/espinoza_e.pdf
12. Castillo L. Percepción de los usuarios sobre la atención recibida en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia durante el mes de abril del 2013. 2013.
13. Carballo F. UNIVERSIDAD DE LAS CIENCIAS Y EL ARTE DE COSTA RICA. 208. 2008;1:135.

14. Méndez G. Calidad de la atención en el servicio de urgencias del área de salud Heredia Cubujuquí desde la perspectiva del cliente. :99.
15. Madriz CML. Análisis del impacto del programa de alta hospitalaria, en la continuidad de la gestión del cuidado en redes de enfermería, en los usuarios de riesgo de la red este de Costa Rica. enero de 2017;316.
16. Rodríguez Marmol M, Muñoz Cruz R. Factores relacionados con la satisfacción en consultas externas de la Clínica Solon Nuñez Frutos. *Enferm Actual Costa Rica* [Internet]. 31 de diciembre de 2016 [citado 27 de octubre de 2018];(32). Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/23807>
17. Aguilar MC. ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL ÁREA DE SALUD LA UNIÓN DURANTE AGOSTO DEL 2007. 2007;150.
18. Böell JEW, Silva DMGV da, Hegadoren KM. Sociodemographic factors and health conditions. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 6 de junio de 2018];24(0). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100408&lng=en&tlng=en
19. Universidad de Oviedo, España., Moral-Jiménez M de la V, Pelayo-Pérez LE, Universidad de Oviedo, España. Factores sociodemográficos y familiares. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv.* 2016;14:1217-33.
20. HARO-JIMÉNEZ LP, CABRERA-PIVARAL C, LIZETTE C. Factores sociodemográficos asociados al consumo cultural. 2011;8.
21. Sanz Gómez AI, Iriarte Ramos S, Gascón Catalán A. Aspectos sociodemográficos y laborales en el error asistencial de enfermería. *Enferm Glob.* 30 de junio de 2016;15(3):176.
22. Jiménez BM, Gutiérrez JLG, Hernández EG. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN EL PROCESO DE DESGASTE PROFESIONAL DE ENFERMERÍA. :25.
23. Espinoza DL, de M. La seguridad social en Costa Rica. 2018;42.
24. Franzoni JM. La seguridad social en Costa Rica. I:33.
25. Waldow VR. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index Enferm.* diciembre de 2014;23(4):234-8.
26. González-Hernández OJ. Validez y confiabilidad del instrumento "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión". *Aquichan.* 1 de septiembre de 2015;15(3):381-92.
27. Arredondo-González CP, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enferm.* marzo de 2009;18(1):32-6.

28. Bautista Rodríguez LM, Arias Velandia MF, Carreño Leiva ZO. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Rev Cuid.* 1 de julio de 2016;7(2):1297.
29. González V. Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. 2013;XIX(1):10.
30. Triana-Restrepo MC. La empatía en la relación enfermera-paciente. *Av En Enferm.* 1 de mayo de 2017;35(2):120.
31. Vituri DW, Évora YDM. Reliability of indicators of nursing care quality: testing interexaminer agreement and reliability. *Rev Lat Am Enfermagem.* abril de 2014;22(2):234-40.
32. Silva M da G da, Boemer MR. Vlivencias en un centro de salud-. *Rev Lat Am Enfermagem.* junio de 2009;17(3):380-6.
33. Arcas MG, Fernández ET. IDENTIDAD ENFERMERA. 2003;I:8.
34. Romanzini EM, Bock LF. Conceptions and Feelings of Nurses Working in Emergency Medical Services about their Professional Practice and Training. *Rev Lat Am Enfermagem.* abril de 2010;18(2):240-6.
35. Guerrero-Ramírez R, Meneses-La Riva ME, De La Cruz-Ruiz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao, 2015. *Rev Enfermería Hered.* 20 de febrero de 2017;9(2):125.
36. Beratarrechea A. Actualización: Las enfermedades crónicas (Primera parte). :10.
37. Caja implementa estrategia para atacar enfermedades crónicas [Internet]. GobiernoCR. 2018 [citado 31 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://gobierno.cr/caja-implementa-estrategia-para-atacar-enfermedades-cronicas/>
38. reglamento del seguro de salud.pdf [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://costarica.eregulations.org/media/reglamento%20del%20seguro%20de%20salud.pdf>
39. en-23-cap-42.pdf [Internet]. [citado 31 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.estadonacion.or.cr/2017/assets/en-23-cap-42.pdf>
40. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enferm Univ.* julio de 2015;12(3):134-43.
41. de Amorim AM-G, Kay-Nations M, Socorro-Costa M. Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el noreste de Brasil. *Rev SALUD PÚBLICA.* 2009;12.
42. Llanes Betancourt C. Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado. *Rev Cuba Enferm.* marzo de 2011;27(1):1-3.

43. Remón CA. Sesión 1 ¿Qué es Seguridad del Paciente? :62.
44. Jose.L. NTP 405: Factor humano y siniestralidad: aspectos sociales. :7.
45. Romero_al.pdf [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/482/Romero_al.pdf;jsessionid=37847A7D121A0A31204E6B6B2223CFEC?sequence=1
46. Mora.f. 10 cualidades de una enfermera para ser buen profesional [Internet]. Clinic Cloud. 2016 [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://clinic-cloud.com/blog/cualidades-de-una-enfermera-enfermero/>
47. Pérez-García E. ENFERMERÍA Y NECESIDADES ESPIRITUALES EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD EN ETAPA TERMINAL. Enferm Cuid Humaniz. diciembre de 2016;5(2):41-5.
48. Miranda.M. Apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería a pacientes hospitalizados [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php>
49. Cortés MMD. Comunicación enfermera/paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. :7.
50. Angel.G. Cómo ser una persona considerada [Internet]. wikiHow. [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://es.wikihow.com/ser-una-persona-considerada>
51. Espinoza M. LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD. Punto Cero. julio de 2003;8(7):20-30.
52. Bolaños. R. Poner fin a la discriminación en los centros de atención sanitaria [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/ending-discrimination-in-health-care-settings>
53. Apoyo-emocional-y-psicologico-en-la-ELA.pdf [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.elaandalucia.es/WP/wp-content/uploads/Apoyo-emocional-y-psicologico-en-la-ELA.pdf>
54. Rivarés AV, Buixó NM, González GM, Torner M, Parra ML, López LP, et al. ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS. :10.
55. Sánchez IG. El dominio de las habilidades de relación facilita la resolución de conflictos entre profesionales sanitarios. 2015;411.
56. Maya AM. JOHANNA XIMENA GALLO M. VIVIANA IZQUIERDO RAMÍREZ. 2007;226.
57. articles-9004_recurso_1.pdf [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-9004_recurso_1.pdf

58. Organización Médica Colegial de España. La Relación Médico-Paciente [Internet]. FlippingBook. [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/relacion_medico_paciente/40/#zoom=z
59. El Modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio [Internet]. Aiteco Consultores. 2012 [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.aiteco.com/modelo-servqual-de-calidad-de-servicio/>
60. Gutierrez E, Ramos W, Uribe M, Ortega-Loayza AG, Montesinos D, León O, et al. TIEMPO DE ESPERA Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN LA FARMACIA CENTRAL DE UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA. Rev PerúMed Exp Salud Pública. :5.
61. Caja Costarricense de Seguro Social | Blog [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/noticia?ccss-consolida-segundos-turnos-y-horario-vespertino-para-garantizar-atencion>
62. Informe Anual de Labores de la Defensoría de los Habitantes correspondiente al período 2016-2017.pdf [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://www.asamblea.go.cr/glcp/Informes_defensoria/Informe%20Anual%20de%20Labores%20de%20la%20Defensor%3%ADa%20de%20los%20Habitantes%20correspondiente%20al%20per%3%ADo%202016-2017.pdf
63. EMILIO M. SANTOS GARCÍA. LA CALIDAD COMO CIENCIA Y CONCIENCIA.pdf [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.documentos.una.ac.cr/bitstream/handle/unadocs/8191/EMILIO%20M.%20SANTOS%20GARCIA.%20LA%20CALIDAD%20COMO%20CIENCIA%20Y%20CONCIENCIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
64. Zanetti ML. Advanced nursing practice: strategies for training and knowledge building. Rev Lat Am Enfermagem. octubre de 2015;23(5):779-80.
65. articles-9004_recurso_1.pdf [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2018]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-9004_recurso_1.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Declaración Jurada

Yo Silvia Peña Mora, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 304050147 egresado de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de LICENCIATURA EN Enfermería , juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: Cuidado humanizado por parte del personal de salud en relación a las expectativas y vivencias de los usuarios en los distintos servicios de salud, Alajuelita, II trimestre, 2018, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 12 días del mes de setiembre del año dos mil dieciocho.

 Firma del estudiante

Cédula 304050147

Anexo 2. Carta del tutor

CARTA DE LA TUTORA

San José, 19 de setiembre del 2018.

Máster Vanessa Aguilar Zeledón
Sub-Directora Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante, **SILVIA PEÑA MORA**, cédula **3-0405-0147** me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“Cuidado humanizado por parte del personal de salud en relación a las expectativas y vivencias de los usuarios en los distintos servicios de salud, Alajuelita, II trimestre, 2018”**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

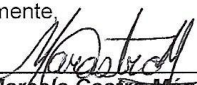
En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	18
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	27
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	17
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18
	TOTAL		90

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,


MSc. Marcela Castro Méndez
Cédula Identidad 1-1034-0377
Carné Colegio Profesional E-4705

Anexo 3. Carta del lector

San José, 14 de noviembre de 2018.

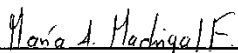
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

La estudiante **SILVIA PEÑA MORA**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **“Cuidado humanizado por parte del personal de salud según las expectativas y vivencias de los usuarios en los distintos servicios de salud, Alajuelita, II trimestre, 2018”**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de lectora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectura y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

En virtud de la aprobación obtenida, se avala el traslado al proceso de filólogo.

Atentamente,


Licda. María A. Madrigal Fernández
Cédula identidad 1-1190-0433
Carné Colegio Profesional E-9020

Anexo 4. Carta del filólogo

San José, 18 de noviembre, 2018

MSc. Vanessa Aguilar Zeledón

Directora de la Escuela de Enfermería

Universidad Hispanoamericana, Sede Aranjuez

Leí y corregí el Trabajo Final de Graduación: "Cuidado humanizado por parte del personal de salud según las expectativas y vivencias de los usuarios en los distintos servicios de salud, Alajuelita, II trimestre, 2018", elaborado por la estudiante Silvia Peña Mora, cédula 3-0405-0147, para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

Corregí el trabajo en aspectos, tales como: construcción de párrafos, vicios del lenguaje que se trasladan a lo escrito, ortografía, puntuación y otros relacionados con el campo filológico, y desde ese punto de vista considero que está listo para ser presentado como Trabajo Final de Graduación, por cuanto cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Hispanoamericana.

Atentamente,



MSc. Edgar Rojas González

Carné 2443

Teléfono: 88822158

Correo: edgarrojasg27@gmail.com

Anexo 5. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: Cuidado humanizado por parte del personal de salud en relación con las expectativas y vivencias de los usuarios en los distintos servicios de salud, Alajuelita, II trimestre, 2018

Nombre del Investigador (a) Principal: Silvia Peña Mora

Nombre del participante: _____

A. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN:

La información que se pretende obtener es sobre el cuidado humanizado en los centros de salud, el propósito es recolectar datos y concluir con herramientas que permitan reflejar los puntos débiles durante la atención de los pacientes y como se puede mejorar, para esta investigación se requiere de su participación una única vez.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?

- a. Un cuestionario que será aplicado por la investigadora.
- b. Ser hombre o mujer mayor de 18 años que asiste a los distintos servicios de salud de Alajuelita.
- c. Se compromete a responder de forma clara las preguntas administradas de forma verbal por la investigadora y que serán grabadas como evidencias de la investigación.
- d. Tiempo aproximado 10 minutos.

C. **RIESGOS:**

- a. La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por lo siguiente: existe el riesgo incomodidad o ansiedad.

D. **BENEFICIOS:**

Ccomo resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo, sin embargo, será posible que los investigadores aprendan más acerca sobre la gran importancia del cuidado humanizado en los centros de salud.

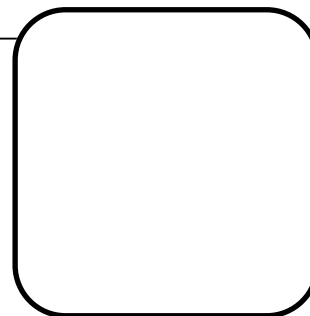
- E- Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con la investigadora Silvia Peña Mora quien debió haber contestado de forma satisfactoria todas sus preguntas. Si quisiera mayor información más adelante, puede obtenerla llamando al investigador a cargo al teléfono 71604686 en el horario 8am a 6pm de lunes a viernes. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Universidad Hispanoamericana **al teléfono 2211-3000**, de lunes a viernes en el horario de 8 am a 5 pm.
- F- Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- G- Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho **de negarse a participar o a interrumpir** su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica o de otra índole que requiera.
- H- Su participación en este estudio es confidencial por lo que en caso de publicarse los resultados de esta investigación o divulgarse en una reunión científica, se garantiza estrictamente el anonimato de todas las personas participantes en el estudio.
- I- No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de estudio en esta investigación.

Nombre, cédula y firma del sujeto

Fecha



Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento

Fecha

Anexo 6. Cuestionario

Universidad Hispanoamericana Escuela de Enfermería

Introducción: El presente instrumento fue elaborado para estructurar la recolección de datos a partir de entrevistas para el estudio “Cuidado humanizado por parte del personal de salud en relación con las expectativas y vivencias de los usuarios en los distintos servicios de salud, Alajuelita, II trimestre, 2018”.

Los datos recolectados en el presente estudio seguirán los criterios de confidencialidad y no se publicarán datos privados sobre la identidad de los participantes que formaron parte de la muestra.

Instrucciones: Seleccione la opción que mejor explique la condición descriptiva del participante, según los datos sociodemográficos, cuidado humanizado, expectativas y vivencias en los distintos servicios de salud.

Instrucciones generales: Marque con una x la respuesta de su preferencia. Solo se permite marcar una respuesta por cada pregunta.

I Parte: Información Personal

Anote las iniciales que identifican el nombre del paciente

1. ¿Cuál es su tipo de sexo?

Mujer Hombre

2. ¿Cuál es su edad en años cumplidos?

3. ¿Cuál es su grado de escolaridad?

Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta

Secundaria completa Bachiller universitario Licenciatura Maestría

4. ¿Qué tipo de seguro lo cubre a usted?

Asegurado asalariado. Pensionado. Asegurado familiar.

Asegurado por cuenta del Estado. Seguro voluntario. No asegurado.

5. ¿Regularmente porque consulta al centro de salud?

Enfermedades crónicas / citas periódicas programadas Enfermedades inesperadas

Emergencias Retiro de medicamentos Exámenes diagnósticos.

Otros. Indique _____

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
6- ¿El personal de salud le genera sentimientos de confianza?					
7- ¿El personal de salud le genera seguridad?					
8- ¿El personal de salud realiza con cuidado sus labores durante la atención?					
9- ¿El personal de salud le genera calor humano durante la atención?					
10- ¿El personal de salud es agradable?					
11- ¿El personal de salud se caracteriza por ser personas activas en su trabajo?					

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
12- ¿El personal de salud es una persona flexible?					
13- ¿El personal de salud es eficiente en su trabajo?					
14- ¿El personal de salud lo apoya emocionalmente?					
15- ¿El personal de salud es considerado durante su atención?					
16- ¿El personal de salud es una persona positiva durante su atención?					
17- ¿El personal de salud se caracteriza por ser una persona sin prejuicios?					
18- ¿El personal de salud lo escucha durante su atención?					
19- ¿El personal de salud lo trata con respeto durante la atención?					
20- ¿El personal de salud lo mira a los ojos durante su atención?					

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
21- ¿El personal de salud lo toma de la mano durante momentos difíciles?					
22- ¿El personal de salud realiza con cuidado los procedimientos?					
23- ¿El personal de salud le brinda información sobre su condición?					
24- ¿El personal de salud le brinda educación sobre su tratamiento o recomendaciones?					
25- ¿El personal de salud propicia el dialogo?					
26- ¿A la hora de ser atendido el personal de salud se identifica con su nombre y puesto?					
27- ¿Antes de realizar algún tipo de procedimiento el personal de salud le explica el proceder?					

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
28- ¿El personal de salud lo anima para que usted le comunique cualquier necesidad que tenga?					

29- ¿El personal de salud prioriza la atención dependiendo del estado del paciente?					
30- ¿El personal de salud atiende las llamadas del paciente las veces necesarias?					
31- ¿El personal de salud lo llama por su nombre?					
32- ¿El personal de salud establece una relación cercana durante su atención?					
33- ¿El personal de salud es comprensivo durante su atención?					

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
34- ¿El personal de salud demuestra interés sobre su condición?					
35- ¿Considera usted que el personal de salud ofrece colaboración durante su atención?					
36- ¿Considera					

usted que el personal de salud actúa de manera oportuna?					
Pregunta	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala
37- ¿Según sus expectativas como esperaba que fuese la calidad de la atención recibida?					
Pregunta	Muy Rápido	Rápido	Regular	Lento	Muy Lento
38- ¿Según sus expectativas como son los tiempos de espera estipulados?					

Pregunta	Muy Rápido	Rápido	Regular	Lento	Muy Lento
39- ¿Según sus expectativas como es la tramitología para ser atendido?					
Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
40- ¿Según sus expectativas considera usted que se tiene acceso al servicio fácilmente?					
41- ¿Según sus expectativas considera usted que se tiene personal de salud suficiente para atender la demanda?					
42- ¿Según sus expectativas considera usted que el personal de salud tiene los conocimientos y habilidades para brindar una buena atención?					

43- ¿Según sus expectativas considera usted que los horarios del centro de salud son adecuados para atender a la población?					
44- ¿Según sus expectativas considera usted que los usuarios se pueden comunicar fácilmente con la institución a través de vía telefónica o páginas web?					
Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
45- ¿Según sus expectativas el personal de salud brinda un trato cortés a los usuarios?					
46- ¿Según sus expectativas el personal administrativo brinda un trato cortés con los usuarios?					
47- ¿Según sus expectativas el personal de salud utiliza un lenguaje que usted puede comprender?					
48- ¿Según sus expectativas considera usted que el personal de salud lo escucha con paciencia?					
49- ¿Según sus expectativas considera usted que el centro de salud crea una imagen de confianza?					

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
50- ¿Según sus expectativas considera usted que el centro de salud se preocupa por la seguridad de los usuarios?					
51- ¿Según sus expectativas considera usted que el centro de salud se preocupa por el mantenimiento de las instalaciones?					
52- ¿Según sus expectativas considera usted que la sala de espera es cómoda?					
53- ¿Según sus expectativas considera usted que en los espacios de atención hay privacidad?					
54- ¿Según sus expectativas considera usted que la institución posee mecanismos para conocer las necesidades de los usuarios?					

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
55- ¿Según sus expectativas considera usted que la institución se preocupa por desarrollar nuevas tecnologías?					
56- ¿Según sus expectativas considera usted que la institución se preocupa por modernizar el conocimiento del personal de salud?					
57- ¿Según sus vivencias en el centro de salud, el personal de salud le explica claramente sobre su enfermedad y tratamiento?					
58- ¿Según sus vivencias en el centro de salud, el personal de salud establece una relación cordial con los usuarios?					

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
59- ¿Según sus vivencias en el centro de salud, el personal de salud					

se comunica con usted?					
60- ¿Según sus vivencias en el centro de salud el personal de salud protege su intimidad?					
61- ¿Según sus vivencias en el centro de salud, el personal de salud hace partícipe a su familia de las explicaciones y recomendaciones?					
62- ¿Según sus vivencias en el centro de salud, el personal de salud está atento a cualquier malestar que usted presente?					
63- ¿Según sus vivencias en el centro de salud, se prioriza según el estado del paciente?					

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
64- ¿Según sus vivencias en el centro de salud, el personal de salud le genera sentimientos de confianza?					
65- ¿Según sus vivencias en el centro de salud, el personal de salud le ofrece un trato cortés?					
66- ¿Según sus vivencias en el					

centro de salud, el personal de salud le brinda expresiones positivas?					
67- ¿Según sus vivencias en el centro de salud, su estadía puede ser considerada como positiva a pesar del padecimiento gracias a la calidad de la atención?					
68- ¿Según sus vivencias en el centro de salud, el personal de salud es altamente profesional?					

Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
69- ¿Según sus vivencias en el centro de salud, el personal de salud es indolente?					

Anexo 7. Plan piloto

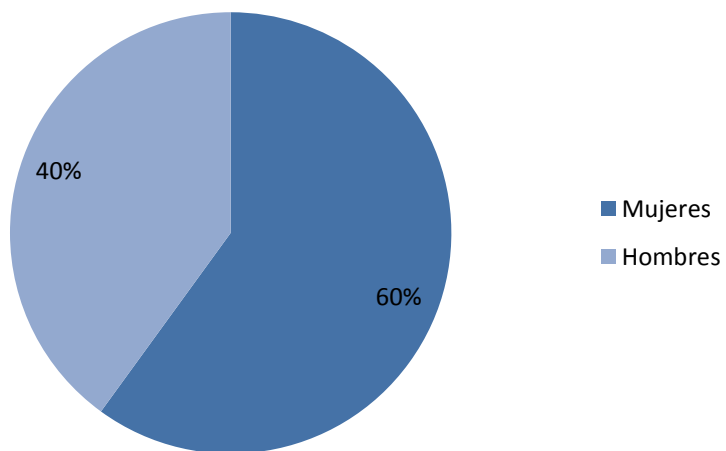
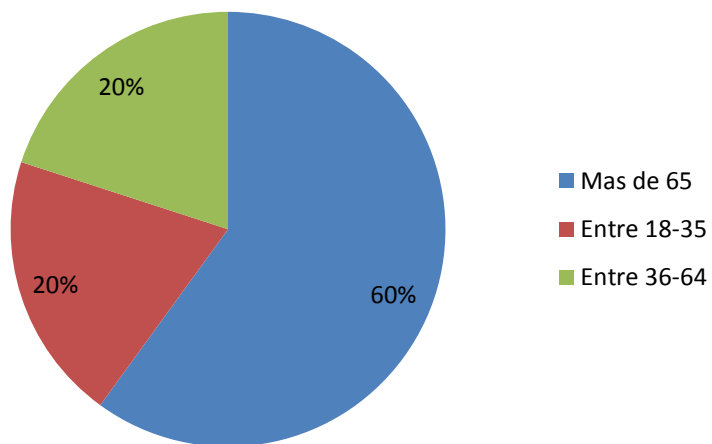


Figura N°1. Distribución de la población entrevistada según sexo, distrito de Alajuelita, 2018



Fuente: Elaboración propia, 2018.

Figura N°2. Distribución de la población entrevistada según edad en años cumplidos, distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente; Elaboración propia, 2018.

■ Secundaria completa ■ Bachiller universitario
 ■ Secundaria incompleta ■ primaria completa

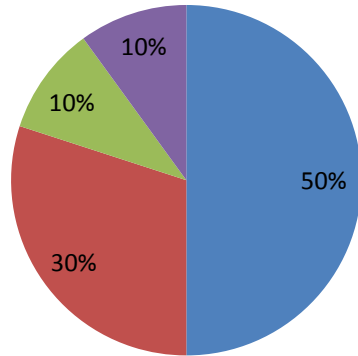


Figura N °3. Distribución de la población entrevistada según grado de escolaridad, distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ Seguro voluntario ■ Pensionado ■ Asalariado ■ Aegurado familiar

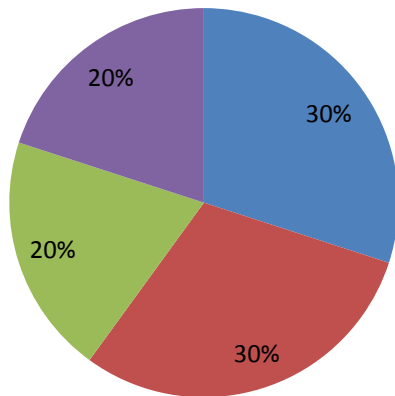


Figura N °4. Distribuciones de la población entrevistada según tipo de seguro, distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

- Enfermedades inesperadas
- Enfermedad crónica/citas programadas
- Retiro de medicamentos

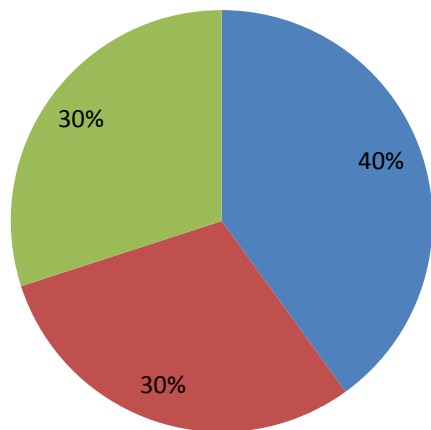


Figura N°5. Distribución de la población entrevistada según motivo de consulta, distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

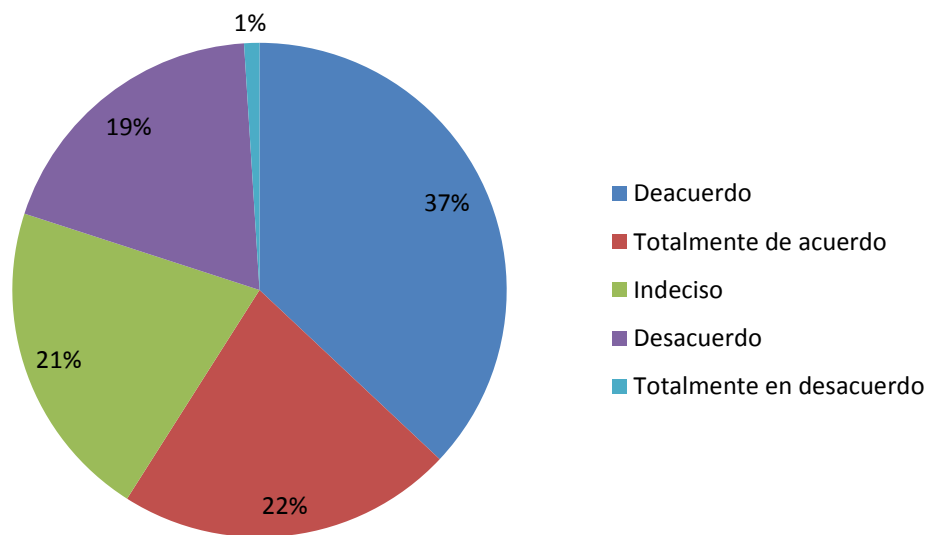


Figura N °6. Distribuciones de la población entrevistada según sentimientos de confianza de los usuarios generados por el personal de salud, distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

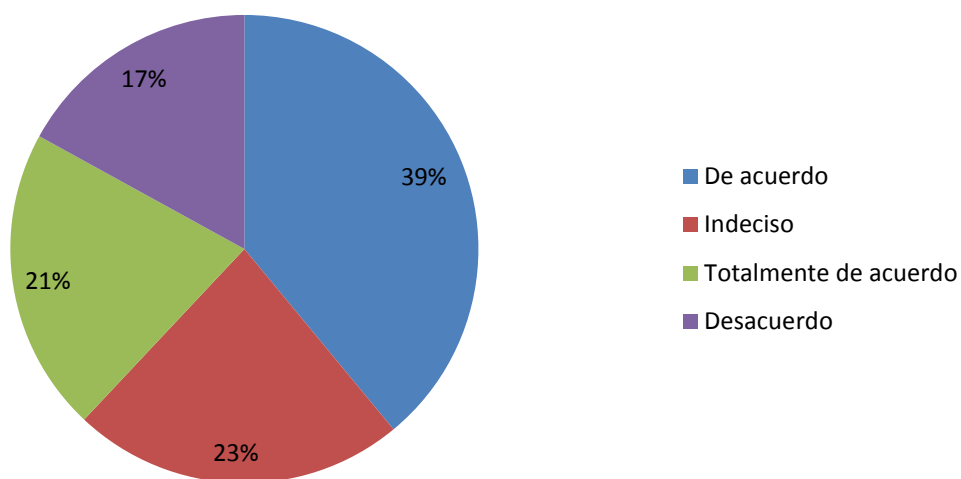


Figura N°7. Distribución de la población entrevistada según sentimientos de seguridad de los usuarios generados por el personal de salud, distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

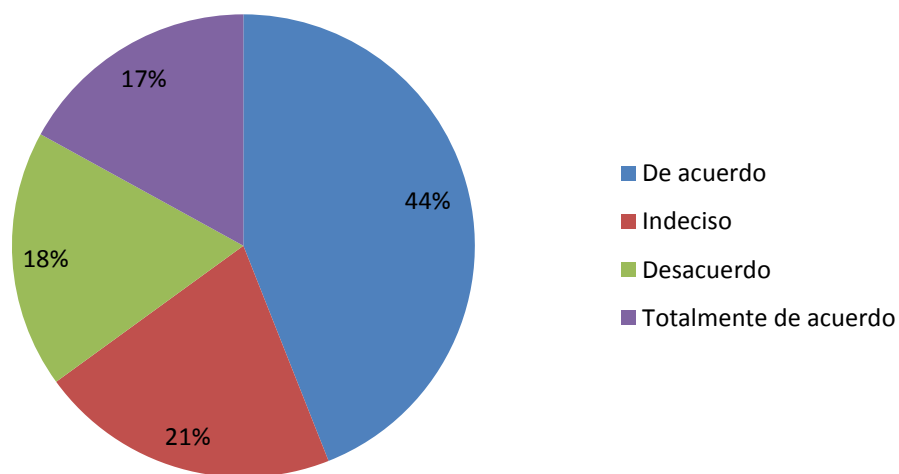


Figura N°8. Distribución de la población entrevistada en relación al cuidado de las labores durante la atención de los usuarios por parte del personal de salud, distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

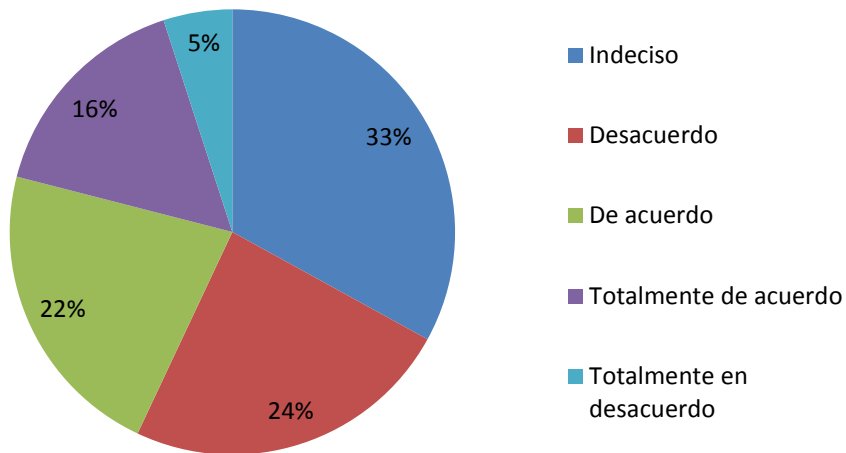


Figura N°98. Distribución de la población entrevistada según sentimientos de calor humano de los usuarios durante la atención generados por el personal de salud, distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

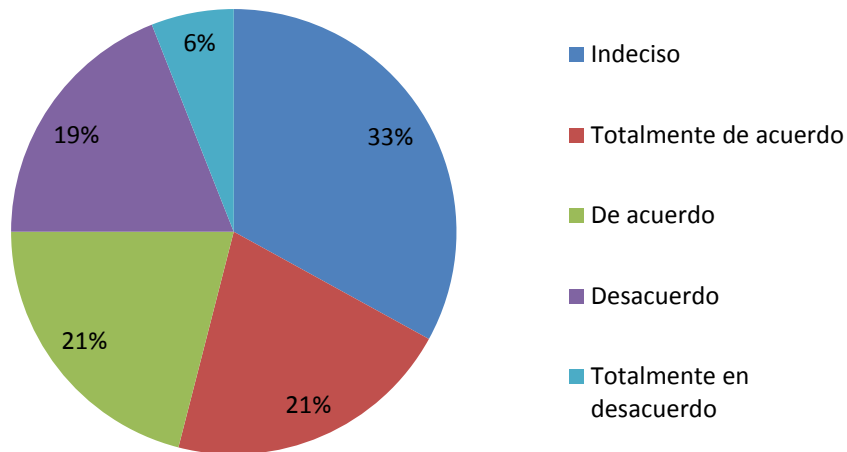


Figura N°10. Distribución de la población entrevistada según sentimientos de amabilidad de los usuarios generados por el personal de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

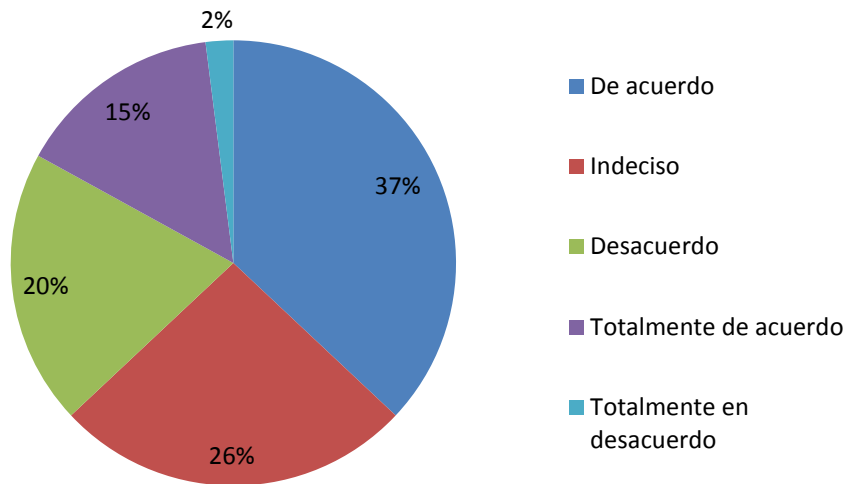


Figura N°11. Distribución de la población entrevistada respecto al personal de salud activo en su trabajo, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

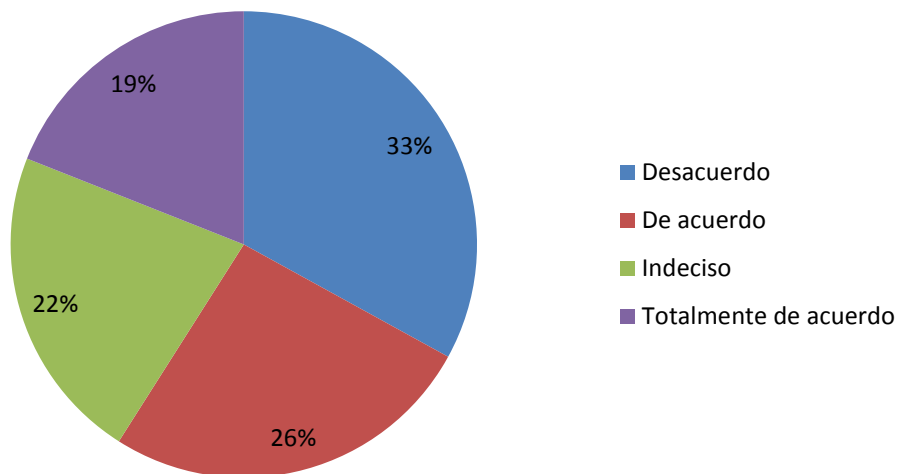


Figura N°12. Distribución de la población entrevistada con relación a la flexibilidad del personal de salud durante la atención de los usuarios, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

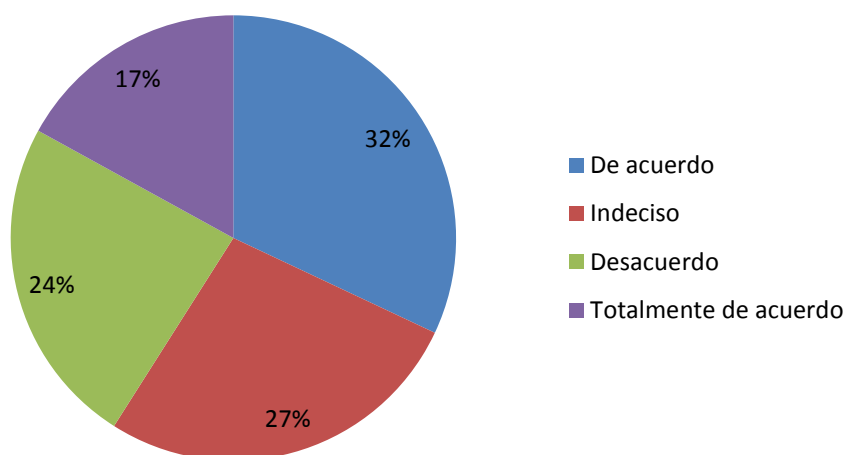


Figura N°13. Distribución de la población entrevistada con relación a la eficiencia del trabajo por parte del personal de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

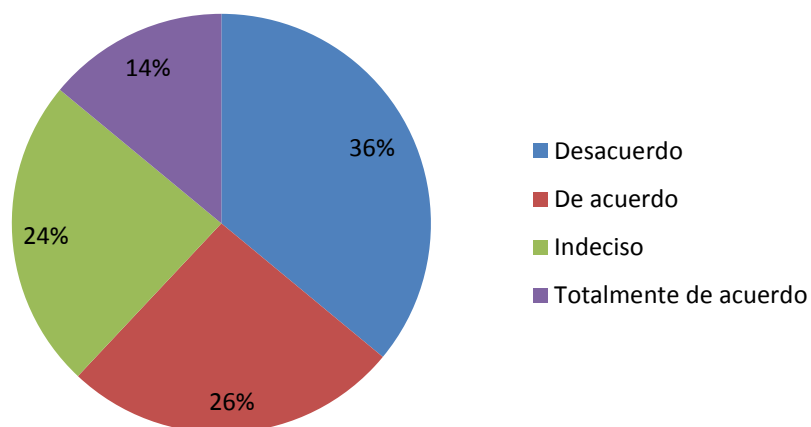


Figura N°14. Distribución de la población entrevistada según sentimientos de apoyo emocional de los usuarios generados por el personal de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

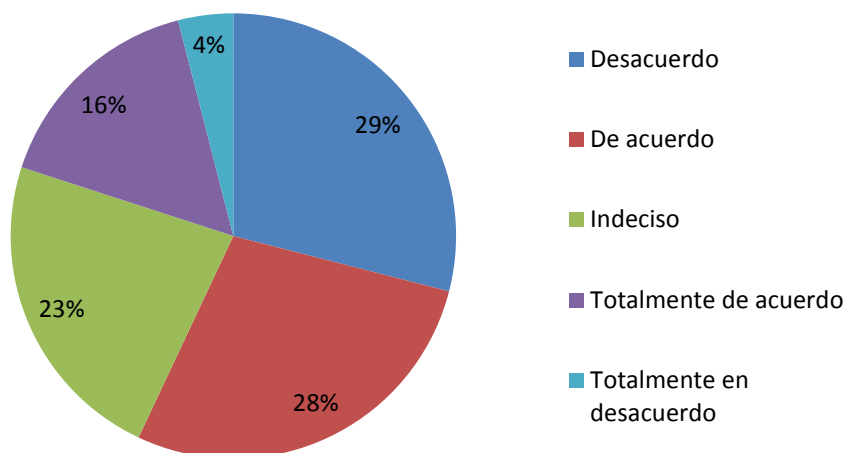


Figura N°15. Distribución de la población entrevistada sobre la consideración que genera el personal de salud durante la atención de los usuarios, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

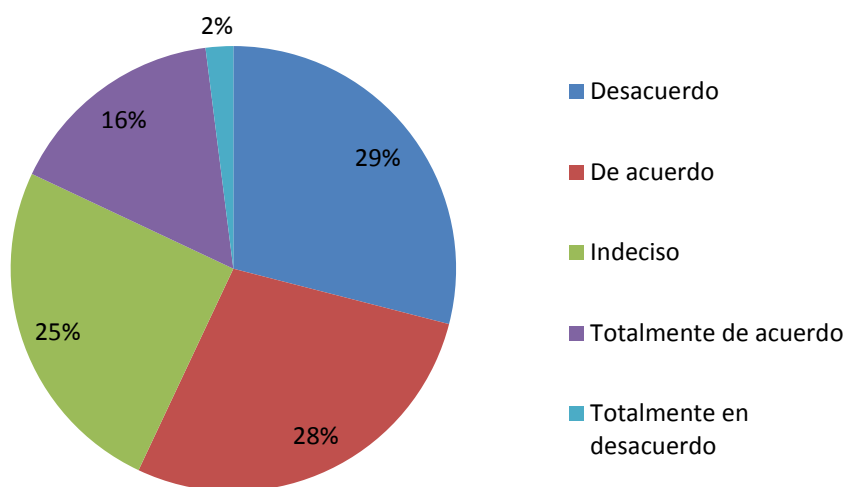


Figura N°16. Distribución de la población entrevistada en relación con el personal de salud como persona positiva con los usuarios durante la atención, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

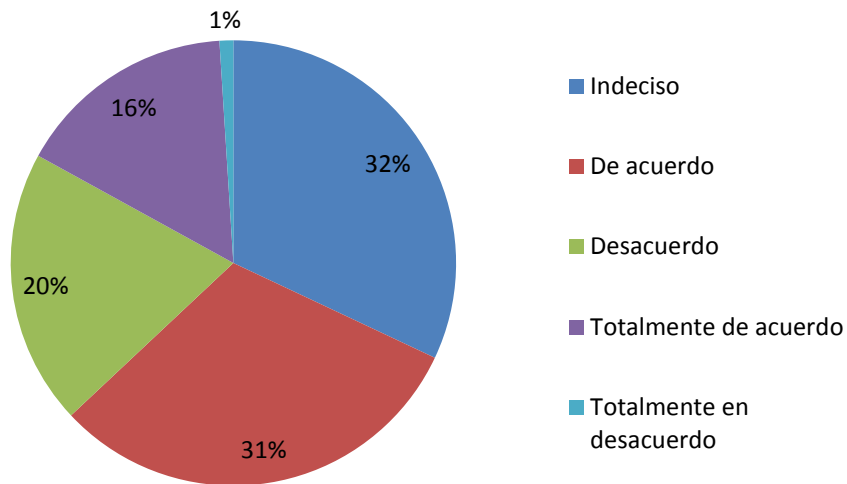


Figura N°17. Distribución de la población entrevistada sobre el personal de salud como persona sin juicios ante los usuarios, entrevistados en el cantón de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

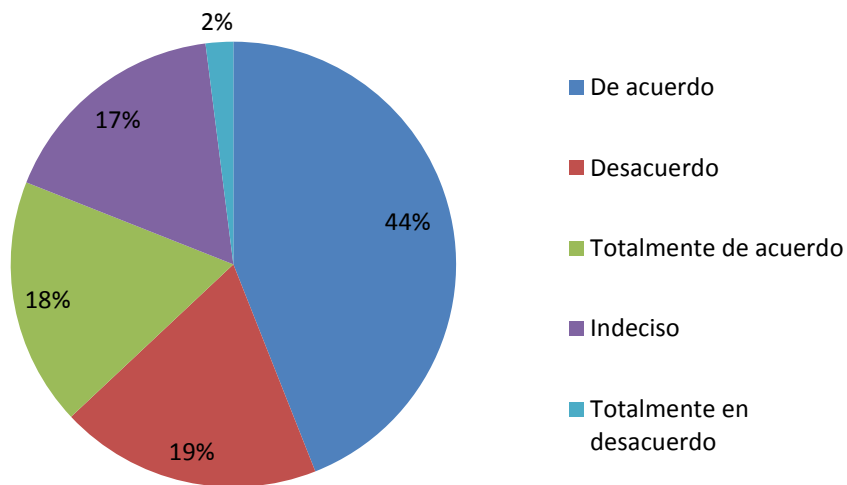


Figura N°18. Distribución de la población entrevistada en relación con la escucha de los usuarios durante la atención por parte del personal de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Totalmente de acuerdo ■ Indeciso ■ En desacuerdo

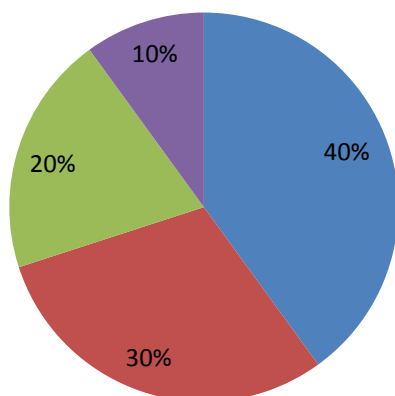


Figura N°19. Distribución de la población entrevistada sobre el respeto de los usuarios durante la atención por parte del personal de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ Indeciso ■ De acuerdo ■ Totalmente de acuerdo ■ En desacuerdo

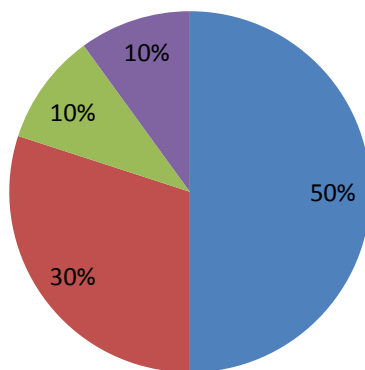


Figura N°20. Distribución de la población entrevistada en relación con el contacto visual del personal de salud con los usuarios durante la atención, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ Indeciso ■ Totalmente en desacuerdo ■ En desacuerdo

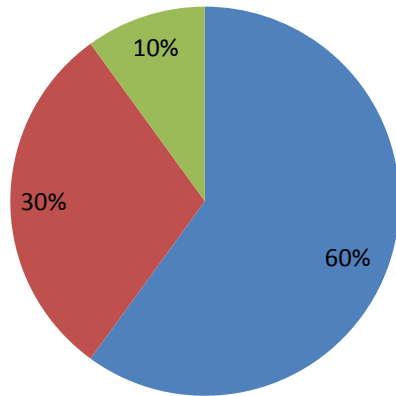


Figura N°21. Distribución de la población entrevistada donde el personal de salud lo toma de la mano durante momentos difíciles, entrevistados en el cantón Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

■ De acuerdo ■ Totalmente de acuerdo ■ Indeciso

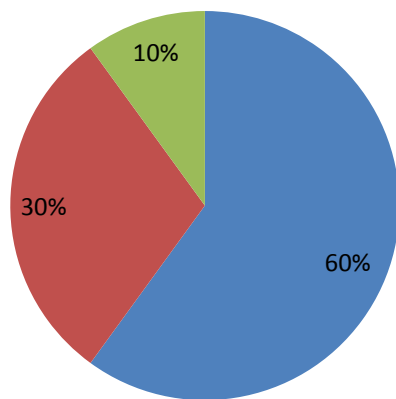


Figura N°22. Distribución de la población entrevistada en relación con el cuidado de los procedimientos de los usuarios durante la atención por parte del personal de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

■ De acuerdo ■ Totalmente de acuerdo ■ Indeciso ■ En desacuerdo

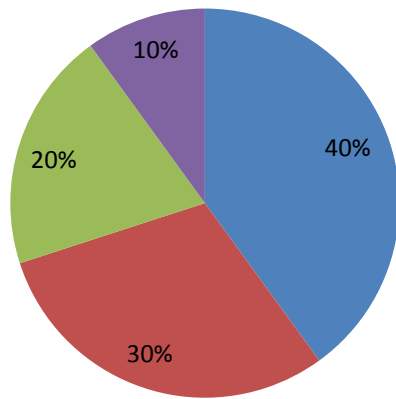


Figura N°23. Distribución de la población entrevistada en relación con la información brindada sobre la condición de salud del usuario ofrecidos por el personal de salud, entrevistados en el distrito Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Totalmente de acuerdo ■ Indeciso ■ En desacuerdo

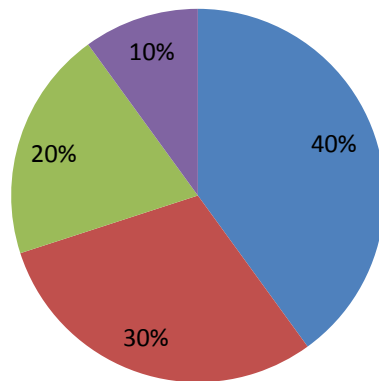


Figura N°24. Distribución de la población entrevistada en relación con la educación de los usuarios sobre los tratamientos y recomendaciones brindados por el personal de salud, entrevistados en el distrito Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

■ Indeciso ■ Totalmente de acuerdo ■ En desacuerdo ■ Deacuerdo

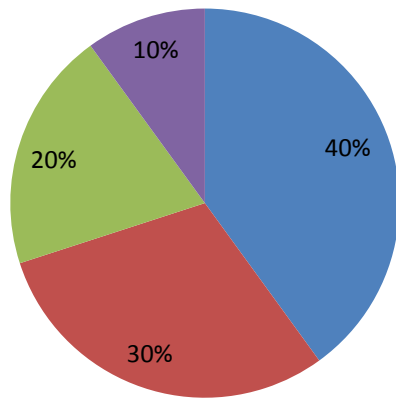


Figura N°25. Distribución de la población entrevistada donde el personal de salud propicia el dialogo con los usuarios durante la atención, entrevistados en el cantón Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

■ En desacuerdo ■ Totalmente en desacuerdo ■ Indeciso ■ Deacuerdo

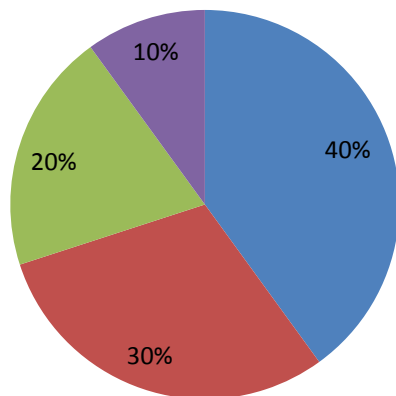


Figura N°26. Distribución de la población entrevistada en relación con la identificación del personal de salud por su puesto y nombre con los usuarios durante la atención, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

■ Totalmente de acuerdo ■ De acuerdo ■ En desacuerdo ■ Indeciso

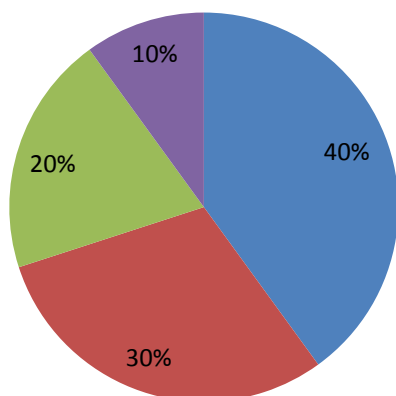


Figura N°27. Distribución de la población entrevistada en relación con la información brindada por el personal de salud antes de realizar un procedimiento al usuario, entrevistados en el distrito Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

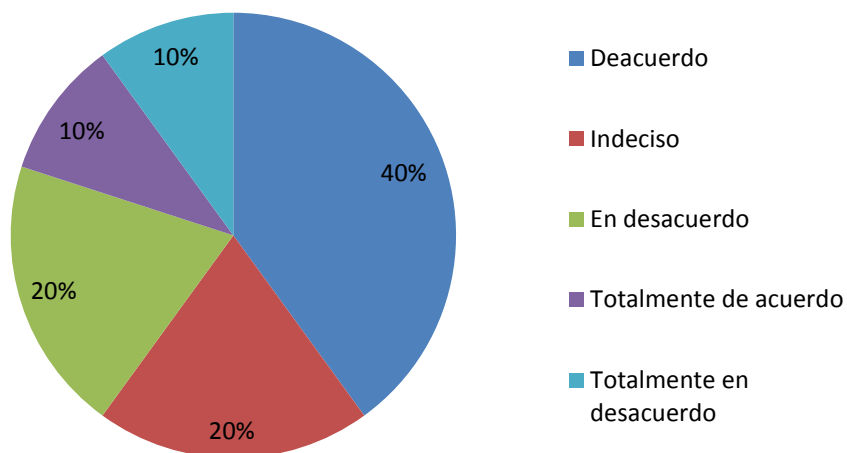


Figura N°28. Distribución de la población entrevistada sobre la necesidad de los usuarios de comunicar al personal de salud cualquier problema que se presente, entrevistados en el distrito Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ En desacuerdo ■ Totalmente en desacuerdo

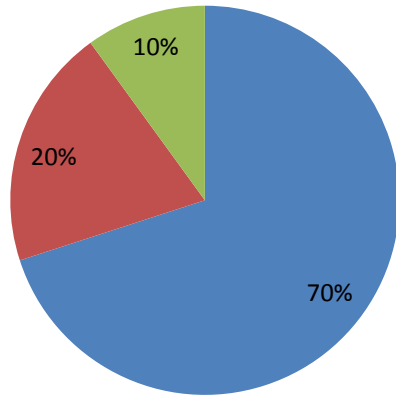


Figura N°29. Distribución de la población entrevistada en relación con la priorización del estado de los usuarios por parte del personal de salud, entrevistados en el cantón Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Indeciso ■ Totalmente en desacuerdo

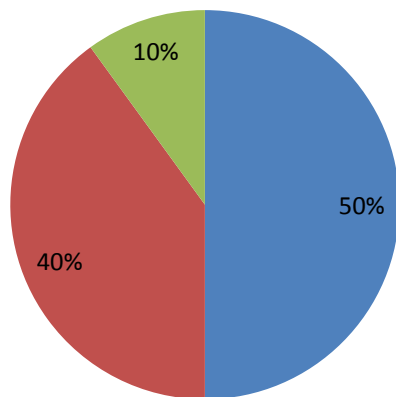


Figura N°30. Distribución de la población entrevistada en relación con la atención de las llamadas del paciente las veces necesarias, entrevistados en el cantón Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

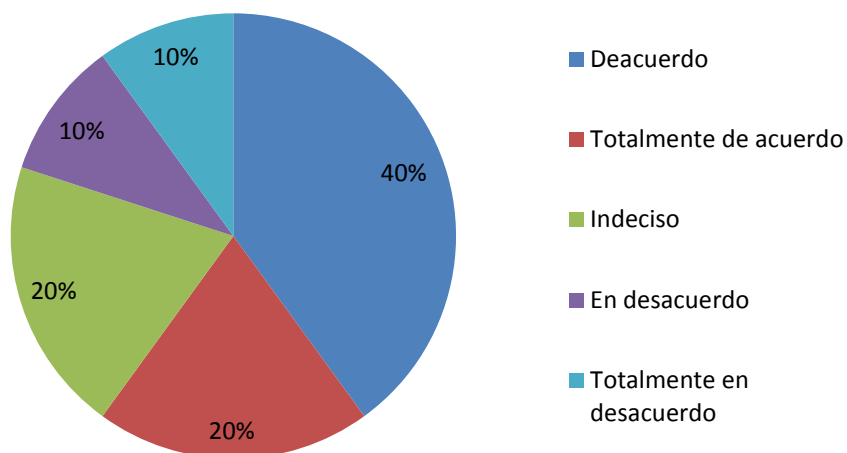


Figura N°31. Distribución de la población entrevistada donde el personal de salud llama al usuario por su nombre durante la atención, entrevistados en el distrito Alajuelita, 2108.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

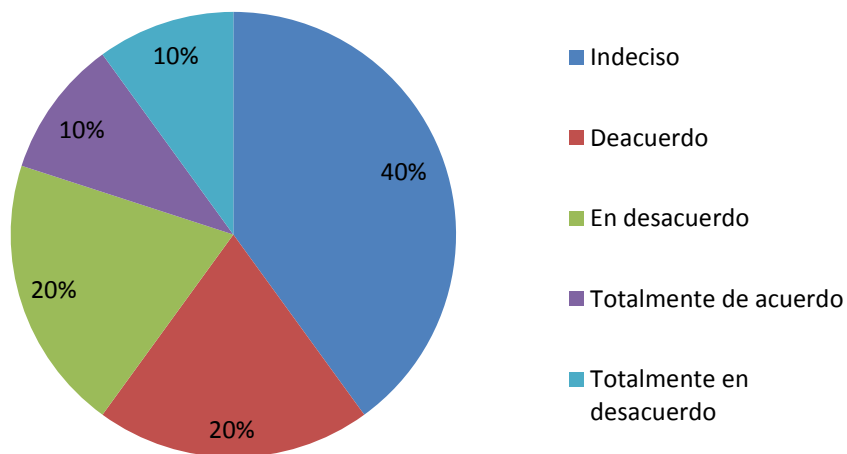


Figura N°32. Distribución de la población entrevistada donde el personal de salud establece una relación cercana con el usuario durante la atención, entrevistado en el distrito Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

■ De acuerdo ■ Indeciso ■ En desacuerdo

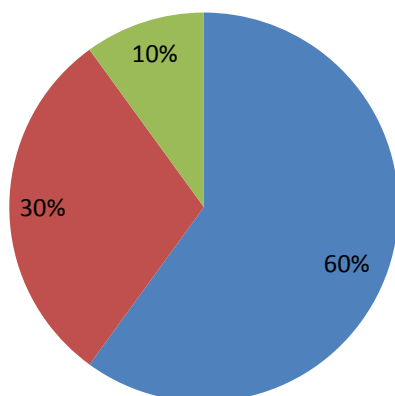


Figura N°33. Distribución de la población entrevistada donde el personal de salud es comprensivo con los usuarios durante su atención, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Indeciso ■ En desacuerdo ■ Totalmente de acuerdo

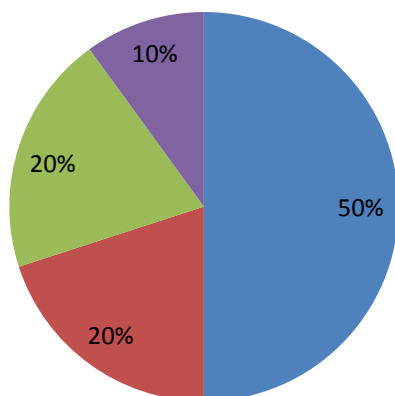


Figura N°34. Distribución de la población entrevistada sobre el interés que genera el personal de salud en relación con la condición del usuario, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Indeciso ■ En desacuerdo

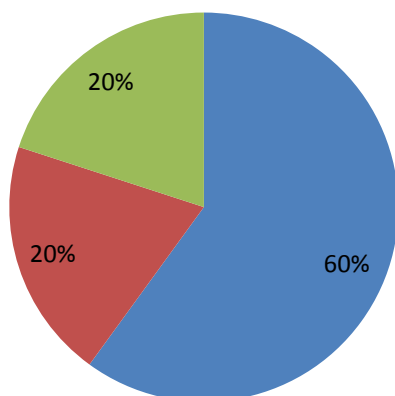


Figura N°35. Distribución de la población entrevistada sobre la colaboración del personal de salud con respecto a la atención de los usuarios, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Indeciso ■ En desacuerdo ■ Totalmente de acuerdo

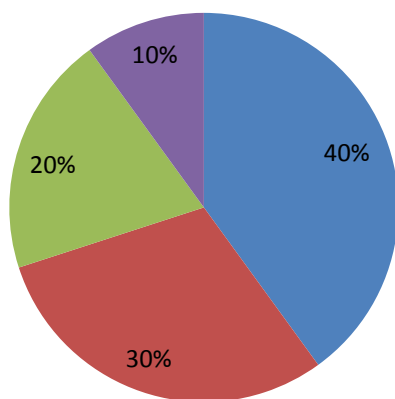


Figura N°36. Distribución de la población entrevistada en relación con la actuación oportuna del personal de salud en los usuarios durante la atención, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

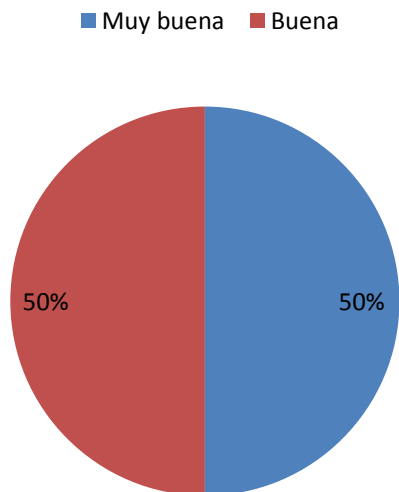


Figura N°37. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre como esperaba que fuese la calidad de la atención en el centro de salud, entrevistados en el distrito Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

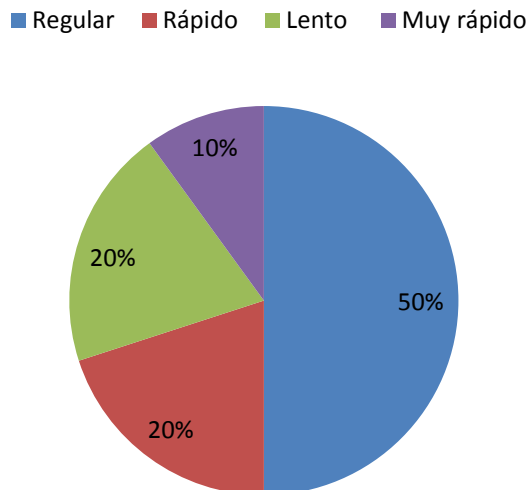


Figura N°38. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios donde como se consideran los tiempos de espera del servicio de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ Regular ■ Lento ■ Rápido ■ Muy lento

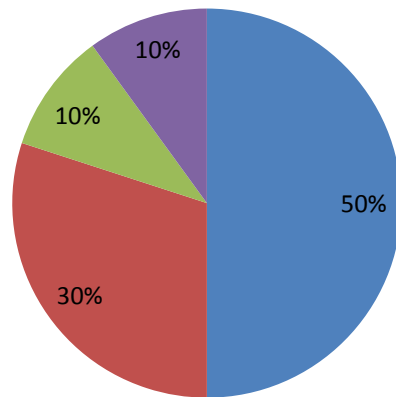


Figura N°39. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre la tramitología para ser atendido por el centro de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Totalmente en desacuerdo ■ En desacuerdo

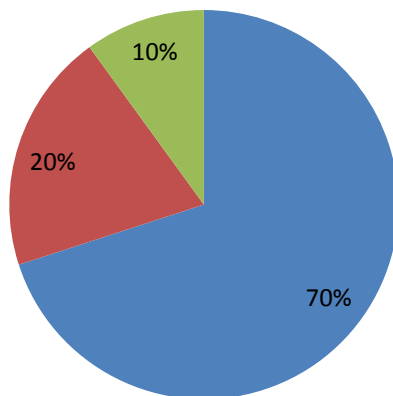


Figura N°40. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre la facilidad del acceso al centro de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ Indeciso ■ En desacuerdo ■ Deacuerdo ■ Totalmente en desacuerdo

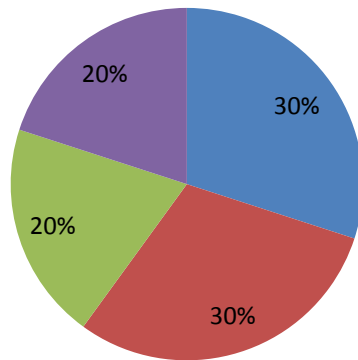


Figura N°41. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre la capacidad del personal de salud para atender la demanda del centro médico, entrevistados en el distrito Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ Indeciso ■ Deacuerdo ■ Totalmente de acuerdo

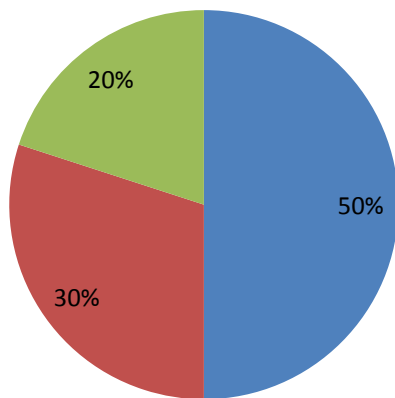


Figura N°42. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre los conocimientos y habilidades del personal de salud para brindar una atención adecuada, entrevistados en el distrito Alajuelita, 2018

Fuente: Elaboración propia, 2018

■ Deacuerdo ■ En desacuerdo ■ Totalmente en desacuerdo

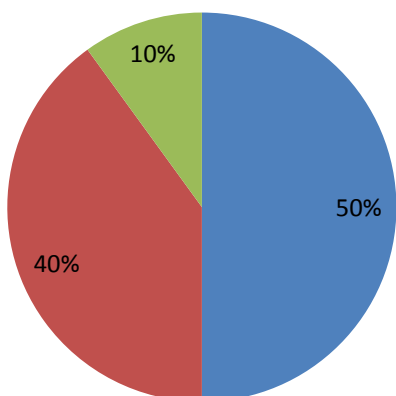


Figura N°43. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre los horarios adecuados del centro de salud para atender a la población, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ Indeciso ■ Totalmente en desacuerdo ■ En desacuerdo ■ Deacuerdo

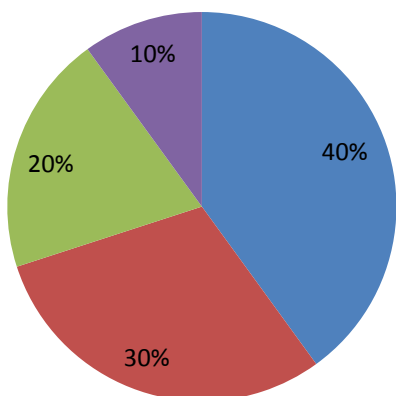


Figura N°44. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre el acceso al centro de salud a través de vía telefónica o páginas web, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ Deacuerdo ■ En desacuerdo ■ Indeciso

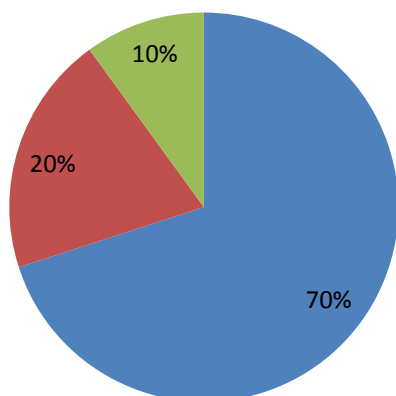


Figura N°45. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre el trato cortés del personal de salud con los usuarios, entrevistados en el distrito Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ Indeciso ■ En desacuerdo ■ Deacuerdo

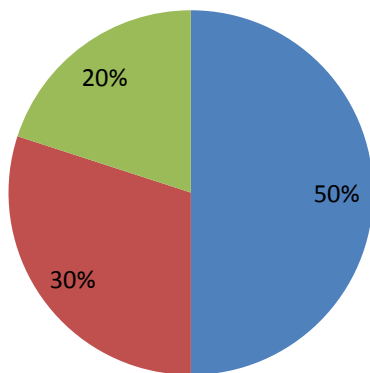


Figura N°46. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre el trato cortés del personal administrativo con los usuarios, entrevistados en el distrito Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Totalmente de acuerdo
 ■ En desacuerdo ■ Totalmente en desacuerdo

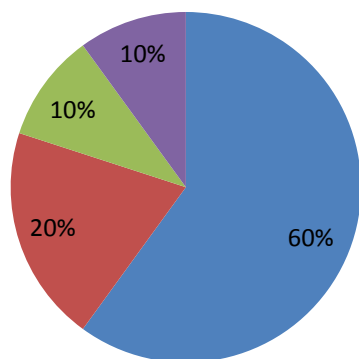


Figura N°47. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios en relación con el lenguaje sencillo que utiliza el personal de salud con los usuarios durante la atención, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Indeciso ■ En desacuerdo

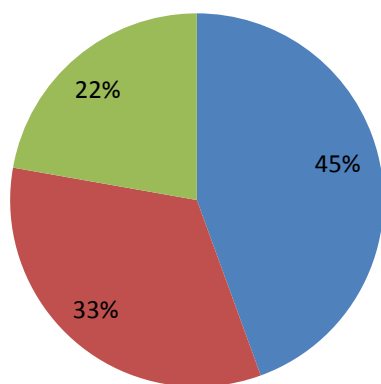


Figura N°48. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre la escucha de los usuarios durante la atención por parte del personal de salud, entrevistados en el distrito Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Indeciso ■ En desacuerdo ■ Totalmente en desacuerdo

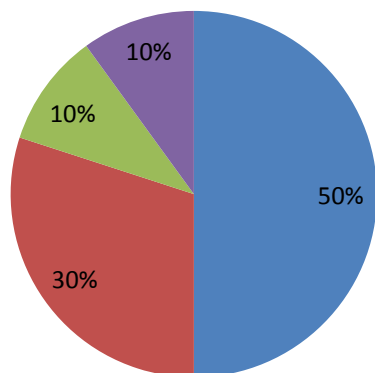


Figura N°49. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios en relación con la imagen de confianza generados por el personal de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Indeciso ■ En desacuerdo ■ Totalmente de acuerdo

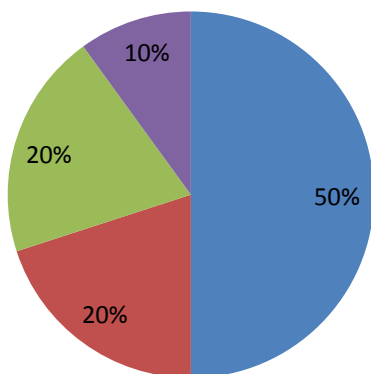


Figura N°50. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre la preocupación del centro de salud por la seguridad de los usuarios en el centro médico, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Indeciso ■ Totalmente de acuerdo ■ En desacuerdo

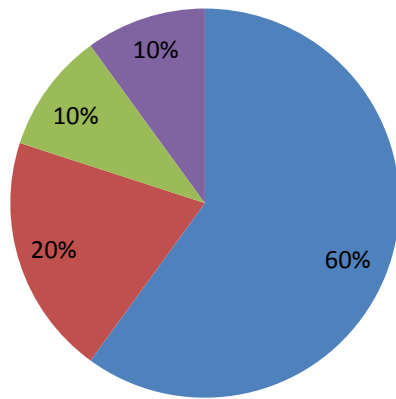


Figura N°51. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre la preocupación del centro de salud por el mantenimiento de las instalaciones del centro médico, entrevistados en el distrito de Alajuelita 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Indeciso
■ Totalmente de acuerdo ■ Totalmente en desacuerdo

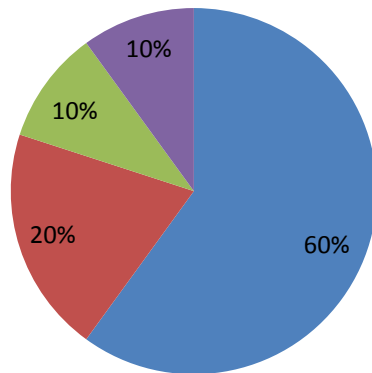


Figura N°52. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre la comodidad de la sala de espera del centro de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Totalmente de acuerdo ■ Indeciso ■ En desacuerdo

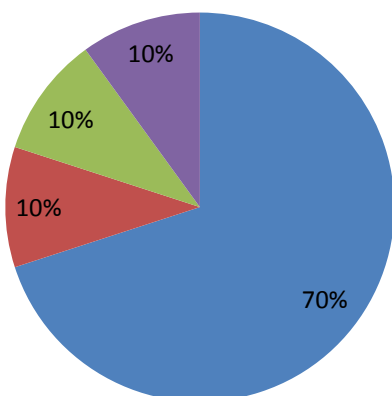


Figura N°53. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios en relación con la privacidad de los espacios de atención en el centro de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Indeciso ■ Totalmente en desacuerdo

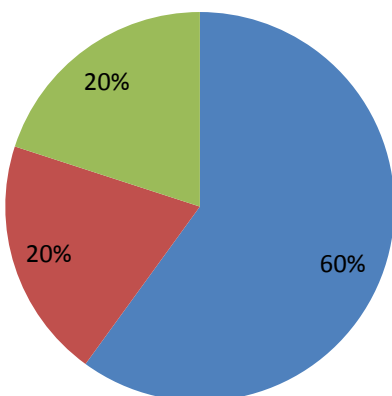


Figura N°54. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios en relación con los mecanismos que presenta el centro de salud para conocer las necesidades de los usuarios, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ Indeciso ■ Deacuerdo ■ Totalmente de acuerdo

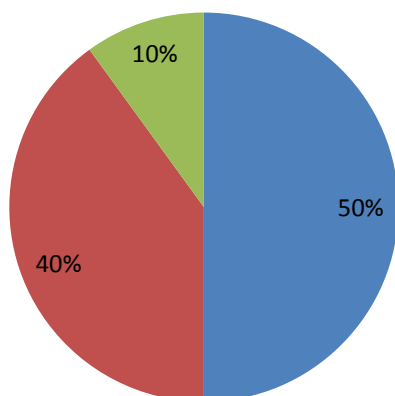


Figura N°55. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre la preocupación del centro de salud por el desarrollo de nuevas tecnologías, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

■ Deacuerdo ■ Indeciso

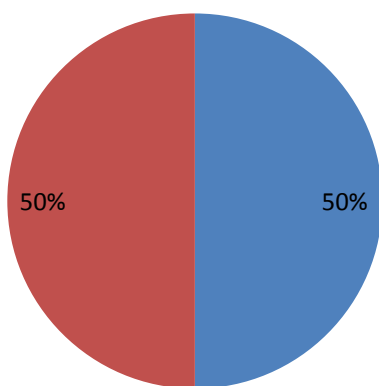


Figura N°56. Distribución de la población entrevistada según expectativas de los usuarios sobre la preocupación del centro médico por modernizar el conocimiento del personal de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Totalmente de acuerdo ■ Indeciso ■ En desacuerdo

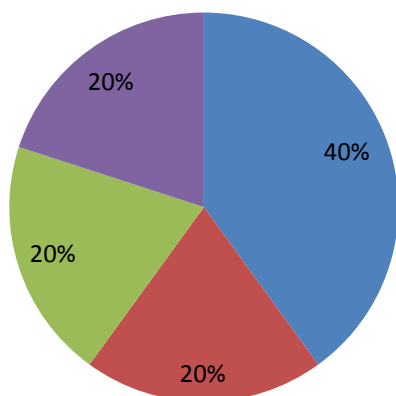


Figura N°57. Distribución de la población entrevistada según vivencias de los usuarios en los centros médicos de salud sobre las explicaciones claras sobre su enfermedad y tratamiento por parte del personal de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018. Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Indeciso ■ En desacuerdo ■ Totalmente en desacuerdo

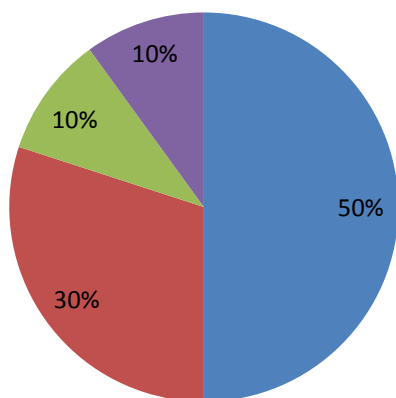


Figura N°58. Distribución de la población entrevistada según vivencias de los usuarios en los centros médicos de salud en relación con el trato cordial brindado por el personal de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Indeciso ■ En desacuerdo

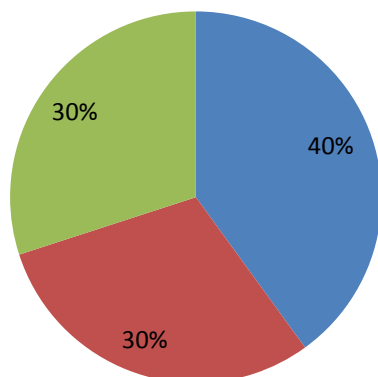


Figura N°59. Distribución de la población entrevistada según vivencias de los usuarios en los centros médicos de salud sobre la comunicación del personal de salud durante la atención, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

■ De acuerdo ■ Indeciso ■ Totalmente de acuerdo ■ En desacuerdo

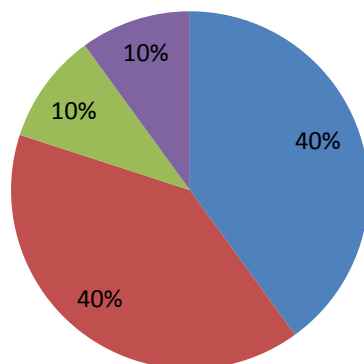


Figura N°60. Distribución de la población entrevistada según vivencias de los usuarios en los centros médicos de salud sobre la protección de la intimidad durante la atención por parte del personal de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

■ Indeciso ■ Deacuerdo ■ En desacuerdo

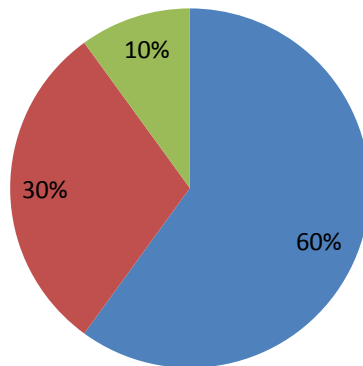


Figura N°61. Distribución de la población entrevistada según vivencias de los usuarios en los centros médicos de salud en relación con la participación de la familia sobre las explicaciones y recomendaciones brindadas por el personal de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ Deacuerdo ■ Indeciso ■ En desacuerdo

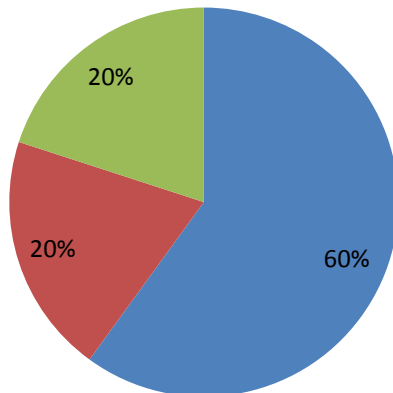


Figura N°62. Distribución de la población entrevistada según vivencias de los usuarios en los centros médicos de salud sobre la atención del personal de salud ante cualquier malestar en el usuario, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Indeciso ■ En desacuerdo

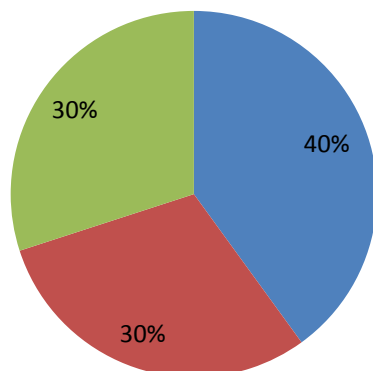


Figura N°63. Distribución de la población entrevistada según vivencias de los usuarios en los centros médicos de salud acerca de la priorización del estado del paciente por parte del personal de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Indeciso ■ En desacuerdo

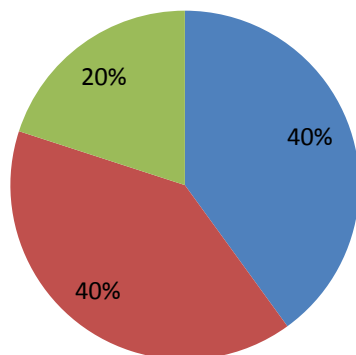


Figura N°64. Distribución de la población entrevistada según vivencias de los usuarios en los centros médicos de salud sobre los sentimientos de confianza generados por el personal de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

■ De acuerdo ■ Indeciso ■ En desacuerdo

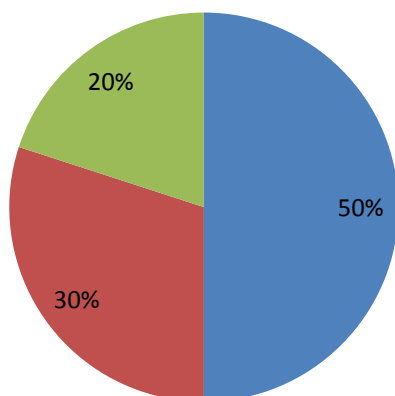


Figura N°65. Distribución de la población entrevistada según vivencias de los usuarios en los centros médicos de salud sobre el trato cortes de los usuarios por parte del personal de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ De acuerdo ■ Indeciso ■ En desacuerdo

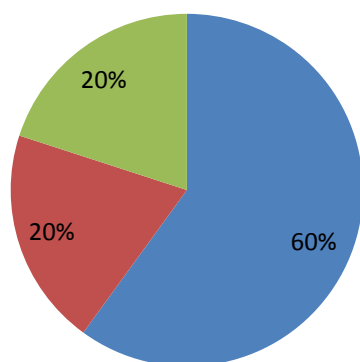


Figura N°66. Distribución de la población entrevistada según vivencias de los usuarios en los centros médicos de salud sobre expresiones positivas a los usuarios por parte del personal de salud, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018

■ Deacuerdo ■ En desacuerdo ■ Indeciso

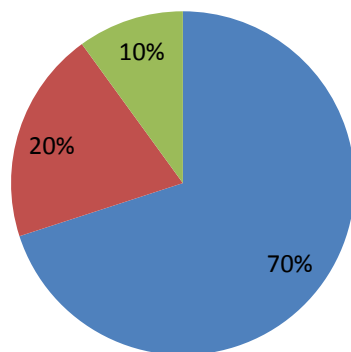


Figura N°67. Distribución de la población entrevistada según vivencias de los usuarios en los centros médicos de salud su estadía puede ser considerada como positiva a pesar del padecimiento gracias a la calidad de la atención, entrevistados en el distrito de Alajuelita, 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

■ Indeciso ■ Deacuerdo ■ En desacuerdo

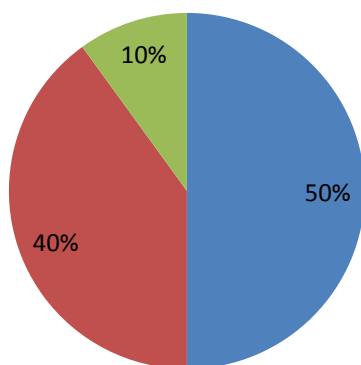


Figura N°68. Distribución de la población entrevistada según vivencias de los usuarios en los centros médicos de salud sobre la capacidad profesional del personal de salud durante la atención, entrevistados en el distrito de Alajuelita 2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Anexo 8 Carta de correcciones del Tribunal Examinador

San José, 13 de diciembre del 2018.

Máster
Vanessa Aguilar Zeledón
Directora Carrera de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante, **SILVIA PEÑA MORA**, cédula **3-0405-0147**, me ha presentado, el documento digital de su trabajo final de investigación denominado: **“Cuidado humanizado por parte del personal de salud según las expectativas y vivencias de los usuarios en los distintos servicios de salud, Alajuelita, II trimestre, 2018”** para efectos de revisión y comprobación. Tras su lectura puedo dar fe que contiene todas las correcciones que el Tribunal Examinador indicó en el momento de la defensa oral, por lo que manifiesto mi aval como lectura para la entrega de documentos finales.

Atentamente,



MSc. Marcela Castro Méndez
Cédula identidad 1-1034-0377
Carné Colegio Profesional E-4705

