

**CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO HUMANIZADO EN PACIENTE CON  
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR CLÍNICA PRIVADA TULUÁ**

**AUTORAS**

**MARIELA ALEJANDRA GARCÍA MARTÍNEZ**

**DEICY FAISURY LAGUNA GIRÓN**

**LEIDY JIMENA VÁSQUEZ BEJARANO**

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL  
TÍTULO DE ENFERMERA PROFESIONAL**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA**

**FACULTAD DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**PEREIRA**

**2020**

**CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO HUMANIZADO EN PACIENTE CON  
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR CLÍNICA PRIVADA TULUÁ**

**AUTORAS**

**MARIELA ALEJANDRA GARCÍA MARTÍNEZ**

**DEICY FAISURY LAGUNA GIRÓN**

**LEIDY JIMENA VÁSQUEZ BEJARANO**

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL  
TÍTULO DE ENFERMERA PROFESIONAL**

**ASESORA**

**BARBARA DE LAS MERCEDES MORA ESPINOZA**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA**

**FACULTAD DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**PEREIRA**

**2020**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo se lo dedico especialmente a mis padres y esposo que son el pilar fundamental de mi vida, por su apoyo y bendiciones para seguir adelante en cada uno de los proyectos que encamino y ser mis guías incondicionales.

***Mariela Alejandra García Martínez***

Durante mi proceso de formación muchas son las personas que han sido parte de mi crecimiento tanto profesional como personal, que la verdad no alcanzaría a plasmarla en este documento. Primeramente, a Dios y a mi ángel del cielo que guía y orienta cada día mis pasos mi señora madre Francia Janeth Girón, a mis compañeras de grupo Leidy Jimena Vásquez B. y M. Alejandra García por su paciencia y dedicación, a mi hijo y esposo por que se convirtieron en un pilar gigante durante todo este proceso.

***Deicy Faisury Laguna Girón***

Dedico este gran triunfo a mi madre por estar siempre presente, brindándome el ánimo y apoyo necesario en cada momento de llanto, risa, estrés durante toda la carrera y para alcanzar la culminación de este trabajo; a mi padre por su esfuerzo continuo y ayuda económica para que este sueño fuese realidad; a mi hermana porque ella es mi inspiración para ser una excelente profesional, ella es mi ejemplo a seguir, a mis sobrinos que son los más hermoso que tengo en mi vida, por último y no menos importante a mi novio por hacer parte de este proceso, por su apoyo constante y por creer siempre en mis capacidades. Los amo familia y gracias por el apoyo incondicional que recibí por parte de ustedes durante toda mi carrera.

***Leidy Jimena Vásquez Bejarano***

## **AGRADECIMIENTOS**

El primer agradecimiento va dirigido a Dios ya que fue nuestro guía cada día y fue quien nos regaló la suficiente la sabiduría, comprensión, paciencia y nos permitió ser perseverantes para la finalización de este proyecto investigativo, a la universidad y a las personas que hacen parte del comité investigativo de la universidad por permitir la aprobación para la elaboración de este proyecto investigativo, al personal de enfermería que colaboraron e hicieron parte de la población y resultados de este proyecto investigativo, a nuestra estadística, asesora Barbara de las mercedes Mora y diversos docentes que nos orientaron para la finalización exitosa de nuestro proyecto de grado.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN .....	10
1. PROBLEMA.....	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
2. JUSTIFICACIÓN .....	14
3. OBJETIVOS .....	16
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
4. MARCO REFERENCIAL.....	17
4.1. MARCO DE ANTECEDENTES O ESTADO DEL ARTE.....	17
4.2 MARCO TEÓRICO.....	21
4.2.1 Rol de Enfermería desde el Ámbito Asistencial .....	33
4.2.2 Rol de Enfermería desde el Ámbito Administrativo.....	34
4.2.3 Rol de Enfermería desde el Ámbito Gerencial .....	35
4.3 MARCO CONCEPTUAL .....	36
4.4 MARCO CONTEXTUAL .....	39
4.4.1 Marco geográfico .....	39
4.4.1.2 Municipio Tuluá.....	40
4.4.2 Marco demográfico .....	41
4.5 MARCO ÉTICO .....	42
4.6 MARCO LEGAL.....	43
4.7 MARCO DISCIPLINAR.....	45
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	47

5.1 TIPO DE ESTUDIO .....	47
5.2 POBLACIÓN.....	47
5.3 MUESTRA .....	47
5.4 TIPO DE MUESTREO.....	47
5.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	48
5.5.1 Variables .....	48
5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	49
5.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	49
5.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	49
5.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	50
5.10 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	52
5.10.1 Información sociodemográfica .....	52
5.10.2 Análisis descriptivo de las variables de acuerdo con el área de trabajo.....	53
5.11 ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES .....	59
6. DISCUSIÓN .....	70
7. CONCLUSIÓN.....	72
8. RECOMENDACIONES.....	74
9. REFERENCIAS.....	75
ANEXOS .....	84

## LISTAS DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Caracterización sociodemográfica .....	50
Tabla 2. Características del cuidado humanizado en pacientes con trastorno afectivo bipolar .....	51
Tabla 3. Resumen variables sociodemográficas .....	52
Tabla 4. Resumen resultados de cada dimensión por nivel .....	59
Tabla 5. Resumen resultados de los niveles de cada dimensión de acuerdo con el cargo .....	67
Tabla 6. Adoptado y adoptado a las dimensiones del cuidado humanizado según Jean Watson y TAB .....	84

## LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Cargo.....	53
Gráfico 2. Distribución del género de acuerdo al cargo.....	54
Gráfico 3. Distribución del estrato de acuerdo al cargo.....	54
Gráfico 4. Distribución del estado civil de acuerdo al cargo.....	55
Gráfico 5. Distribución del Área de acuerdo al cargo.....	55
Gráfico 6. Distribución del tipo de educación de acuerdo al cargo.....	56
Gráfico 7. Distribución de la edad de acuerdo al cargo.....	56
Gráfico 8. Distribución de la edad.....	57
Gráfico 9. Distribución del tiempo de experiencia (años) de acuerdo al cargo.....	58
Gráfico 10. Distribución del tiempo de experiencia en el servicio (años).....	58
Gráfico 11. Análisis de las dimensiones según el nivel.....	60
Gráfico 12. Dimensiones con resultados significativamente altos.....	61
Gráfico 13. Valores humanísticos y altruistas.....	61
Gráfico 14. Considerar las fuerzas existenciales-fenomenológicas.....	61
Gráfico 15. Dimensión 2 fe y esperanza.....	62
Gráfico 16. Dimensión 6 procesos creativos de cuidado y resolución de problemas.....	63
Gráfico 17. Dimensión 10 enseñanza y aprendizaje transpersonal.....	64
Gráfico 18. Dimensión 1 valores humanísticos y altruistas.....	64
Gráfico 19. Dimensión 3 sensibilidad a uno mismo y a los demás.....	65
Gráfico 20. Dimensión 9 considerar las fuerzas existenciales-fenomenológicas.....	66



## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Instrumento.....	84
Anexo 2. Consentimiento informado.....	89
Anexo 3. Evidencia de instrumento y consentimiento informado.....	90

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo investigativo se realiza con el fin de encontrar dentro del personal de enfermería las características fundamentales para ofrecer un cuidado humanizado en pacientes con trastorno afectivo bipolar siendo este una patología poco estudiada y con características particulares que se presentan dependiente de la etapa en la que se encuentra el paciente en este trabajo se hablará y se explicará con total claridad sobre este trastorno de una manera concisa en donde se explicarán los principales conceptos relacionados con esta patología.

El mundo es un lugar cambiante y de constante innovación, es por ello que surge la necesidad de que la profesión de enfermería evolucione teniendo un gran impacto en el cuidado que se le brinda al paciente, derivando a un segundo plano las labores del cuidado directo con el paciente y dejando lo administrativo como una pieza esencial dentro del servicio, si bien estos esfuerzos son necesarios para obtener un cuidado holístico en el sujeto; pero los cargos administrativos también se convierte en una desventaja para la profesión, haciendo que la atención sea de menos contacto con el paciente, provocando en el sujeto de cuidado pensamientos de un trato deshumanizado, por la constante delegación de funciones esenciales del cuidado a los auxiliares en enfermería y/o diferente personal de salud.

A través de lo expuesto anteriormente surge la necesidad de analizar por medio de este proyecto investigativo, si el rol de enfermería se está teniendo en cuenta en el cuidado humanizado, enfatizado en la relación enfermero-paciente basado en la confianza, la empatía, la escucha, la comunicación, en términos de un trato digno, libre de estigma y discriminación en los pacientes con TAB, fundamentados en las necesidades que presentan estos pacientes y el reconocimiento de sus derechos.

## 1. PROBLEMA

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud como lo indica la Organización Mundial de la Salud (OMS) es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”(preguntas más frecuentes n.d); desde allí partimos que este concepto implica toda interrupción de salud y desde el punto de vista de la salud mental, estas enfermedades son dadas por las situaciones actuales del país a nivel social, político y económico que viven los seres humanos viéndose afectados por muchos problemas a nivel interpersonal e intrapersonal conllevando, a desencadenar una enfermedad mental como es el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), considerando que según la OMS, “aproximadamente 60 millones de personas tienen este trastorno, siendo la sexta causa de discapacidad en el mundo” (trastornos mentales n.d.). Adicionalmente en Colombia conforme con la Universidad de la Sabana y la Asociación de Bipolares en Colombia, revelaron las cifras de bipolaridad en nuestro país, en donde estiman que “el 1% de la población adulta colombiana tiene Desorden Bipolar en forma grave (Tipo I, con síntomas psicóticos) y, el 2% lo padece leve o moderadamente (Tipo II con síntomas depresivos) (NIMH» Trastorno Bipolar n.d.)”

Cabe mencionar que para la Asociación Americana de Psicología, el (TAB) es una enfermedad mental grave donde se afectan los pensamientos negativos y surgen sentimientos de tristeza o alegría, estados de ánimo bajos o euforia afectando el funcionamiento general de la persona que lo padece, clasificándose en TAB en tipo I y TAB tipo II (Como reconocer un posible trastorno bipolar, según de APA n.d.); retomando lo dicho por la OMS este se caracteriza por episodios maníacos, depresivos y alternando con episodios normales, llevando a presentar cambios en su entorno y diario vivir causando poca comprensión de sus familiares y su entorno frente a los cambios de actitud que se pueden presentar por su diagnóstico. “Se

dispone de medicamentos que estabilizan el estado de ánimo con los que atajar eficazmente las fases agudas del trastorno bipolar y prevenir las recaídas. Además, el apoyo psicosocial es un elemento esencial del tratamiento” (trastornos mentales n.d.).

Cuando los pacientes con TAB tienen una falta de adherencia al tratamiento implica grandes consecuencias negativas; tendiendo a presentar recaídas continuas, que a su vez generan un estado de agitación psiquiátrica psicótica y psicomotriz, requiriendo de un manejo intrahospitalario que permita la compensación de su patología en su fase crítica, empleando medios como apoyo farmacológico y psicoterapéutico.

Por tal motivo las instituciones están empleando gestiones de calidad, considerando la atención humanizada como una forma de darle valor al paciente, pero el cuidado en la salud mental como lo menciona (Galvis López, 2015, p.1109) “sigue centrado en la patología del cerebro y del sistema nervioso en general”, observándose que la consulta de la salud mental está referida exclusivamente a su etiología desconociendo lo factores personales, sociales y culturales, de esta manera lo anteriormente mencionado se da por muchos factores tales como la globalización, la sobrecarga laboral, las condiciones laborales, conflictos familiares, situación política del país, deficiencia de los programas de salud, por lo cual se ve indispensable “incluir, por tanto, necesidades de tratamiento conforme al ambiente donde se desarrolla la enfermedad mental, lo que ha generado nuevas funciones para la Enfermería Psiquiátrica, ya que desde entonces participa e interviene en el tratamiento comunitario, familiar y de grupo”(Galvis López, 2015, p.1109); y de tal manera esto garantiza el bienestar del paciente dentro de la unidad hospitalaria.

El cuidado de las personas con enfermedades mentales, deben ir más allá de procedimientos técnicos fundamentados en lo científico. Por lo tanto, la Teoría de Enfermería Humanística de Paterson y Zderad señalan que “una enfermera(o) tiene que ir más allá de la competencia técnica y del dominio biológico, el cuidado es un encuentro con el otro”, en el

encuentro entre enfermera(o)-persona permite reconocer e interiorizar las experiencias de vida del otro, en este sentido estos autores coinciden y afirman la teoría de Watson Jean en la idea de la intersubjetividad. (Galvis López, 2015).

De este modo para (Montes et. al. 2019) es extraño tener que hablar de humanización, cuando el objetivo de nuestra profesión es el ser humano enfermo que sufre. Nada más humano que el sufrimiento. Y nada más humano, que intentar atenuarlo; es por ello que la humanización en el cuidado se refiere a las cualidades indispensables que debe reunir el personal de enfermería para interactuar con pacientes y familiares, dichas cualidades humanas son imprescindibles como la comunicación verbal y no verbal de manera clara y asertiva, la empatía, la escucha activa, el respeto y la actitud, teniendo en cuenta que la situación de las personas con este tipo de trastorno mental, son especialmente vulnerables y merecen el mejor de los tratos, en su entorno psicosocial, económico y emocional.

Cabe resaltar que se han encontrado pocos artículos, tesis, trabajos de grados o libros, que hablen del cuidado humanizado por parte del personal de enfermería en los pacientes con TAB.

A través de lo expuesto anteriormente surge la pregunta de la investigación:

## **1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Se relaciona el rol de enfermería en el cuidado humanizado en pacientes con TAB?

## 2. JUSTIFICACIÓN

En palabras de (Sarahy & Guerrero, 2018). El personal de enfermería es el que está veinticuatro/siete con los pacientes desde el momento del ingreso en un hospital. En Salud Mental también, es el personal de enfermería quien está todo el tiempo brindando compañía y cuidados a los pacientes, son quienes conocen sus nombres y apellidos, al momento del ingreso saben en qué estado de agitación psiquiátrica psicótica y psicomotriz llega y el progreso que presentan antes de su egreso, además son los que brindan un gran apoyo para tranquilizarlos y permiten sobrellevar una enfermedad que solo puede tratarse con el esmero, atención y profesionalismo del personal de enfermería. Por ello es importante tener en cuenta que la relación enfermero-paciente y el conocimiento, que tenga el personal de enfermería sobre este trastorno es un pilar eficaz para ayudar a fortalecer el vínculo; por tal motivo (Trapero Pons y Sara, 2017) afirma que la confianza es una fuente importante que hay que tener con el paciente ya que esta ayuda a disminuir su grado de exaltación y mejorar su evolución y la calidad de los cuidados que se le proporcionan, de esta manera se obtiene un cuidado humanizado.

Por ende, con lo enfatizado por Paulina, et. al. (2014) en términos de Watson Jean creadora de la “teoría del cuidado humano” ella señala y plantea que la humanización tiene riesgo de deshumanizarse en el cuidado del paciente, como consecuencia de la gran reestructuración administrativa para la certificación y acreditación de la mayoría de los sistemas de salud, establecido en las políticas y protocolos institucionales, guías de práctica clínica, para una mejora constante en la calidad; trasladando a un segundo plano el trato y el cuidado al paciente, en este orden de ideas el cuidado humanizado no se visibiliza ya que el profesional de enfermería no se está enfocando en los procesos de atención en salud puntuales dado que debe cumplir una serie de funciones administrativas, como consecuencia se ha visto desplazado el cuidado humanizado de los pacientes que se encuentran bajo el

acompañamiento de dicho personal, por ende se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en los enfoques de la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte del personal de enfermería.

No obstante, el cuidado humanizado se convierte en el eje conductor de la atención en salud, principalmente en el área de enfermería. De acuerdo con lo que indica Watson Jean, que el reconocimiento del sujeto del cuidado debe ser como aquella persona que necesita una relación directa e intersubjetiva para sentirse reconocido e identificado en su condición de enfermedad.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar el cuidado humanizado en el personal de enfermería frente al TAB, Clínica privada de Tuluá.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Caracterizar socio-demográficamente a la población sujeto de estudio.
- 2) Identificar las características del cuidado humanizado en el personal de enfermería respecto a los pacientes con TAB.
- 3) Establecer un cuidado humanizado en la relación enfermera/o-paciente, a través de la intersubjetividad.



## 4. MARCO REFERENCIAL

### 4.1. MARCO DE ANTECEDENTES O ESTADO DEL ARTE

A nivel internacional se tienen los estudios de Urrestre (2017), Cortes (2015) y López (2013) respecto al papel de los enfermeros en el cuidado de paciente con trastorno bipolar; la intervención del personal de enfermería a pacientes jóvenes que padecen trastorno bipolar y a sus familias; y a un plan de cuidados estandarizados para ser aplicados en la intervención de personas con trastorno bipolar.

Urrestre (2017) con su trabajo de grado *el papel de los profesionales de Enfermería en el cuidado de pacientes diagnosticados de trastorno bipolar* es una investigación documental basada en búsqueda de PubMed, Cochrane Plus, CINAHL, Cuiden y Cuidatge, entre diciembre de 2016 y marzo de 2017 en las que se identifican las actividades de las enfermeras para el cuidado de pacientes con trastorno bipolar y su papel en la realización de intervenciones:

Beentjes TA y colaboradores (2016) en *Nurses' experience of maintaining their therapeutic relationship with outpatients with bipolar disorder and their caregivers during different stages of a manic episode: A qualitative study* en el cual se afirma que las enfermeras se esfuerzan para establecer una relación terapéutica con el paciente y con su familiar o cuidador, y por el establecimiento del plan de prevención para evitar recaídas.

McCormick U y colaboradores (2015) en su trabajo *Diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: A review for advanced practice nurses*, en la que se indica que la psicoeducación grupal de pacientes y cuidadores son altamente buenas, así como la psicoterapia interpersonal y la terapia de ritmo social.

Muñoz Zorrilla MJ y colaboradores (2012) presentan el caso clínico *Paciente con trastorno bipolar: Proceso de enfermería*, en donde se resalta la importancia del rol de las

enfermeras, se destaca la farmacología y psicoterapia, la psicoeducación, talleres de Relajación, educación para la salud y grupo multifamiliar.

Crowe M y colaboradores (2010) en *Disorderspecific psychosocial interventions for bipolar disorder. A systematic review of the evidence for mental health nursing practice*, en la cual se indica que los enfermeros en salud mental tienen un papel muy importante respecto a la integración psicosocial, igualmente se menciona la investigación escasa en el tema.

Sherrod T y colaboradores (2010) en su artículo *Older adults with bipolar disorder: Guidelines for primary care providers*, en donde se destacan la psicoeducación, el seguimiento de fármacos, grupos de apoyo, y la familia como herramienta que permita la adherencia y vigilancia del paciente.

Goossens y colaboradores (2008) en *The nursing of outpatients with a bipolar disorder: What nurses actually do*, obtiene como resultados que los profesionales de enfermería deben manejar la confianza y la relación con el paciente, la psicoeducación, así como establecer planes de actuación.

Goossens PJ y colaboradores (2007) realizan una revisión sistemática en *Nursing processes used in the treatment of patients with bipolar disorder* en la cual se menciona sobre los planes de cuidado, la psicoeducación. Sin embargo, los autores refieren que existen limitantes por la escasa evidencia que hay en este tema de estudio, y por ende la necesidad del establecimiento de un cuerpo de conocimientos para el desarrollo de tratamientos.

Taylor C y colaboradores (2006) realizan en su trabajo *Bipolar disorder: The nurse's Rol* donde explican sobre la importancia de la elaboración de planes de cuidado consensuados y se menciona la utilidad de la psicoeducación y los grupos de apoyo.

Cortes (2015) realizó un estudio titulado *intervención de enfermería al paciente con trastorno bipolar pediátrico y a sus familias*, ejecutado en niños y adolescentes de edades entre 12 y 18 años diagnosticados con trastorno bipolar pediátrico en Lleida el Centre de

Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) de España, dentro del cual enfermeros especializados en salud mental llevaron a cabo un proceso de intervención a dicha población y sus familias, el cual constó de 21 sesiones durante nueve meses en la cual se trata sobre la confianza, psicoeducación, reconocimiento de sentimientos, apoyo social y reflexión, habilidades de comunicación y resolución de problemas. Se obtuvieron como resultados que el trastorno bipolar pediátrico es poco conocido, la psicoeducación como tratamiento farmacológico no es muy conocida, lo cual dificulta a la hora de realizar la intervención en razón a que los padres al desconocer la terapían no están de acuerdo que se intervengan. Además, una limitación existente es la claudicación de las enfermeras especialistas debido a la excesiva carga laboral que tienen. Ante dicho panorama la solución se haya en tener una enfermera exclusiva responsable para realizar la intervención.

López (2013) en su estudio *cuidados estandarizados en trastorno bipolar en Unidades de hospitalización, tratamiento y rehabilitación*, llevado a cabo en Madrid, España, el cual corresponde a un documento en el cual se presenta como resultado un plan de cuidado para ser aplicado en unidades de media estancia con el propósito de que los enfermeros brinden atención y cuidado integral, constituye una forma de unificación de criterios para que el personal de enfermería atienda de la mejor manera a los pacientes.

A nivel nacional, se encuentran los estudios de Fernández et al (2018) y Pardo y Riascos (2003).

Fernández et al (2018) en su documento *cuidados de enfermería en el trastorno bipolar* del IV Congreso Virtual Internacional de Enfermería en Salud Mental el cual indica que la educación en salud es primordial para el desarrollo del tratamiento, es necesario fortalecer lazos de confianza del personal profesional sanitario y también de sus familiares. El riesgo de suicidio una vez es manifestado por el paciente es latente, de ahí la necesidad de la atención de urgencia médica.

Pardo y Riascos (2003) en su *estudio factores de riesgo y cuidados de enfermería en la enfermedad maniaco depresiva de personas que consultaron al hospital mental de Risaralda – Homeris - en el primer semestre de 2002*, la cual dentro de sus objetivos planteó la descripción de los cuidados de enfermería que se brindan a los pacientes afectados por EMD que consultaron al HOMERIS, tales como explicación de la rutina del hospital, gestos de amabilidad, solicitud de familia, iluminación de habitaciones, explicación de los efectos e indicaciones de los medicamentos, tiempo de efectividad de los mismos, realización de comentarios respecto a otros pacientes, confianza y seguridad, indicación de la patología y su manejo. Se aplicaron 90 encuestas, el 50% dirigido a pacientes y el otro 50% a las familias en la que se aplicaron variables de estudio en cuanto a factores de riesgo y en cuanto a los cuidados de enfermería recibidos. Se obtuvieron como resultados que los trastornos mentales y de conducta necesitan de una articulación entre medicación, psicoterapia y rehabilitación psicosocial; cada intervención es diferente pues cada persona corresponde a un caso distinto, en el cual juega un papel muy importante la confianza que existe entre el médico y paciente, el plan de tratamiento previamente negociado, la colaboración de la familia. La amabilidad por parte del personal de enfermería constituye un factor que favorece en el proceso o tratamiento, pues en gran medida el paciente que decide aceptar el tratamiento es debido a la empatía con las enfermeras. Además, se identificó que el 21% de asistentes al Homeris en el año 2002 han sido diagnosticados con trastorno afectivo bipolar.

A nivel local no se han encontrado investigaciones respecto al objeto de estudio.

## 4.2 MARCO TEÓRICO

La salud mental es definida por presentar un estado de bienestar en el que la persona puede llegar a ser consciente de sus propias aptitudes e identificar las situaciones que ocasionan tensión en su diario vivir, de esta manera seguir en sus labores cotidianas y provechosas sin ninguna dificultad, por tal motivo permita contribuir con grandes beneficios dentro de la comunidad, (Enfermedad mental-Avifes, n.d).

En la actualidad no se ha encontrado una explicación biológica clara y concisa para la diferenciación, entre lo que se conoce de normalidad y anormalidad en la salud mental, de igual manera existe un desconocimiento de las razones y causas que presentan los desequilibrios en el campo de la psiquiatría, (Colombia, 2003).

Las enfermedades mentales o los trastornos mentales son un compromiso que logra afectar a una persona a nivel emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en el que se ve alterado todo el desarrollo psicológico (el pensamiento, la percepción, el afecto, lo psicomotor, lo sensorial y/o el raciocinio) (enfermedad mental-Avifes, n.d). De esta manera conlleva a generar una dificultad en la adaptación e imagen social, como resultado de la presencia de sintomatología de la enfermedad que padecen (conejo cerón et al, 2014).

Por ende, los trastornos mentales, son también llamados trastornos neuropsiquiátricos y/o del comportamiento, además se ha convertido en un tema de interés en salud pública; motivo por el cual causa un gran impacto dentro de las personas que sufren esta enfermedad, su núcleo familiar y las personas que prestan los servicios de salud. (Valencia Collazos, 2007)

Según (Colombia, 2003) existe un listado de los trastornos mentales más frecuentes que son evidenciados dentro de la sociedad, el cual se correlaciona el TAB que es el eje central de esta investigación.

Anteriormente el TAB era llamado o catalogado como una enfermedad mental maniaco-depresiva (NIMH » Bipolar Disorder, n.d.). El TAB pertenece a las enfermedades mentales graves, (Vista de Trastorno bipolar: Garantías explícitas de salud e implicancias para enfermería, n.d.), suele caracterizarse por cambios repentinos en el estado de ánimo, en la concentración, vitalidad y la aptitud para realizar las actividades diarias (NIMH » Bipolar Disorder, n.d.). En el TAB predomina una clasificación que consiste en cambios muy marcados: el **TAB tipo I** está acompañado por episodios maníacos graves en donde se presenta ciclos de comportamientos extremos (euforia, exaltación, magnificencia, irritabilidad, verborrea y fuga de ideas) (criterios DSM-IV-TR ( trastorno bipolar), n.d.) llevando al paciente a la hospitalización inmediata, la duración de esta clasificación es de 7 días, finalizando con episodios depresivos con duración aproximadamente de 2 semanas, el **TAB tipo II** es distinguido por episodios depresivos o hipomaníacos predominando (la tristeza extrema, sentimientos de culpa, autoestima baja e ideas suicidas) (criterios DSM-IV-TR (trastorno bipolar), n.d.) y el **TAB tipo III** llamado trastorno mixto o ciclotímico(ciclotimia) conformado por episodios largos de depresión e hipomanía que pueden durar periodos extensos que van desde 1 a 2 años siendo una causa para el difícil diagnóstico del mismo (NIMH » Bipolar Disorder, n.d.).

El TAB se encuentra incluido entre los trastornos afectivos y es el causante de discapacidad en un gran número de países, la incidencia dentro de la población está entre el 0.5-1.5% (Melrose et al., 2015) y la prevalencia según su clasificación es el 1,6% para el TAB tipo I y para el TAB tipo II es del 0,5% (Vieta & Gasto, 1997); se suele presentar en todo tipo de cultura y etnia, (Weeks, 2015) aparece en igual proporción tanto en mujeres como en hombres y usualmente se llega a padecer en la segunda o tercera década de la vida (Melrose et al., 2015), así pues se demuestra un riesgo del 5% en el ingreso de las unidades psiquiátricas. (Weeks, 2015).

De esta manera es probable que las causas del TAB sean de origen interno del paciente o constitucionales que se relaciona con el sujeto dentro de sus características somáticas o fisiológicas en un promedio del 70% (Vieta & Gasto, 1997).

Cabe resaltar que existen varios factores que puede desencadenar la enfermedad o agilizar su proceso de descompensación entre ellos según (Vieta & Gasto, 1997):

- **Factor hereditario:** Es uno de los factores más predominantes por los lazos de fraternidad y grado de consanguinidad llegando a presentar fácilmente un trastorno maníaco-depresivo llegando a una tasa del 15%.
- **Factor biológico:** Se determina que un factor para el TAB es de procedencia bioquímica o alteración de las sustancias que son producidas por el organismo.
- **Factor tóxico:** El consumo de sustancias psicoactivas y bebidas embriagantes pueden ser un factor que conlleve a acelerar los procesos de descompensación clínica.
- **Factores hormonales:** Algunas enfermedades de origen hormonal generan algunas alteraciones psico-emocionales.
- **Factor psicológico:** Los problemas psicológicos y emocionales pueden llevar a que este tipo de enfermedades lleguen a presentar condiciones clínicas desfavorables dentro de sus patologías y complicarlas.

Aquellos pacientes que padecen trastornos mentales graves, tienden a experimentar dos grandes tipos de efectos: los producidos directamente como resultado de la discriminación de otras personas, generando en ellos un gran impacto psicosocial y los que provienen de su propia autoestigmatización provocando en ellos: sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima, ya que estas personas viven de la opinión de los demás es decir viven de los estereotipos, (Laviana, 2018).

Durante muchos años los trastornos mentales, ha sido un tema de tabú dado que desde las primeras civilizaciones los pacientes que han sufrido un trastorno psiquiátrico y en

compañía de sus familiares fueron discriminados y actualmente siguen siendo discriminados, constantemente por hechos que se siguen presentando en todo ámbito social, con expresiones como: locos, chiflados, conversivos, dementes, endemoniados y lunáticos, viéndose obligados a aislarse y a esconder su enfermedad ya que lo consideran como algo vergonzoso, (Pacientes con enfermedad psiquiátricas, enfermería, n.d.).

Con referencia a (Laviana, 2018) el estigma y la discriminación en el manejo de este tipo de pacientes empieza muchas veces en los unidades de salud mental mejor conocidas como Hospitales Psiquiátricos, donde se ve reflejado la exclusión según su patología o condición emocional, sin tener en cuenta que esta decisión puede llegar a causar mayor trauma psicológico, por tal motivo son separados de otros pacientes que no cuentan con trastornos mentales, es necesario resaltar de igual manera dicho estigma y discriminación trasciende en la calidad del cuidado que recibe el paciente por parte del personal de enfermería; ya que son vistos como menos preferente por ellos llegando a sentirse juzgados, señalados, ignorados y cuestionados por los comportamientos que estos adoptan durante un estado de agitación psiquiátrica psicótica y psicomotriz .

Es por ello que (Pacientes con enfermedad psiquiátricas, enfermería, n.d.) establecen que el cuidado del paciente con un trastorno mental (TAB) requiere que el personal de enfermería, conciba una actitud libre de estigmas y discriminación, sin ningún tipo de barreras, que sea bondadoso, respetuoso, en donde siempre están prestos al servicio y comprometidos tanto con el paciente y como con su familia. Este personal siempre debe buscar espacios para llegar al paciente y establecer con él un contacto cálido, de tal manera lograr romper el hielo y poder entablar una conversación ya sea desde el gesto más mínimo como (saludarlo, preguntarle ¿cómo descanso?, ¿cómo amaneció?, ¿cómo se encuentra?, ¿puedo ayudarlo con algo?) aunque el tiempo sea muy limitado para saludarlo, esto ayudará a conocerlo y posibilitar el entablar una relación enfermero-paciente, porque en el momento en



que el enfermero establece un contacto directo con el paciente y una comunicación se logra valorar la conducta, la evolución o deterioro que pueda presentar dentro de su cuadro clínico, así mismo se podrá diferenciar si el paciente se encuentra en un estado maníaco con alucinaciones o un estado depresivo con ideas suicidas, todo esto es posible a través de la observación de “su apariencia general, postura, mirada y gestos, al escucharlo podrá detallar rápidamente su lenguaje, orientación y criterio personal sobre su estadía en la institución” (Pacientes con enfermedad psiquiátricas, enfermería, n.d.), en efecto dar un seguimiento a la patología, alcanzar el bienestar deseado frente al cuadro clínico y es así como el personal de enfermería se convierte en un personal activo que escucha, que se comunica y logra tener una relación enfermero-paciente (Gómez Barrera, 2010).

En la disciplina de la Enfermería el cuidado es considerado como un peldaño anclado al quehacer del personal de enfermería (Monte et. al. 2019). El cuidado debe estar entrelazado con la humanización, la cual es un continuo orientar en el proceso de la salud hacia el servicio del paciente (Isabel & Pabón, 2008), es por esta razón que el cuidado debe ir inmerso en el manejo holístico de manera intersubjetiva e interconectado a través de la relación enfermero-paciente (Guerrero-Ramírez et al., 2017), permitiendo así una plena satisfacción de los entornos biológicos, psicológicos, sociales y en materia espiritual del individuo (Isabel & Pabón, 2008).

Aunado a esto, uno de los supuestos del cuidado humanizado teorizado por Watson, establece que, a través de un cuidado personalizado con una clara expresión de ayuda y sentimientos, demuestra que es el mejor camino para comprobar la unión y consolidar que la comprensión de la relación entre el personal de enfermería-paciente (Alicia et. al. 2016), es la opción más clara que permite llevar a cabo un buen cuidado; en esta relación se debe contemplar múltiples características, habilidades técnicas, conocimientos científicos del personal de enfermería acompañado de actitudes como los es la empatía, la confianza, el

diálogo, la escucha, el respeto, la autenticidad y la comunicación (Monje et. al. 2018) de forma que aporten una atención integral con el paciente, (Alba-leonel et al. 2012).

La teoría de Watson Jean se fundamentó y enfocó sobre las teoristas más destacadas en la historia de la enfermería tales como: Nightingale F. y Henderson V. y por otro lado teoristas influyentes en psicología y antropología, que ayudan a orientar la esencia del cuidado. Watson en su teoría permite valorar al ser humano como un ser holístico, integrado y evaluado en todos sus entornos. (Urra M et al., 2011).

Es por ello que Watson empleó en el cuidado enfermero un método filosófico, es decir que lo incorpora en lo existencial-fenomenológico basado en la espiritualidad y el cuidado humanizado lo ve como una característica moral y ética de la profesión de enfermería, consiguiendo establecer así una relación terapéutica (transpersonal e intersubjetiva) con el sujeto de cuidado, (Enfermería, 2012)

**Premisa 1.** “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno” (Urra M et al. 2011). La evolución constante del mundo ha desencadenado la necesidad de que la profesión de enfermería evolucione y de esta manera llegue a tener un manejo más amplio de las necesidades del sujeto de cuidado, es decir, que debe ir de la mano del área científica y psicológica.

**Premisa 2.** “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera - persona y paciente – persona” (Urra M et al. 2011). Para ofrecer un nivel alto de comprensión y apoyo emocional al sujeto de cuidado, se debe encaminar el cuidado a la relación enfermero- paciente, llegando a proveer un manejo óptimo a través de una relación de confianza.

**Premisa 3.** “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado” (Urrea M et al. 2011). Para lograr una relación eficaz de cuidado, el enfermero debe alcanzar un grado de honestidad y autenticidad para que le permita tener un mejor impacto en la atención del paciente.

Por lo tanto, Watson Jean indica la necesidad para el personal de enfermería el tener en cuenta y utilizar estas actitudes anteriormente mencionadas como dimensiones, resaltando que son una parte fundamental para la categorización del cuidado humanizado ya que ayudan a potencializar las habilidades y el empoderamiento del rol influyendo en la relación enfermero-paciente para obtener ese cuidado holístico, es por ello que es primordial mencionar cada una de ellas: (Enfermería, 2012)

- **Relación enfermero-paciente:** La relación terapéutica que puede ofrecer y brindar el enfermero al paciente, debe estar acompañada. (Guerrero-Ramírez et al., 2017) de sentimientos positivos permitiendo la facilidad de un acercamiento para obtener una adecuada comunicación y una escucha efectiva, por ende, el paciente se sentirá considerado, entendido, cuidado, animado y no sometido a un cuidado deshumanizado, solo enfocado en la enfermedad y no en el ser. (Ugarte Chang, 2017), además este tipo de acercamiento debe estar relacionado a la calidez y compromiso, sin abandonar su propia identidad y desligándose de todas las situaciones extrínsecas que permitan generar una atención holística y un óptimo cuidado humanizado. (Guerrero-Ramírez et al., 2017)

“En el marco de los cuidados relacionales, se entiende la comunicación, como una capacidad para escuchar, prestar atención, percibir y poder responder de manera adecuada a los mensajes internos que la persona que sufre transmite a través del lenguaje corporal” (van Berkhout & Malouff, 2016, p.28).

La comunicación en todo proceso de cuidado es elemental para la relación enfermero-paciente (Alba-leonel et al., 2012), ya que se puede desarrollar lazos de confianza y un vínculo afectivo, motivo por el cual el paciente tiene la certeza de poder expresar los sentimientos tanto positivos como negativos abiertamente (Prías Vanegas, 2017). Se ha evidenciado estudios en donde reportan que la comunicación en las unidades de salud mental es insuficiente, con la agravante que el personal de enfermería es el responsable de la captación de todas aquellas emociones y cuestionamientos que transmiten los pacientes, bien sea por medio de una comunicación verbal y no verbal (Trapero Pons & Sara, 2017). La enfermera debe emplear todas las estrategias (Hablar en un tono de voz suave pero firme y siempre amable, no demostrar miedo, no ser permisivos o dejar ser manipulados)(Rojas, 2007) y herramientas necesarias para utilizar una contención verbal óptima para disminuir así el uso de elementos más fuertes como lo es la contención mecánica a la hora de enfrentarse con pacientes que se encuentran en un estado de agitación (Trapero Pons & Sara, 2017), de esta manera se hace necesario utilizar el rol de apoyo dentro de las relaciones interpersonales con el otro y su entorno (Barbero, 2013).

El principal componente para alcanzar una escucha eficaz con el paciente debe ser por medio del silencio y sin expresiones faciales, gracias a este silencio se puede mantener una postura que transmite interés y tranquilidad, con una mirada comprometida dando a conocer al paciente el verdadero compromiso que tiene el personal de enfermería en su recuperación (Cara Rodríguez et al., 2018).

Varios autores expresan que al entrar en la habitación de un paciente con trastorno mental y dedicarle un poco de tiempo para escucharlo, logra ser un gran acto de cuidado terapéutico con un enfoque humanizado, llegando a ser más efectivo el tener este tipo de contacto, que el administrar grandes dosis de medicamentos, tranquilizantes; teniendo en

cuenta que para un paciente con TAB siempre va ser más importante el ser escuchados, acogidos y comprendidos (van Berkhout & Malouff, 2016).

- **Apoyo emocional:** El personal de enfermería es el encargado de velar durante la estancia del paciente en la institución, de igual manera de ayudar en su condición clínica que su intervención sea de la manera más favorable posible, permitiendo un oportuno avance y generando que sus necesidades básicas sean suplidas para llevar a un bienestar en los pacientes con TAB (Ugarte Chang, 2017), y este apoyo emocional para Watson corresponde a una relación basada en la relación de ayuda - confianza (Enfermería, 2012).

- **Apoyo físico:** Watson en esta dimensión tiene en cuenta dos factores importantes para asistir al paciente, tener un apoyo esencial buscando una proyección en la satisfacción de las necesidades y disponer de un entorno de atención adecuado (Enfermería, 2012).

Estos factores importantes que intuyen los pacientes y son apreciados por parte de ellos para con el personal de enfermería, es el cubrimiento de todas sus necesidades de físicas mediante acciones como, contacto visual, expresión afectiva que permiten causar al sujeto de cuidado esa sensación de alivio y cubrimiento de todas sus necesidades, siendo oportuna y ágil (Asto & Bustinza, 2019).

- **Proactividad:** Watson considera que el personal de enfermería está en el deber de realizar la promoción de la salud empleando acciones preventivas que permitan generar soluciones e identificar la facultad que posee de afrontar y adaptarse a su entorno. Es por ello que el cuidado que brinda el personal de enfermería no solo se debe basar entorno a la patología, sino que debe estar fundamentado en los conocimientos científicos para poder brindarle una enseñanza (Enfermería, 2012).

En la enfermería psiquiátrica, se sigue evidenciando que existe falta de preparación y poco conocimiento a la hora de tener contacto ante un paciente con un trastorno mental. El

poco interés que presenta el personal de enfermería en las intervenciones en el área de la salud mental permite demostrar la inclinación hacia las otras ramas de la enfermería, olvidando que la salud mental es primordial dentro de la enfermería (Sarahy & Guerrero, 2018).

- **Empatía:** La empatía basada en el diálogo en la relación enfermera-paciente va más allá de algo biológico, es la disposición para comprender todas las circunstancias, emociones y necesidades que cursan los pacientes; a través de esto se llega al apaciguamiento de los miedos, las angustias que confrontan estos frente a el trastorno que padecen, por ende es de gran ayuda para que ellos de alguna u otra manera acepten la enfermedad mental por la que están pasando (Alba-leonel et al., 2012); esto logra un gran avance en el inicio de las relaciones terapéuticas para obtener una comunicación óptima y adecuada, con el fin de llegar a un feliz término de la recuperación de estos pacientes (Prías Vanegas, 2017).

La aplicación de la empatía a través del diálogo, sólo es factible si dentro de la relación se tiene un sitio para el trato acompañado de respeto y dignidad de los que padecen un TAB y buscan el alivio de su sufrimiento dentro de una unidad de salud mental (Monje et. al. 2018). Es por esto que se evidencia que, dentro del personal de enfermería, se ha olvidado el verdadero valor de la profesión que es la comprensión, disminuyendo y olvidando el contacto visual, físico, emocional, el trato personalizado y la calidez humana en la atención. De este modo la empatía acompañada del diálogo es indispensable en toda relación enfermera-paciente (van Berkhout & Malouff, 2016).

A continuación, se expondrán los 10 factores de cuidado o factores caritativos de cuidado de Watson Jean, el cual expresan un lenguaje mucho más amplio y claro para lograr entender a mayor profundidad las dimensiones anteriormente mencionadas (Urra M et al., 2011).

- **Valores Humanísticos y Altruistas:** Para Watson Jean es claro que el proceso del enfermero depende de la educación familiar, emocional y social en todas sus etapas de la vida, por tal motivo el enfermero debe evolucionar en su diario vivir, poniendo en práctica su crecimiento moral, y de esta manera llegar a comprender las situaciones que soportan los pacientes sin diferenciarlos de su cultura, raza y condición socioeconómica. Esto confirma que no solo debemos cuidar a aquellos pacientes que concuerdan con este sistema de valores si no todo aquel que se encuentre bajo nuestro cuidado ya que el personal de enfermería cuida seres humanos en forma holística. (Urra M et al., 2011).

Es por ello que (Arriaga y obregón- de la torre, 2019, p.103) indican que la “formación académica del profesional de enfermería con escasos contenidos de valores humanísticos influye en la deshumanización del cuidado y el conocimiento del mismo, por ende, no será capaz de utilizar y gestionar todos los medios posibles para satisfacer las necesidades del paciente”.

- **Fe y esperanza:** Este factor recalca la importancia de la libertad sobre las creencias individuales ya que estas permiten cultivar su fe y de esta manera contribuir a la sanación y la estabilidad del estado del paciente; “la fe no necesariamente logrará la curación; pero siempre estará asociada al cuidado” (Urra M et al., 2011, p.15).

- **Sensibilidad a uno mismo y a los demás:** “El desarrollo de la sensibilidad forma parte de un ser auténtico y honesto, que no teme develar su rostro ante la vulnerabilidad y el dolor” (Urra M et al., 2011, p.16). De esta manera se puede determinar que existen ciertas situaciones que están presentes en el diario vivir de la labor del personal de enfermería tales como, enfrentar la muerte de algún paciente, cambios emocionales, afrontar situaciones de dolor, duelo y tolerar las preguntas constantes de pacientes y familiares dando esto como resultado en el personal de enfermería la frialdad en que soportan este tipo de situaciones buscando la protección de sí mismos y sus pacientes, es por ello que

es usual que en este tipo de situaciones el personal de enfermería trate de ocultar, negar y encubrir sus sentimientos, generando o mostrando falsos sentimientos y difícilmente se logrará entender al sujeto de cuidado de la manera esperada. (Urta M et al., 2011).

- **Relación ayuda - confianza:** Una relación de cuidado auténtico se define a través de una relación de confianza y la comprensión de todos aquellos sentimientos positivos y negativos que exprese el paciente, para ello se hace necesario que el personal de enfermería tenga en cuenta los valores humanísticos y altruistas, la sensibilidad a uno mismo y a los demás, es por ello que la susceptibilidad y la tendencia de buscar el bienestar de las personas debe ser honesta, receptiva y con firmeza, para lograr un cuidado holístico. (Urta M et al., 2011).

- **Expresando sentimientos positivos y negativos:** El trabajo del personal de enfermería es permitirle al sujeto cuidado la libre expresión de sus sentimientos en situaciones como la ansiedad, la depresión, angustia, estrés, temor, entre otros es por esto que, si el personal de enfermería no permite la amplia manifestación de estos sentimientos, el paciente se va a tornar temeroso y con limitantes para desarrollar las actividades del cuidado e impedir la finalidad del mismo (Urta M et al., 2011).

- **Procesos creativos de cuidado y resolución de problemas:** La enfermera tiene la capacidad de resolución teniendo en cuenta la diferencia que enmarca la enfermera y el auxiliar de enfermería; la primera tiene el fundamento científico enfocada a la necesidad de los pacientes que instruye las mejores intervenciones para el beneficio de los pacientes a diferencia que el auxiliar de enfermería solo se encamina al tecnicismo de las acciones a realizar. (Urta M et al., 2011)

- **Acompañamiento en la satisfacción de las necesidades humanas:** Por medio del empleo de este factor se busca que el paciente se apersona de su propio cuidado, que le permita tomar las decisiones apropiadas que le ayude a recuperar su salud y a estar



listo si en algún momento se llegan a presentar imprevistos; Satisfacer las necesidades básicas humanas en el ámbito individual, en la comunidad o la población también es una labor importante a desempeñar por el personal de enfermería. (Urta M et al., 2011)

- **Apoyo en el entorno mental, físico y social:** Este factor surge de la necesidad de ayudar al sujeto de cuidado desde todos sus entornos y lograr satisfacer, aliviar, subsanar o aminorar las angustias, preocupaciones o síntomas de algún dolor provocado por alguna patología. Es así que tener en cuenta estos entornos se permitirá brindar un adecuado cuidado al sujeto para lograr tener una recuperación de manera rápida (Urta M et al., 2011).

- **Considerar las fuerzas existenciales - fenomenológicas:** Es la comprensión del sujeto como un ser social e intersubjetivo y de esta manera buscar la orientación adecuada para ofrecerle ayuda, determinando que no es solo un paciente si no un ser integral que tiene necesidades que deben ser subsanadas de manera holística (Urta M et al., 2011).

- **Enseñanza y aprendizaje transpersonal:** Este factor se encuentra relacionado con la promoción y la prevención de la salud, la enseñanza al paciente en hacerse partícipe de su condición de salud y de esta manera mejorar su situación de salud, recuperarla o evitar recaídas en la misma, lo anteriormente mencionado es un proceso de retroalimentación tanto para el paciente como para el sujeto de cuidado (Urta M et al., 2011).

Por ultimo y no menos importante que para hablar del cuidado humanizado es necesario mencionar cada uno de los roles que desempeñan los profesionales de enfermería y cuan necesario son estos para brindar al paciente un cuidado holístico según las necesidades que presentan los pacientes en sus diferentes diagnósticos y fases de la enfermedad.

#### **4.2.1 Rol de Enfermería desde el Ámbito Asistencial**

Dentro del rol del cuidado desde este ámbito, que presta el enfermero debe ir enfocado en la persona y su relación con el entorno, su principal enfoque es el beneficio del

sujeto integrando de este modo la comunidad y familia para aumentar los beneficios en su recuperación (Odelc, 2018).

Existen unas características importantes que debe obtener y conocer el profesional de enfermería para que el cuidado sea integral y de calidad, tales como el liderazgo, la autonomía, la comunicación y la toma de decisiones (Xvi, 2010).

En tal sentido el enfermero debe realizar unas actividades asistenciales: Evaluación física, revisión de los síntomas, ingreso del paciente a la unidad, administración de medicamentos, educación a familiares y pacientes, cuidado en el confort del paciente, organización del paciente para las intervenciones, actualización y revisión constante de las historias clínicas y órdenes médicas y acciones de promoción y prevención; todas estas actividades deben ser aplicadas con el conocimiento y fundamento científico, con base a un protocolo institucional (Odelc, 2018).

Finalmente, el proceso de atención que brinda el profesional debe ir encabezado en el paciente y en la relación terapéutica que se establezca con él. El enfermero(a) debe facilitar oportunidades a todos los pacientes, para que de alguna u otra manera puedan expresar los sentimientos y todo aquello que los lleva a la preocupación, por ende, proporcionar un Proceso de Atención en Enfermería (PAE) mucho más completo, a través de la confianza y la relación enfermero paciente (Esguerra de Cárdenas, 1991).

#### **4.2.2 Rol de Enfermería desde el Ámbito Administrativo**

El profesional de enfermería en el área clínica tiene una relación frente a las funciones de cuidado administrativas y asistenciales, el cual busca suplir las necesidades del cuidado del paciente. Con el pasar de los años se ha visto predominar el proceso administrativo durante la atención al paciente (Ch, n.d.).

Para (Armangu et al., n.d.) se debe contar con unas funciones en el diario dentro de este ámbito, pero para ello se debe poseer principalmente la capacidad de una muy buena organización para:, programar como se deberá aplicar la educación al paciente según su necesidad, planificar junto con el personal de enfermería (auxiliares) como debe ser el cuidado para cada paciente, chequear y analizar las historias clínicas de cada paciente para prever y tener listo todos los insumos a la hora de atender al paciente, verifica a través de llamadas telefónicas la disponibilidad de las IPS para las intervenciones del paciente.

Estas funciones se dejan en segundo plano porque el contacto directo con el paciente disminuye, por la sobrecarga laboral administrativa de las enfermeras, perdiendo de tal manera el rol enfermero-paciente (Para retomar el rumbo: menos procesos administrativos y más cuidado humano | Moreno-Fergusson | Aquichan, n.d.) ; siendo esto un limitante para que desempeñen aquellas funciones que son indispensables para ofrecer un cuidado holístico con calidad, como lo es la educación al paciente y su familia, el contacto directo y el apoyo emocional (Ch, n.d.); siendo esta la causa para que estos cuidados queden o pasen en manos del personal auxiliar o técnico (para retomar el rumbo: menos procesos administrativos y más cuidado humano | Moreno-Fergusson | Aquichan, n.d.).

#### **4.2.3 Rol de Enfermería desde el Ámbito Gerencial**

El personal de enfermería debe cumplir con roles definidos de orientar y liderar procesos que sean encaminados al beneficio de los usuarios/paciente, con base en los lineamientos y protocolos que se pueda establecer bajo criterios científicos que promuevan cambios relevantes y permiten actos seguros en el comportamiento del personal; en la actualidad, la enfermería es la delegada en proporcionar las técnicas proactivas que lleven a un verdadero compromiso y atención de calidad donde el usuario/paciente sea el mayor beneficiado dentro del cuidado generando un impacto social, en la recuperación del paciente

y en el mantenimiento de la salud (Enfermeras supervisoras y la administración de estrategias gerenciales en los servicios de salud y Enfermería - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com, n.d.).

Es por este motivo que el enfermero(a) como director y orientador de procesos debe ser una persona con actitudes responsables, con la capacidad de organizar las ideas y proyectar objetivos claros dentro de sus funciones, analizando un sin número de actividades que lo encaminan a planear, hacer, verificar y actuar, con base a altos estándares de calidad y con proyección en la seguridad del paciente (Essalud & Perú, 2014).

De tal manera, la finalidad de los servicios hospitalarios se cimenta en el trabajo en equipo con apoyo continuo, bajo supervisión adecuada y búsqueda activa de todas las alternativas que permitan proponer lineamientos que lleven al mejoramiento en la atención y la calidad de los mismos, por tal razón se considera que la enfermería es un pilar fundamental en el gerenciamiento y organización de cualquier entidad de salud. (Camacho et al., 2016).

Así pues, se debe tener en cuenta los beneficios que proporciona el profesional de enfermería en su rol frente al paciente, familia y la comunidad, en lo que concierne a los sistemas de salud a pesar de todo el compromiso de estos, no se den a notar de la manera correcta. Es de conocimiento que el sistema gerencial de algunas instituciones se orienta a la prestación del servicio no como objetivo de la calidad si no como la disminución en los costos en la atención, es por esto que se presentan las sobrecarga al personal asistencial dejando de lado el cuidado personalizado, olvidando la relación enfermero-paciente y el deber ser de esta profesión donde la fuente principal de vida es el cuidado (Odelc, 2018).

#### **4.3 MARCO CONCEPTUAL**

Este estudio utiliza los siguientes términos técnicos científicos según los Descriptores en Ciencias de la Salud “DeCS” y la real academia española.

- **Trastornos Mentales:** Enfermedades psiquiátricas manifestadas por rupturas en el proceso de adaptación, expresadas primariamente por anormalidades del pensamiento, sentimiento y conducta, produciendo distrés o incapacidad funcional.
- **Trastorno bipolar:** Un trastorno afectivo mayor caracterizado por grandes oscilaciones del ánimo (episodios de manía o depresión mayor) y por una tendencia a la remisión y a la recurrencia.
- **Atención de enfermería :** Cuidados prestados al paciente por personal del servicio de enfermería.
- **Humanización de la atención:** Tipo de asistencia que se supone que el tratamiento es más efectivo cuando el paciente sea escuchado y respetado por los profesionales de la salud. También es necesario humanizar las condiciones de trabajo de estos profesionales.
- **Personal de enfermería:** Personal que proporciona cuidados de enfermería en instituciones u organismos.
- **Relación enfermero-paciente:** Interacción entre paciente y enfermero.
- **Discriminación social:** conducta del grupo hacia los demás en virtud de su pertenencia al grupo.
- **Discriminación en psicología:** Respuestas diferenciadas para diferentes estímulos.
- **Estigmatización:** Una percepción o concepción muy simplificada especialmente de personas, grupos sociales, etc.
- **Servicios de salud mental:** Servicios organizados para proporcionar atención de salud mental.

- **Salud mental:** Bienestar emocional, psicológico y social de un individuo o grupo.
- **Comunicación:** El intercambio o transmisión de ideas, actitudes o creencias entre individuos o grupos.
- **Empatía:** La comprensión objetiva y perspicaz de los sentimientos y de la conducta de otra persona. Debe ser diferenciada de la simpatía, que generalmente es no objetiva y no crítica. Incluye lo humanitario: la demostración de una conciencia y de una preocupación por el bien de otros.
- **Sistema de apoyo psicosocial:** Organizar esfuerzos para abordar los problemas psicológicos y sociales de los individuos, sus parejas, familiares y cuidadores.
- **Rol de la Enfermera:** Función esperada de un miembro de profesión enfermería.
- **Síntomas Psíquicos:** Síntomas observados en la esfera psíquica.
- **Emociones:** Aquellos estados afectivos que pueden ser experimentados y tienen propiedades motivacionales y activantes.
- **Tristeza:** Sentir o mostrar pena; la sensación de ser infeliz. está relacionado con la depresión pero no es sinónimo.
- **Intersubjetividad:** Cualidad de intersubjetivo.
- **Conexión:** Amistades, mancomunidad de ideas o de intereses.
- **Sentimientos:** Hecho o efecto de sentir o sentirse.
- **Pensamiento:** Conjunto de ideas propias de una persona, de una colectividad o de una época.
- **Holístico:** Perteneciente o relativo al holismo.

## 4.4 MARCO CONTEXTUAL

### 4.4.1 Marco geográfico

#### 4.4.1.1 Departamento del Valle del cauca



Fuente: Google maps.

La región se ubica al suroccidente de Colombia y es atravesada en sentido sur – norte por el río Cauca, uno de los principales ejes fluviales del país. Está conformada por 42 municipios, siendo su capital la ciudad de Cali. Otras ciudades importantes, determinadas por su tamaño y dimensión económica son: Palmira, Yumbo, Jamundí, Buga, Tuluá, Buenaventura y Cartago. Su geografía física juega un papel muy importante para entender las características de la región, donde se destaca un proceso de especialización en la producción y en la generación de derivados de la caña de azúcar, producto determinante de la diferenciación geográfica, económica y del nivel de desarrollo de los municipios donde existe el cultivo y en los que se identifica una vocación agroindustrial. (Torres, 2013, p. 02).

#### 4.4.1.2 Municipio Tuluá



Fuente: Google maps.

El Municipio de Tuluá está ubicado en la zona Centro del Departamento Del Valle del Cauca a 102 km. De Cali, a 172 km de Buenaventura y a 24 km de Buga. Es atravesado de sur a norte por el río Tuluá. Geográficamente el núcleo urbano se encuentra enclavado en el valle que conforman los ríos Tuluá y Morales. (Tuluá “corazón del valle”: Geografía, n.d.).

Su influencia socioeconómica se extiende sobre las localidades vecinas de Andalucía, Bugalagrande, Bolívar, Riofrío, Roldanillo, Trujillo, Zarzal, Sevilla, Buga, San Pedro y otras cuya población total asciende a 600.000 habitantes según el DANE, (Proyección ajustada al censo de 2005).

El Municipio de Tuluá ocupa un territorio de 910.55 km<sup>2</sup> (91.055 ha) de los cuales el 98,78% equivale al área rural y el 1,22% equivale al área urbana; a una altura promedio de 973 metros sobre el nivel del mar y temperatura media de 24 °C en la zona Urbana.

- Este: Municipios de Sevilla y Chaparral, en el Departamento del Tolima.
- Oeste: Río Cauca y Municipio de Riofrío.
- Norte: Municipios de Andalucía y Bugalagrande.

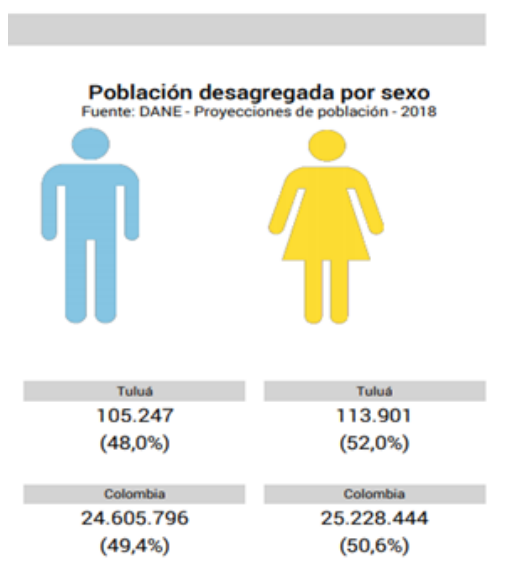


- Sur: Municipios de Buga y San Pedro.
- Extensión total: 910.55 km<sup>2</sup>
- Temperatura media: 24 a 27 °C.
- Extensión área urbana: 11.11 km<sup>2</sup>
- Extensión área rural: 899.44 km<sup>2</sup>
- Altitud del área urbana: 960 msnm
- Máxima rural: 4.400 msnm en los Páramos de Barragán y Santa Lucía. (Tuluá, 2020)

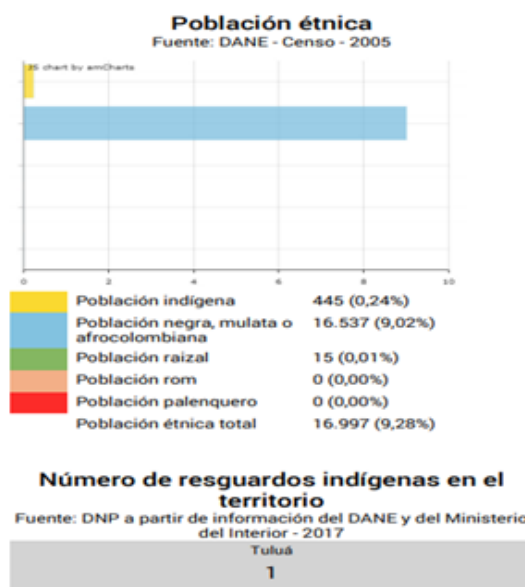
#### 4.4.2 Marco demográfico

El Municipio de Tuluá ocupa un territorio de 910.55 km<sup>2</sup> (91.055 ha) de los cuales el 98,78% equivale al área rural y el 1,22% equivale al área urbana; a una altura promedio de 973 metros sobre el nivel del mar y temperatura media de 24 °C en la zona Urbana (Tuluá “corazón del valle”: Geografía, n.d.).

#### Población por género



#### Población por etnias



Fuente: Cámara de comercio Tuluá

#### 4.5 MARCO ÉTICO

Este estudio obedece a un proyecto investigativo enfocado en el área de la salud, por tal razón es necesario que para la elaboración del mismo, se cumplan a cabalidad los requisitos que dispone la resolución 8430 de 1993, toda vez que en su artículo 1° y subsiguientes se manifiesta que las normas científicas allí establecidas tienen por finalidad determinar los requisitos para poder llevar a cabo una actividad investigativa en salud, cabe mencionar como un ejemplo de ello lo que enuncia el literal a) del artículo 11° de la citada norma, cuando indica que las investigaciones sin riesgo son aquellas donde se emplean técnicas y métodos de indagación documental retrospectivos, pues a lo largo del desarrollo de la presente hemos reflejado la aplicación de este requisito dentro del proyecto investigativo, de igual forma con este no se ha pretendido llevar a cabo una modificación o intervención alguna respecto de las variables fisiológicas, psicológicas, sociales o biológicas de quienes han sido incluidos en el mismo, bien sea durante las entrevistas realizadas o los demás procesos donde se hizo necesario el aporte de un tercero o por intermedio de este.

Con base en lo anterior resulta no menos importante indicar que la norma reguladora, ha sido enfática en la necesidad de contar con el consentimiento informado por parte de los sujetos de la investigación a realizar o en su defecto de los representantes legales de estos, y así lo establecido en sus artículos 6° y 14°, al determinar mediante el primero que dicho consentimiento es un requisito sin el cual no podría efectuarse el proyecto investigativo de una forma correcta, y dando a través del segundo una clara manifestación de lo que con el consentimiento informado se pretende obtener del sujeto objeto de investigación, así como la importancia de hacer saber a éste los riesgos y/o beneficios, resultados de la aplicación de la investigación. Dejando entonces por sentado que el no realizar el procedimiento de acuerdo con los requisitos establecidos deja una situación de nulidad o imprecisión sobre lo obtenido.

#### 4.6 MARCO LEGAL

En el presente estudio se tiene en cuenta los siguientes aspectos legales que están implícitos con el tema de investigación:

Según lo establecido en la declaración de los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, instauran en el principio 1 que: “Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social”, por ende “No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por "discriminación" se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad”, Organización de las Naciones Unidas, resolución 46/119, de 17 de diciembre 1991.

Por tal motivo, Colombia adopta brindar a todas las personas con trastornos mentales una atención en todos los niveles de complejidad para brindar una atención de calidad y calidez de “manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental” (Uribe, Palacio, Santamaría, 2013).

En la Ley 266 de 1996, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones, la cual establece en su artículo 2 como principios en la práctica profesional: la integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad, continuidad, y en la se reitera que la práctica de enfermería se encuentra fundamentada en el respeto de los Derechos Humanos. Así mismo, en su artículo 17 establece las competencias del profesional de enfermería en la que se encuentran el establecimiento y desarrollo de políticas y modelos de cuidado de conformidad con la Política Nacional de Salud.(Ley 266, 1996)

En la Resolución número 2358 de 1998 se adopta la Política Nacional de Salud Mental, el cual está fundamentada en los derechos y obligaciones que debe responder y

garantizar el estado colombiano, en condiciones de igualdad para todas las personas, grupos humanos, pueblos y comunidades que habitan el territorio nacional. Esta es una política participativa e inclusiva, que reconoce la salud mental como un emergente de condiciones y modos de vida digna, por lo cual se orienta por un enfoque de determinantes sociales.

(Ministerio de Salud, 1998)

La Ley 911 del 2004 “por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.” (Ley 911, 2004). En sus artículos 3,7,10,11,12,14,17,18 establece sobre el acto de cuidado, el cual debe ir más allá de lo propio del manejo de enfermedad, fortaleciéndose la comunicación, humanizando la profesión como tal; siendo responsabilidad del profesional de enfermería el cuidado directo o la administración del cuidado de enfermería, abogando por el respeto de los derechos de los seres humanos, particularmente hacia los grupos vulnerables y limitados en el ejercicio de su autonomía, siendo una obligación de medios y no de resultados, en la que se tienen los principios de respeto a la dignidad, a la integridad genética, física, espiritual y psíquica, teniendo una actitud de apoyo, prudencia, respeto y tolerancia, contribuyendo a mantener los lazos afectivos del paciente hacia su familia y amigos, y sobre todo guardando el secreto profesional.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que busca “afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.” (Ministerio de Salud, 2018, p. 1)

Por otro lado, el “modelo para la desinstitucionalización de personas con trastorno mental y larga estancia hospitalaria, en el marco del sistema general de seguridad social en

salud y protección social en Colombia” del 2013. Es un modelo que busca los potenciales riesgos de los pacientes con estas patologías, la gestión que se debe realizar con ellos, la importancia que desempeña una red de apoyo tanto social como de las instituciones los papeles cruciales de familia y demás entorno.

La Organización Mundial de la Salud -OMS en el año 2013, publicó unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos; así mismo, refiere sobre los derechos del paciente en salud mental en cuanto al acceso al servicio de salud, que incluyen la atención primaria, el acceso a medicación y a intervenciones psicosociales, acceso a seguros de salud, promoción de atención comunitaria, y de los derechos a la confidencialidad, acceso a información, a tener a gozar de las instituciones de salud que estén en buenas condiciones, con ambiente agradable, comunicación.

El documento del consejo nacional de política económica y social -CONPES No 3992 del año 2020 el cual contiene la “estrategia para la promoción de la salud mental en Colombia”

#### **4.7 MARCO DISCIPLINAR**

**Jean Watson “Teoría del cuidado humanizado”.** Watson como una de las teoristas con especialización en salud mental, en una de sus premisas menciona que para poder alcanzar un cuidado humanizado por parte del personal de enfermería debe estar sujeto a una expresión de sentimientos tanto positivos como negativos en el sujeto de cuidado, permitiendo asegurar un nivel de confianza y comprensión frente a la patología de estos, cabe resaltar que lo anteriormente mencionado es de vital importancia para el paciente que padece un TAB, ya que puede tener un personal de enfermería capaz percibir los estados de ánimos a través de acompañamiento continuo y afectivo logrando obtener un acercamiento e identificar en qué fase de la enfermedad se encuentra, es así donde se adquiere a tiempo un

tratamiento adecuado libre de contenciones, discriminación o estigmatización por parte del personal, siempre encaminar la atención con respeto, amabilidad, empatía, escuchando activamente las ideas del sujeto de cuidado y así adquirir una relación enfermero paciente a través de la ayuda y confianza basada en una comunicación asertiva, ayudando a disminuir todos aquellos sentimientos de ansiedad y agitación, apoyado de la adecuada administración de medicamentos y evitando la sobre estimulación de su entorno, además de todo se debe construir un plan que incluya actividades que permitan disminuir la tensión, lo anterior mencionado se encuentra reiterativo en la teoría de Watson ya que esto es lo que permite brindar un cuidado humanizado al sujeto.

Aunado a esto Watson también enfatiza dentro de su teoría del cuidado humanizado que la intersubjetividad, lo existencial y fenomenológico es sumamente importante dado que no es solo visualizar al sujeto como una patología sino ver a el sujeto de cuidado como un ser que requiere de un entorno saludable, que presenta una serie de necesidades fisiológicas, psicológicas, emocionales, familiares y de su entorno, es de aclarar que esta patología además de cuidado y atención tiene un principio básico que busca escuchar y entender a los pacientes permitiendo así solucionar ciertas falencias por medio de la indagación e identificación de estas, es por ello que se hace necesario ofrecer un acompañamiento continuo, además es de resaltar que el acompañamiento familiar se considera una red de apoyo muy importante porque es una de las motivaciones más importantes dentro del proceso de internación y recuperación de su condición clínica, dirigiendo siempre esta recuperación con una educación continua apoyada en la familia para afrontar los cambios que se puedan originar a lo largo de la patología, teniendo en cuenta sus posibles recaídas.

## **5. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **5.1 TIPO DE ESTUDIO**

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, el tipo de variables analizadas y tenidas en cuenta para el presente fueron cualitativas nominales y ordinales.

El diseño del estudio es de tipo descriptivo de corte transversal prospectivo y el nivel de análisis de los datos es relacional.

### **5.2 POBLACIÓN**

La población estudio está conformada por 37 individuos, pertenecientes al personal de enfermería, que laboran en la unidad de salud mental o en el servicio de urgencias y que han tenido contacto con pacientes que padecen TAB, de una clínica privada de Tuluá - Valle del Cauca.

### **5.3 MUESTRA**

Para este estudio se estableció una muestra no probabilística conformada por 37 sujetos; 13 enfermeros y 24 auxiliares, que han tenido contacto con los pacientes con TAB, el proceso de muestra fue por autoselección.

### **5.4 TIPO DE MUESTREO**

Para el presente estudio se contó con una muestra no probabilística y el tipo de muestreo para la realización de la tabulación de la base de datos se consideró hacer una codificación que permitiera el análisis estadístico de manera más óptima, fue así como ante la respuesta SI se codificó con 1 y ante la respuesta NO se codificó con 0, para cada una de las dimensiones se realizó la sumatoria de las preguntas, fue así como se caracterizó cada una de

las dimensiones en BAJO, MEDIO Y ALTO, empleando un software de código abierto RStudio utilizando la librería GGPIOP.

## **5.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

El instrumento utilizado para tal fin fue compuesto por una lista de chequeo titulada **“Identificación de cuidado humanizado según teoría de Jean Watson en el personal de enfermería de pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar”**, tiene unas variables que están implícitas en las 10 dimensiones en 34 indicadores establecidos por los 10 factores caritativos del cuidado de Jean Watson en una adaptación, tomando como referente a otros instrumentos previos de cuidado, el cual arroja la información necesaria que permite determinar el cuidado humanizado en el personal de enfermería objetivo principal del estudio.

El instrumento consta de dos partes: La primera parte son las instrucciones brindadas sobre el diligenciamiento de la lista de chequeo y las características sociodemográficas que se consideran importantes en la población, que incluye: cargo, edad, género, estrato, estado civil, área de servicio, formación académica, tiempo de experiencia en el servicio, educación continuada y tipo de educación. La segunda parte hace relación a la lista de chequeo que consta de 34 ítems compuesta por los 10 factores caritativos del cuidado de Jean Watson.

Las variables a utilizar se obtuvieron por medio de las dimensiones de la teoría del cuidado humanizado por Watson.

### **5.5.1 Variables**

- **Dimensión 1:** Valores Humanísticos y Altruistas.
- **Dimensión 2:** Fe y Esperanza.
- **Dimensión 3:** Sensibilidad a uno mismo y a los demás.
- **Dimensión 4:** Relación de Ayuda - Confianza.
- **Dimensión 5:** Expresando sentimientos positivos y negativos.



- **Dimensión 6:** Procesos creativos de cuidado y resolución de problemas.
- **Dimensión 7:** Acompañamiento en la satisfacción de las necesidades humanas.
- **Dimensión 8:** Apoyo en el entorno mental, físico y social.
- **Dimensión 9:** Considerar las fuerzas existenciales - fenomenológicas.
- **Dimensión 10:** Enseñanza y aprendizaje transpersonal.

#### **5.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Personal de enfermería con experiencia en servicios de psiquiatría y urgencias.
- Personal de enfermería con atención directa en pacientes con TAB.

#### **5.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Personal de enfermería con experiencia en otros servicios.
- Demás personas que hacen parte del entorno de la salud.

#### **5.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La técnica de recolección de información fue por medio de llamadas telefónicas y correos electrónicos, comprendido en los meses de julio y agosto, con previa autorización de los participantes, a través de un consentimiento informado para la realización de la entrevista (lista de chequeo) y de esta manera responder a los principios éticos declarados por Helsinki de malignidad y no maleficencia y responder al literal del artículo 11: Investigación sin riesgo y artículo 14: Consentimiento informado) de la resolución 8430/1993.

## 5.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

**Tabla 1. Caracterización sociodemográfica**

Objetivo	Nombre de la variable	Naturaleza	Definición operativa	Nivel de medición
Caracterización sociodemográfica	Edad	Cuantitativo	Número de años cumplidos según la fecha de nacimiento al momento de la entrevista	Nominal
	Genero	Cualitativo	Conjunto de características que diferencian de un hombre a una mujer	Nominal
	Cargo	Cualitativo	Tipo de trabajo que desempeña el entrevistado	Ordinal
	Área	Cualitativo	Área de trabajo donde se desempeña el entrevistado	Nominal
	Formación académica	Cualitativo	Conjunto de conocimientos adquiridos que alcanza el entrevistado mediante estudios	Ordinal
	Tiempo de experiencia en el servicio	Cuantitativo	Periodo en el que el entrevistado a logrado desarrollar sus conocimientos y habilidades en el campo de trabajo	Nominal
	Educación continuada	Cualitativo	Actividades académicas en donde el entrevistado busca profundizar y mantener los conocimientos actualizados frente Al tema de TAB	Nominal
	Tipo de educación continuada	Cualitativo	Variedad en las actividades académicas que permiten escoger al entrevistado	Nominal
	Estrato	Cuantitativo	Nivel de clasificación de la población	Ordinal
	Estado civil	Cualitativo	Situación civil al momento de la entrevista	Nominal

Fuente: Este estudio.

**Tabla 2. Características del cuidado humanizado en pacientes con trastorno afectivo bipolar**

Objetivo	Nombre de la variable	Naturaleza	Definición operativa	Forma de medición en el instrumento	Nivel de medición
<b>Características del cuidado humanizado en pacientes con trastorno afectivo bipolar</b>	Valores humanísticos y altruistas	Cualitativo	Identificación del desarrollo moral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	Fe y esperanza	Cualitativo	Importancia que desempeñan en el cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	Sensibilidad a uno mismo y a los demás	Cualitativo	Capacidad de entrega en sensibilidad y compasión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	Relación de ayuda-confianza	Cualitativo	Fomentación de la relación de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	Expresando pensamientos positivos y negativos	Cualitativo	Capacidad de observación de las necesidades de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	Procesos creativos de cuidado y resolución de problemas	Cualitativo	Desarrollo de la profesión a nivel creativo, científico y técnico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	Acompañamiento en la satisfacción de las necesidades humanas	Cualitativo	Cuidado de las necesidades básicas de manera diferencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	Apoyo en el entorno mental, físico y social	Cualitativo	Establecer entornos saludables y caracterización de las necesidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
	Considerar las fuerzas existenciales-fenomenológicas	Cualitativo	Compresión holística e intersubjetiva en el sujeto de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal

	Enseñanza y aprendizaje transpersonal	Cualitativo	Orientación de la participación activa del paciente y familia en el estado de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si</li> <li>• No</li> </ul>	Nominal
--	---------------------------------------	-------------	---	--	---------

Fuente: Este estudio.

## 5.10 TÉCNICA DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

### 5.10.1 Información sociodemográfica

La base de datos inicial contiene 44 variables, 10 de ellas correspondían a información sociodemográfica de cada uno de los entrevistados y las otras 34 variables corresponden a los 34 ítems contemplados en el instrumento de medición. Los 34 ítems fueron clasificados en 10 dimensiones, tema que se tratará más adelante, quedando así una base de datos conformada por 20 variables.

La tabla 1 muestra el resumen de las variables sociodemográficas que permiten caracterizar a cada uno del personal de salud que de manera voluntaria accedieron a participar de este estudio.

**Tabla 3. Resumen variables sociodemográficas**

Variable	Categorías	Frecuencia	Proporción
<b>Género</b>	Femenino	26	70,3%
	Masculino	11	29,7%
<b>Estrato</b>	1	1	2,7%
	2	21	56,8%
	3	13	35,1%
	4	1	2,7%
	5	1	2,7%
<b>Estado Civil</b>	Casado	10	27%
	Soltero	22	59,5%
	Unión Libre	5	13,5%
<b>Formación Académica</b>	Profesional	13	35,1%
	Técnico	24	64,9%
	Diplomado	1	2,7%

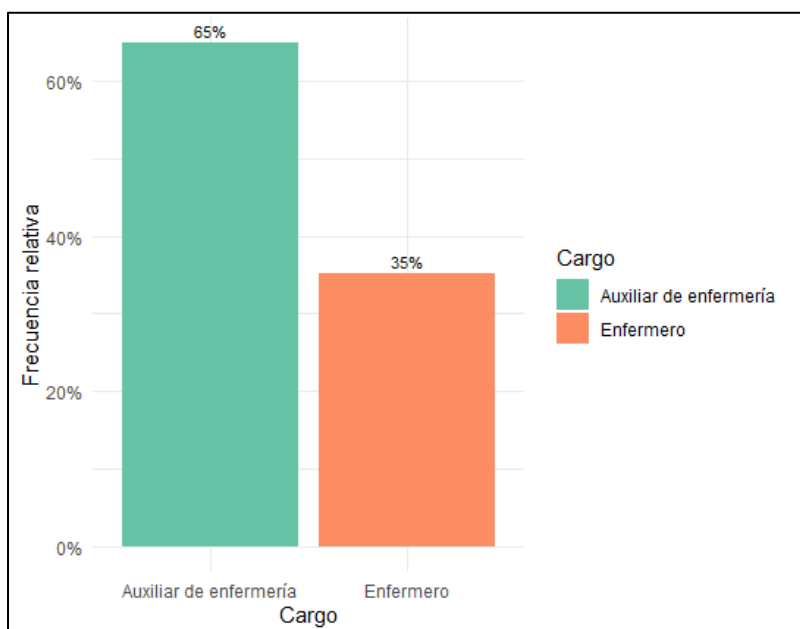
<b>Tipo de educación</b>	Especialización	1	2,7%
	Ninguna	21	56,8%
	Profesional	14	37,8%
<b>Cargo</b>	Auxiliar de enfermería	24	64,9%
	Enfermero	13	35,1%
<b>Área</b>	Salud Mental	17	45,9%
	Urgencias	20	54,1%

Fuente: este estudio.

### 5.10.2 Análisis descriptivo de las variables de acuerdo con el área de trabajo

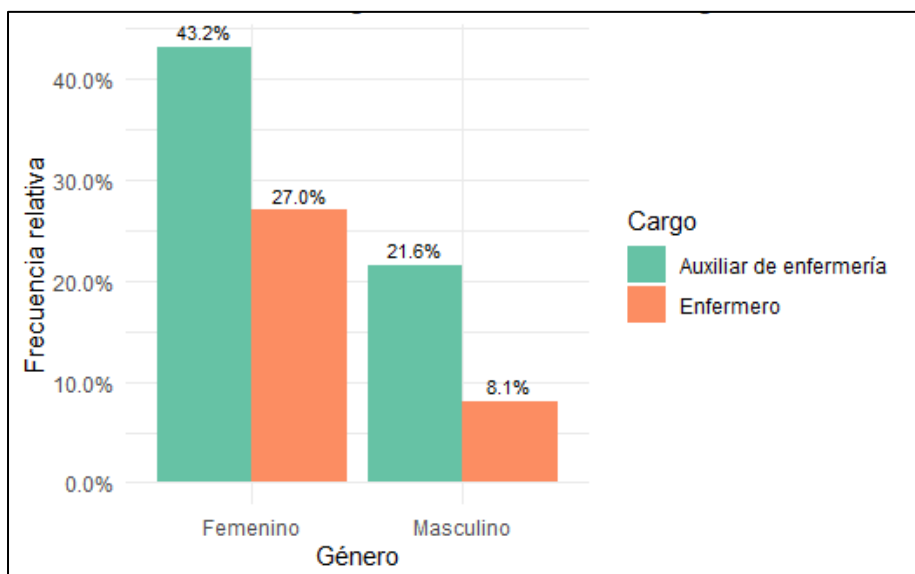
Para dar cumplimiento al objetivo inicial del proyecto, en primera instancia se harán los análisis discriminando cada variable por el cargo del personal de enfermería entrevistado.

**Gráfico 1: Cargo**



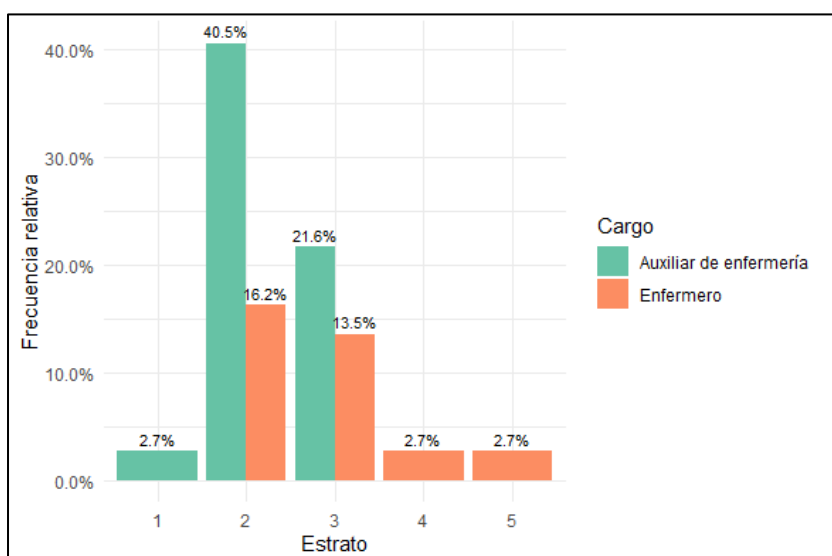
Fuente: Este estudio.

El cargo que ejerce el 65% del personal de enfermería entrevistado es el de auxiliar mientras que el 35% son enfermeros.

**Gráfico 2: Distribución del género de acuerdo al cargo**

Fuente: Este estudio.

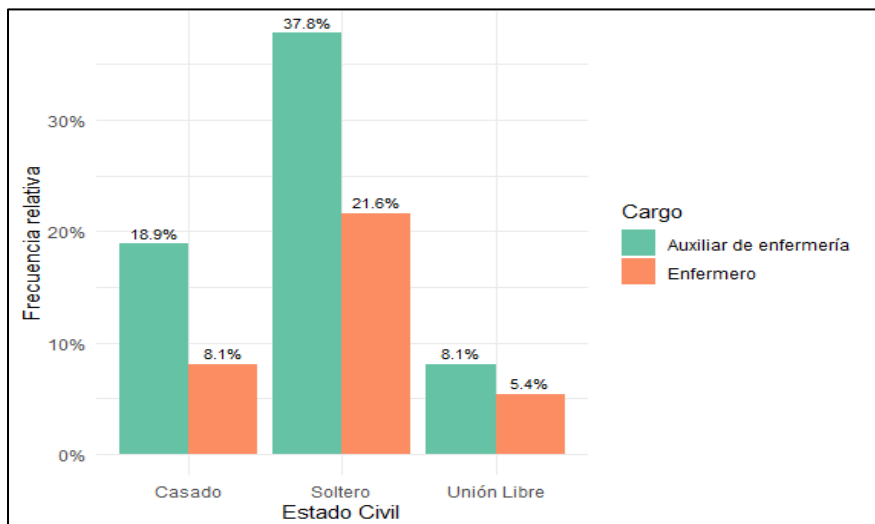
En la muestra se contó con 26 mujeres (70,3%) de las cuales el 43,2% son auxiliares de enfermería y 27% son enfermeras y se contó también con 11 hombres (29,7%), 21,6% auxiliares y 8,1% enfermeros.

**Gráfico 3: Distribución del estrato de acuerdo al cargo**

Fuente: Este estudio.

El estrato socioeconómico sigue una distribución acampanada, en donde el 91,9% de los entrevistados pertenecen al estrato 2 y 3, sólo 1 auxiliar de enfermería en el estrato 1, 4 y 5.

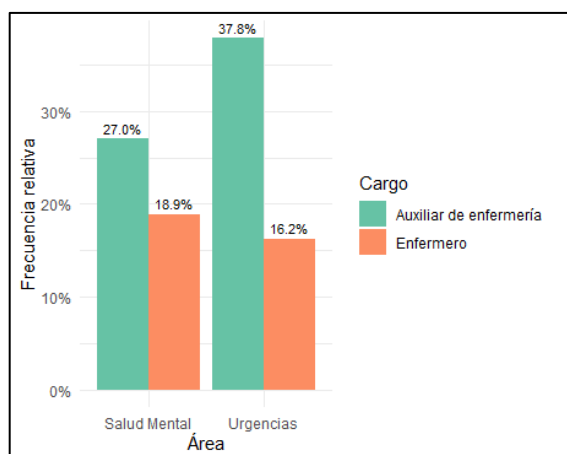
**Gráfico 4: Distribución del estado civil de acuerdo al cargo**



Fuente: Este estudio.

De los entrevistados el 59,5% es soltero de los cuales el 37,8% son auxiliares y el 21,6% enfermeros. El 40,5% de los entrevistados se encuentran en alguna relación marital (casado o unión libre).

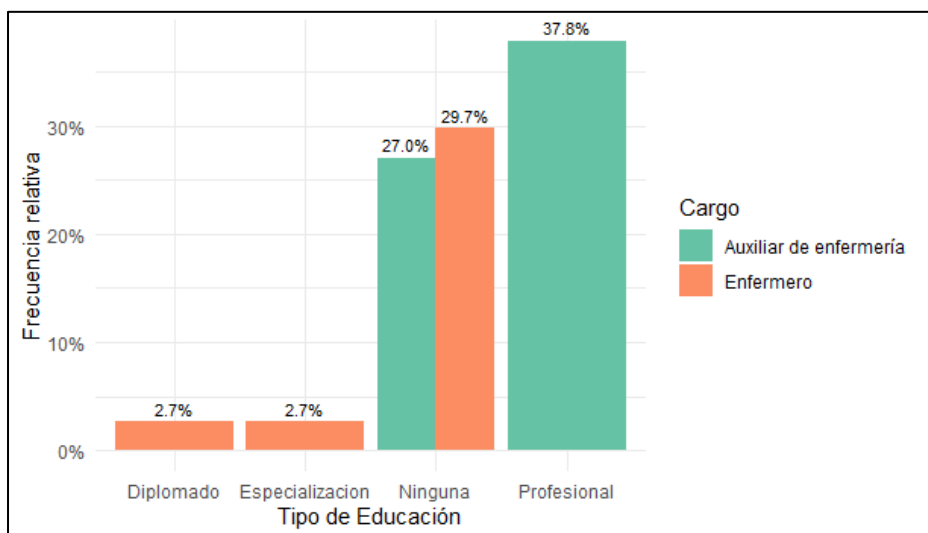
**Gráfico 5: Distribución del Área de acuerdo al cargo**



Fuente: Este estudio.

Para el área de trabajo, se encuentra una distribución proporcionada entre enfermeros y auxiliares. El 45,9% de los entrevistados hacen parte del área de salud mental y el 54,1% al área de urgencias.

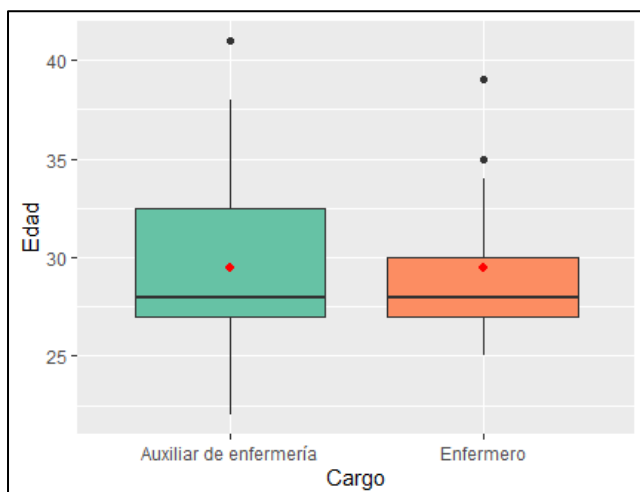
**Gráfico 6: Distribución del tipo de educación de acuerdo al cargo**



Fuente: Este estudio.

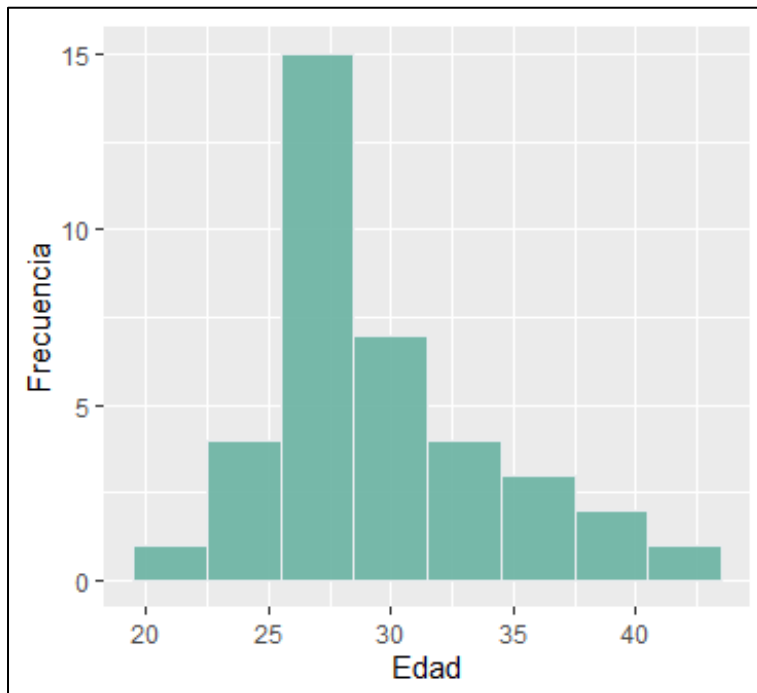
El 37,8% de los auxiliares de enfermería han realizado una educación continuada de tipo profesional, mientras el 54,3% no ha tenido una educación continuada.

**Gráfico 7: Distribución de la edad de acuerdo al cargo**



Fuente: Este estudio.

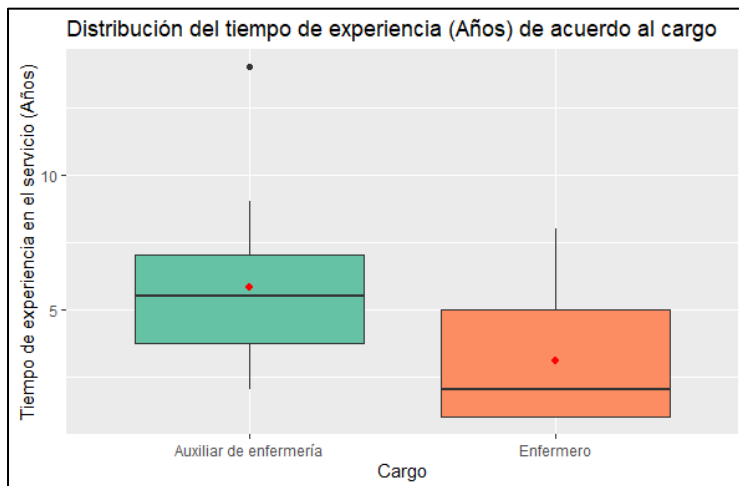


**Gráfico 8: Distribución de la edad**

Fuente: Este estudio.

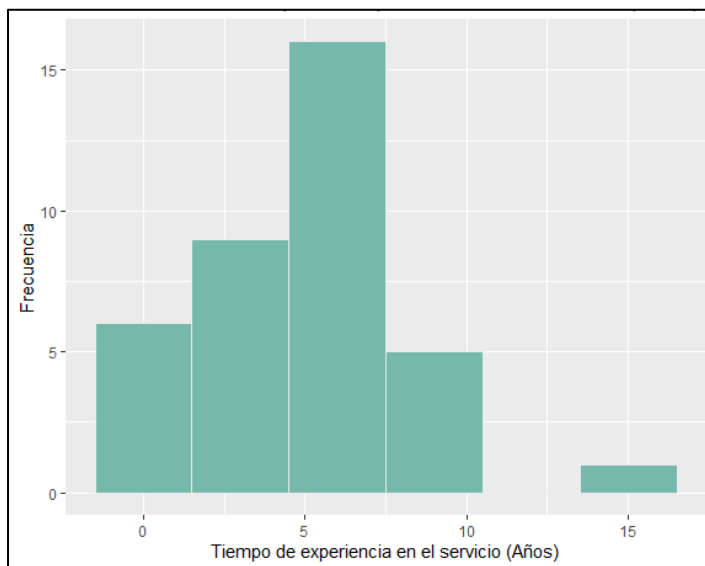
En el boxplot anterior podemos observar que la media (punto rojo) para cada uno de los cargos no parece diferir. Se evidencia, que para los auxiliares hay 1 edad atípica por encima del valor máximo mientras que para los enfermeros hay 2. La distribución de la edad de los auxiliares presenta una mayor variabilidad por encima del 50% de los datos, mientras que para los enfermeros la distribución se presenta más achatada. Por lo anterior, para conocer si existen o no diferencias en la distribución de la edad según el cargo, se realizó una prueba de comparación de medias (Mann-Whitney) donde con un p-valor de 0.9935 se puede decir que no existen diferencias significativas entre ambos grupos, siendo la edad promedio en general de 29,5.

**Gráfico 9: Distribución del tiempo de experiencia (años) de acuerdo al cargo**



Fuente: Este estudio.

**Gráfico 10: Distribución del tiempo de experiencia en el servicio (años)**



Fuente: Este estudio.

La distribución del tiempo de experiencia en el servicio de acuerdo con el cargo presenta diferencias, para conocer si estas diferencias son significativas o no, se aplicó la prueba de comparación de medias de Mann-Whitney dando como resultado un p-valor de 0,003383 y por tanto se puede afirmar que existen diferencias significativas entre ambos

grupos en cuanto al tiempo de experiencia y el cargo, siendo la media de 5,8 años en los auxiliares de enfermería y de 3,1 en los enfermeros.

### 5.11 ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES

Se categorizó cada una de las dimensiones, codificando en primera instancia la respuesta “Si” con 1 y “No” con 0, posteriormente se sumaron los ítems correspondientes de cada dimensión. La categorización “Bajo”, “Medio” y “Alto” fue realizada de manera arbitraria de acuerdo con la sumatoria de los ítems así:

- Para las dimensiones que contaban con 3 ítems (dimensión 1,2,3,4,5,7 y 10), si la sumatoria fue 1 entonces fue categorizado como “Bajo”, si fue 2 como “Medio” y 3 como “Alto”.
- Para las dimensiones que contaban con 4 ítems (Dimensión 9 y 6), si la sumatoria fue 1 entonces fue categorizado como “Bajo”, si fue 2 o 3 como “Medio” y 4 como “Alto”.
- Para las dimensiones que contaban con 5 ítems (Dimensión 8), si la sumatoria fue 1 o 2 entonces fue categorizado como “Bajo”, si fue 3 o 4 como “Medio” y 5 como “Alto”.

A continuación, se presenta el resumen de las dimensiones ordenadas de modo descendente de acuerdo con el porcentaje de respuesta en nivel “Alto”:

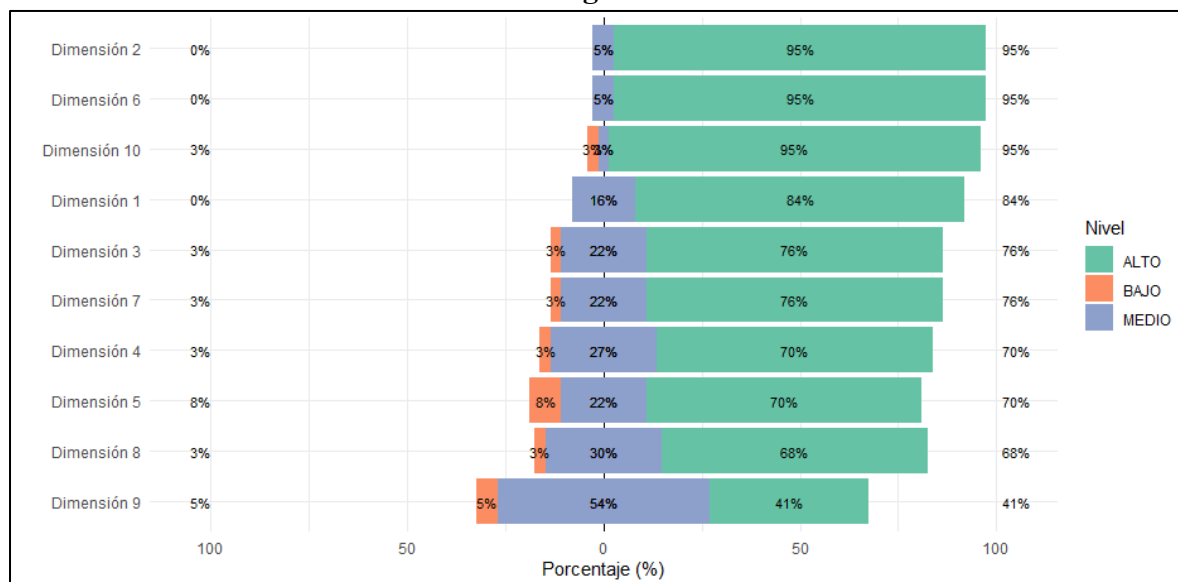
**Tabla 4. Resumen resultados de cada dimensión por nivel**

Dimensión	Nivel			Total
	Bajo	Medio	Alto	
2		5,4%	94,6%	100%
6		5,4%	94,6%	100%

10	2,7%	2,7%	94,6%	100%
1		16,2%	83,8%	100%
3	2,7%	21,6%	75,7%	100%
7	2,7%	21,6%	75,7%	100%
4	2,7%	27,0%	70,3%	100%
5	8,1%	21,6%	70,3%	100%
8	2,7%	29,7%	67,6%	100%
9	5,4%	54,1%	40,5%	100%

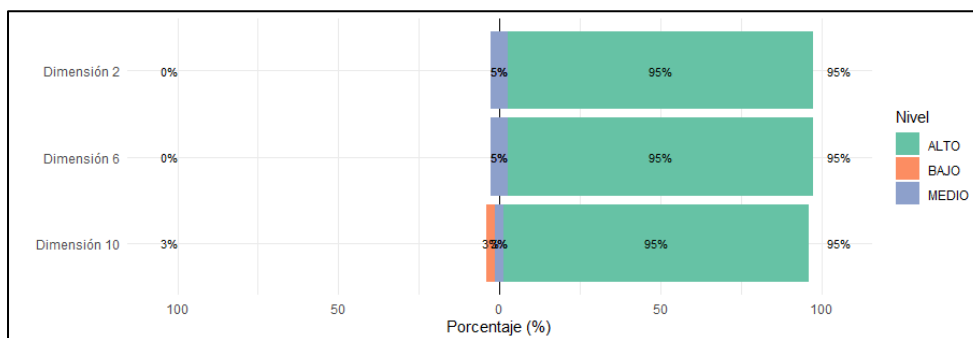
Fuente: Este estudio.

**Gráfico 11: Análisis de las dimensiones según el nivel**



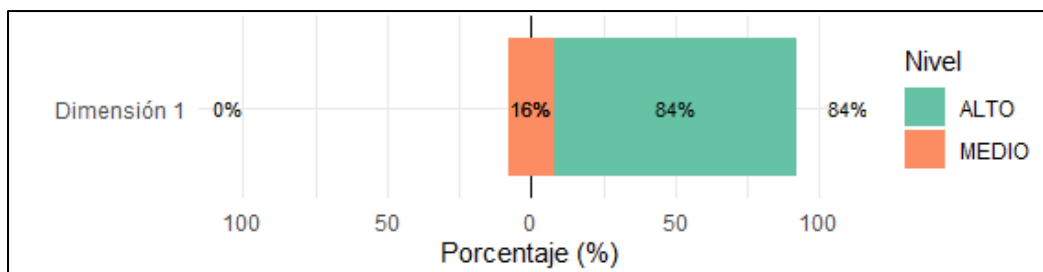
Fuente: Este estudio.

Las dimensiones 2 y 6 obtuvieron igual porcentaje para el nivel “Alto” con un 94% y para el nivel “Medio” con un 6%. La dimensión 10, presenta la misma proporción de nivel “Alto”, sin embargo, se encuentra que la proporción en el nivel “Medio” y “Bajo” es del 3%.

**Gráfico 12: Dimensiones con resultados significativamente altos**

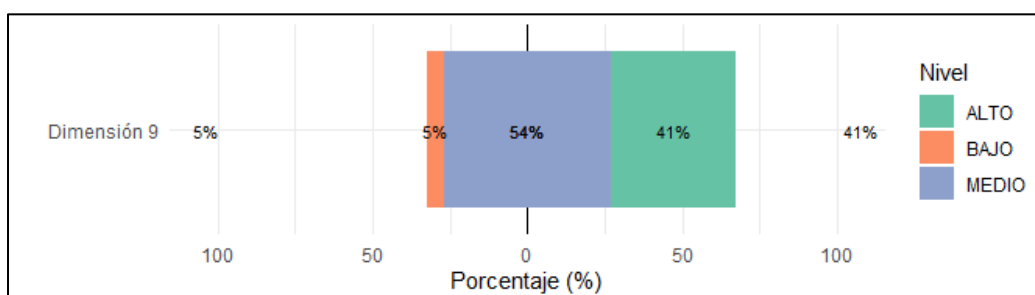
Fuente: Este estudio.

Las dimensiones 2 y 6 obtuvieron igual porcentaje para el nivel alto con un 95% y para el nivel medio con un 5%. La dimensión 10 presenta de igual manera la misma proporción de nivel alto, sin embargo, se encuentra que en la proporción en el nivel medio y bajo de del 3%.

**Gráfico 13: Valores humanísticos y altruistas**

Fuente: Este estudio.

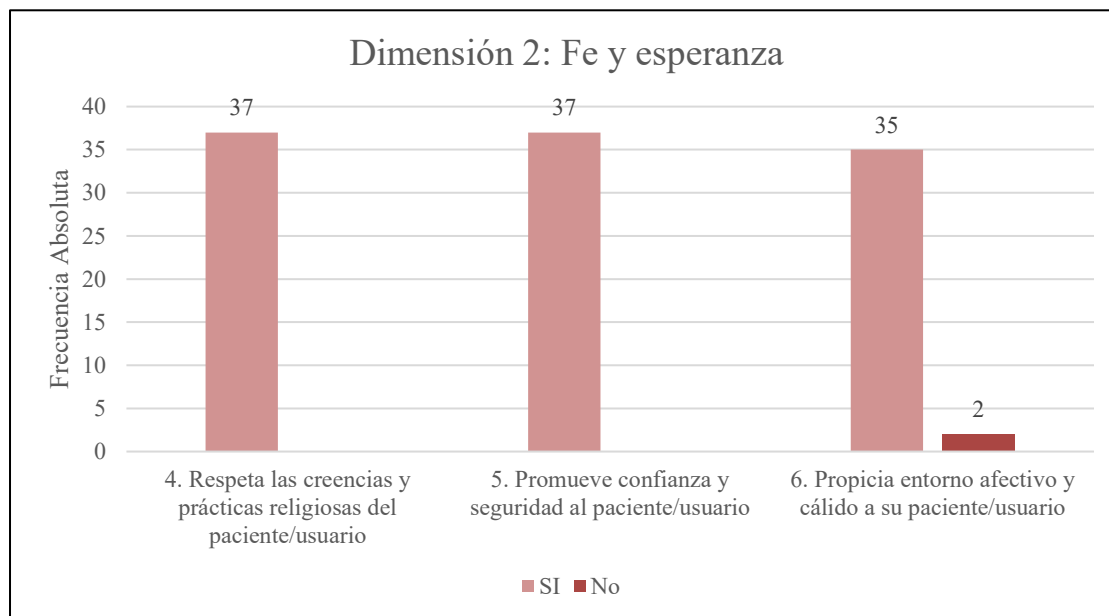
La dimensión 1 valores humanísticos y altruistas obtuvo un nivel alto con un 84% y para el nivel medio con un 16%.

**Gráfico 14: Considerar las fuerzas existenciales-fenomenológicas**

Fuente: Este estudio

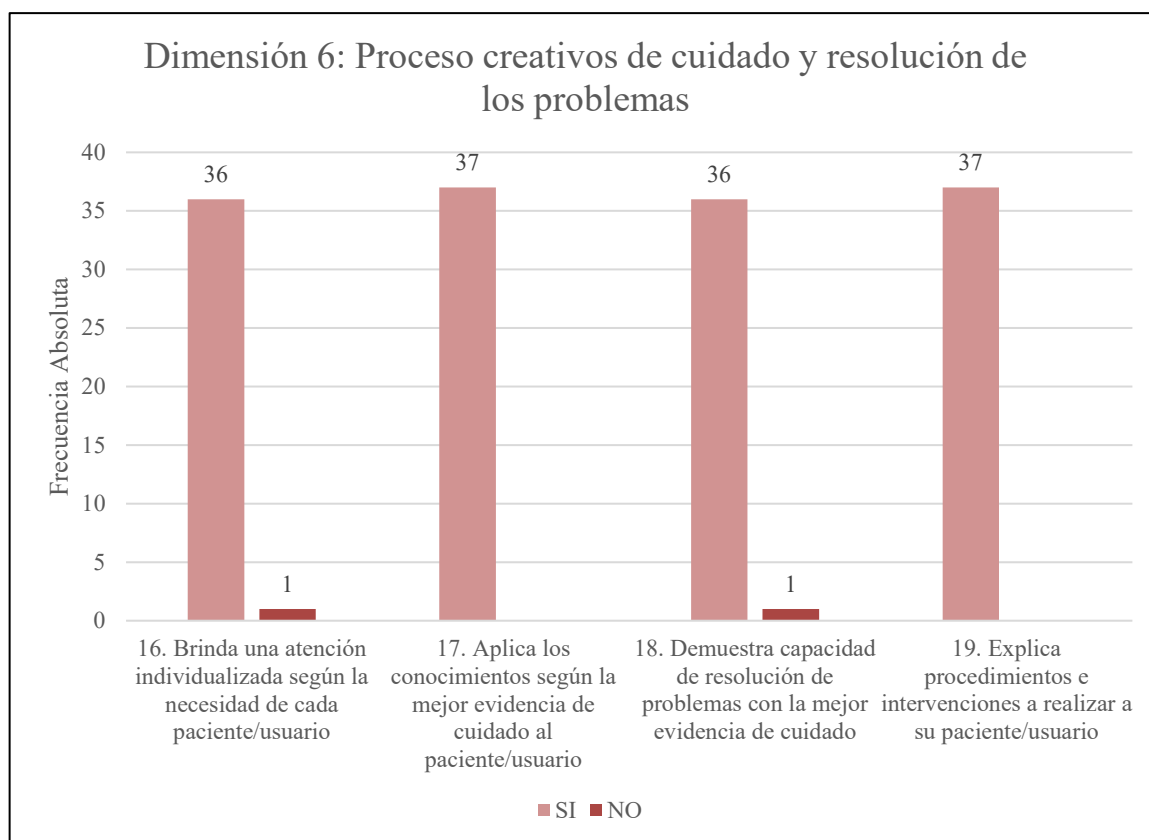
La dimensión 9 considerar las fuerzas existenciales-fenomenológicas obtuvo un nivel alto con un 41%, un nivel medio con un 54% y un nivel bajo con un 5%.

**Gráfico 15: Dimensión 2 fe y esperanza**



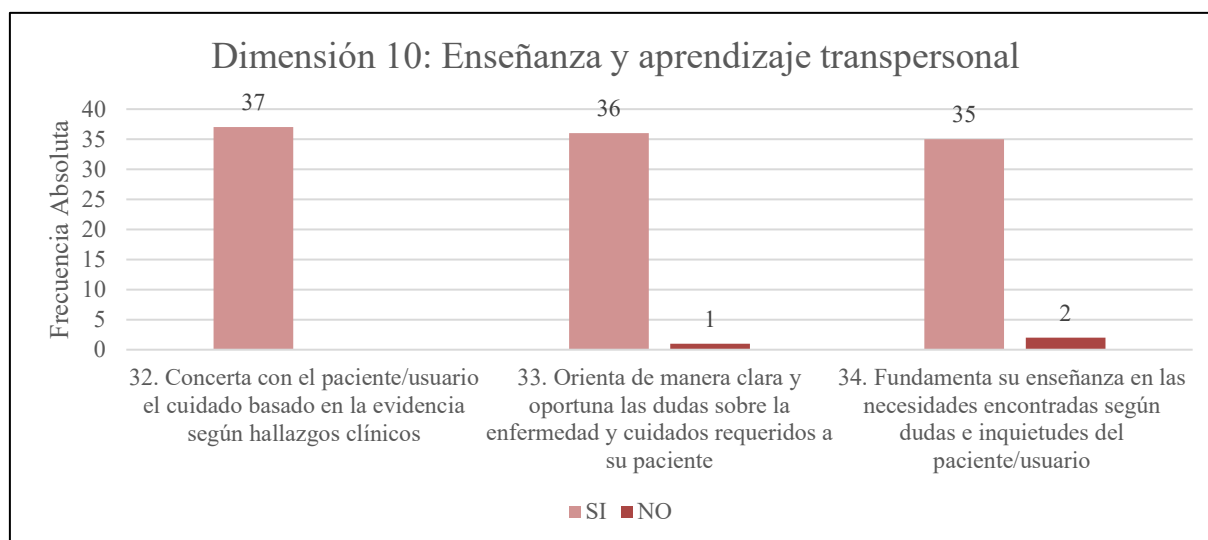
Fuente: Este estudio.

Ahora, teniendo en cuenta las respuestas en bruto de cada uno de los ítems que conforman la dimensión 2, se evidencia que para esta dimensión los 37 entrevistados coinciden en que respetan las creencias y prácticas religiosas del paciente/usuario, promueven la confianza y seguridad al paciente/usuario y 35 entrevistados coinciden en que propician un entorno afectivo y cálido a su paciente/usuario. Esto explica que el personal de enfermería de esta institución respeta las creencias de los pacientes con TAB, contribuyendo a que la recuperación de estos sea mucho más rápida.

**Gráfico 16: Dimensión 6 procesos creativos de cuidado y resolución de problemas**

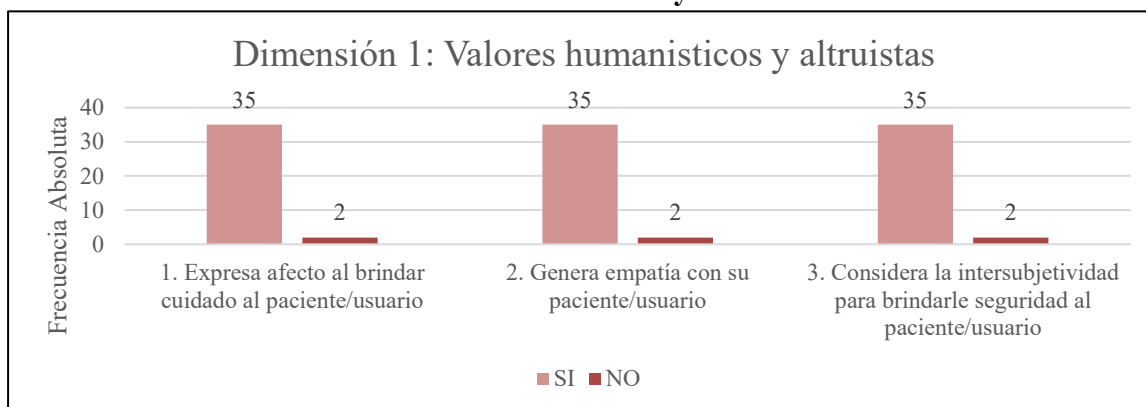
Fuente: Este estudio

En la dimensión 6 se evidencia que los 37 entrevistados coinciden en que aplican los conocimientos según la mejor evidencia de cuidado al paciente/usuario y que explican los procedimientos e intervenciones a realizar a su paciente, mientras que 36 de los entrevistados afirma que brinda una atención individualizada según la necesidad de cada paciente y que demuestra capacidad de resolución de problemas con la mejor evidencia de cuidado. Esto se explica debido a que los entrevistados muestran altos índices de profesionalización.

**Gráfico 17: Dimensión 10 enseñanza y aprendizaje transpersonal**

Fuente: Este estudio.

Para la dimensión 10, los 37 entrevistados coincidieron en que Concuerda con el paciente el cuidado basado en la evidencia según hallazgos clínicos, 36 acuerdan en que orientan de manera clara y oportuna las dudas sobre la enfermedad y 35 dicen que fundamentan su enseñanza en las necesidades encontradas según dudas e inquietudes del paciente/usuario. En esta dimensión se evidencia que el personal de enfermería transforma su conocimiento técnico al fundamentado científico, brindando una enseñanza mucho más amplia y así evitan cualquier recaída o falta de adherencia en los tratamientos en los pacientes con TAB.

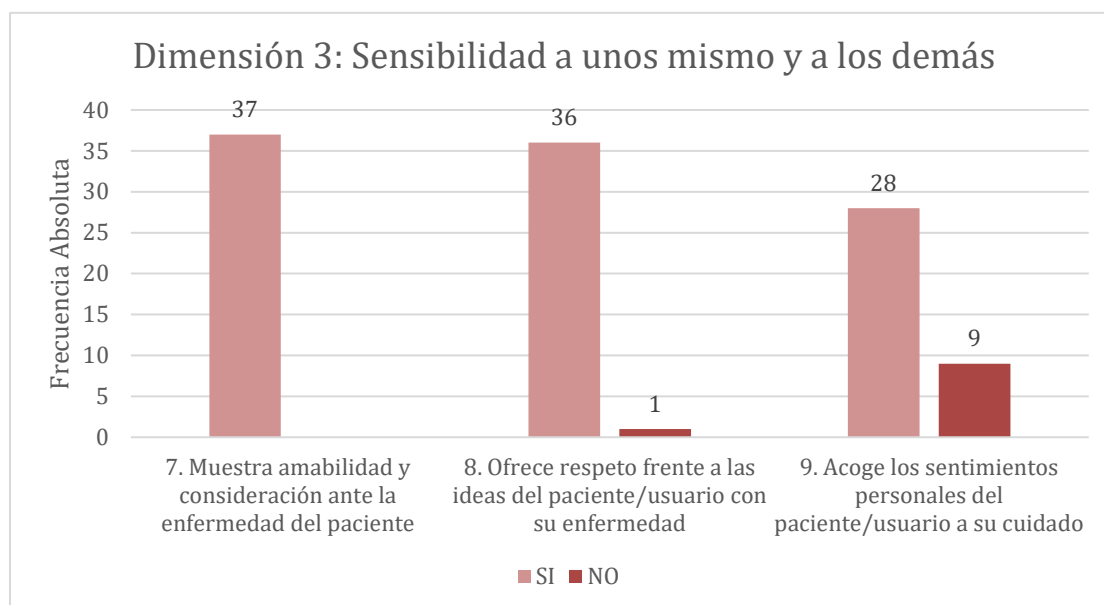
**Gráfico 18: Dimensión 1 valores humanísticos y altruistas**

Fuente: Este estudio.



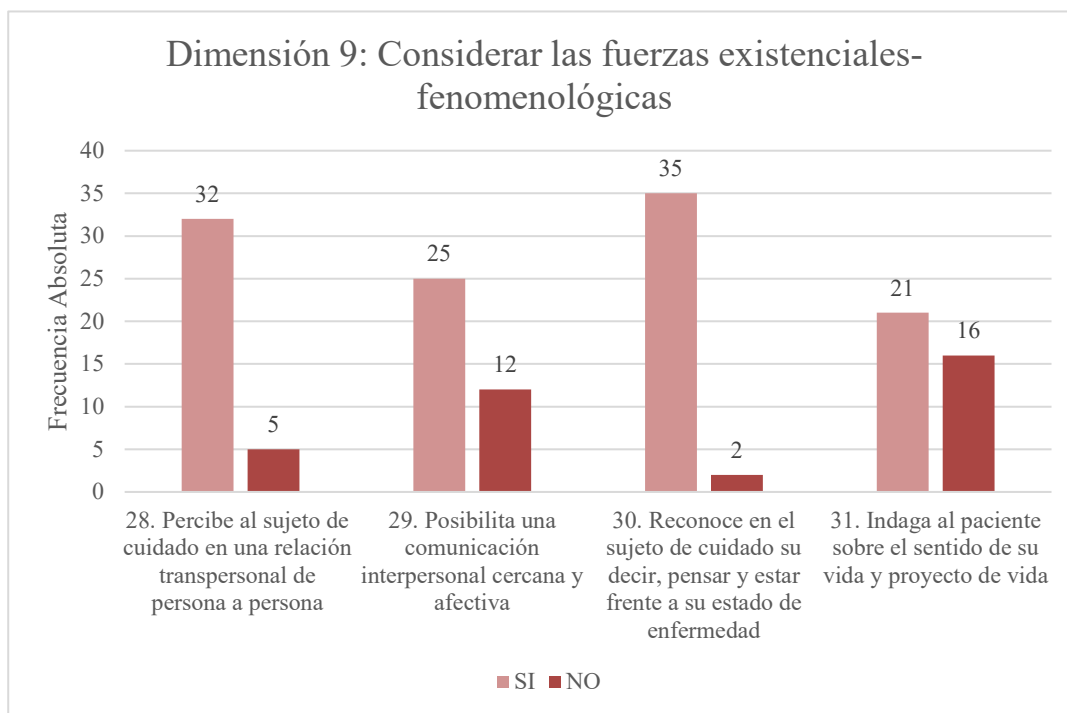
Para la dimensión 1, 35 de los 37 entrevistados concuerdan con los 3 ítems que lo componen, los cuales son que expresan afecto al brindar cuidado al paciente, generan empatía con el paciente y además consideran la intersubjetividad para brindarle seguridad al paciente. En esta dimensión reafirma lo que dice Watson, ya que el personal de enfermería de esta institución cuenta con unas buenas bases con respecto a la crianza y tienen muy claro los valores a aplicar en el cuidado del paciente y también tienen claro el respeto que deben tener con aquellos pacientes que no concuerden con el mismo sistema de valores.

**Gráfico 19: Dimensión 3 sensibilidad a uno mismo y a los demás**



Fuente: Este estudio.

Para esta dimensión los 37 entrevistados coincidieron en que muestran amabilidad y consideración ante la enfermedad del paciente, el 75% acoge los sentimientos personales del paciente a su cuidado y 36 ofrece respeto frente a las ideas del paciente con su enfermedad. Para esta dimensión se demuestra que el personal de enfermería sabe integrar en el cuidado la empatía, es decir, que entienden la situación por la que está pasando el paciente, generando en el sujeto de cuidado la confianza necesaria para expresar sus sentimientos y lograr identificar porque estado de la enfermedad está cursando.

**Gráfico 20: Dimensión 9 considerar las fuerzas existenciales-fenomenológicas**

Fuente: Este estudio.

La dimensión 9 es la que contiene la mayor variabilidad en las respuestas, pues sólo el 67% de los entrevistados posibilita una comunicación interpersonal cercana y afectiva con los pacientes, el 56% indaga al paciente sobre el sentido de su vida y proyecto de vida (en este punto no se encuentra una postura clara, pues es casi el 50% los que no indagan al paciente), el 82% percibe al sujeto de cuidado en una relación transpersonal de persona a persona. Sólo coinciden 35 en que reconocen en el sujeto de cuidado su decir, pensar y estar frente a su estado de salud. Por otra parte, las personas que respondieron “no” a ambos ítems (29 y 31), tienen en común algunos datos sociodemográficos pues todos pertenecen al estrato 2, con una edad promedio de 28 años, 6 de 7 son solteros y sólo 1 ha tenido educación continuada de tipo profesional.

**Tabla 5. Resumen resultados de los niveles de cada dimensión de acuerdo con el cargo**

Cargo	n	Prop	Dim. 1	Dim. 2	Dim. 3	Dim. 4	Dim. 5	Dim. 6	Dim. 7	Dim. 8	Dim. 9	Dim. 10
Auxiliar de enfermería	5	13,5%	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Auxiliar de enfermería	2	5,4%	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto
Enfermero	2	5,4%	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto
Enfermero	2	5,4%	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto
Enfermero	2	5,4%	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Auxiliar de enfermería	1	2,7%	Medio	Alto	Alto	Medio	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Auxiliar de enfermería	1	2,7%	Medio	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto
Auxiliar de enfermería	1	2,7%	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto
Auxiliar de enfermería	1	2,7%	Alto	Medio	Alto	Alto	Medio	Medio	Medio	Medio	Medio	Alto
Auxiliar de enfermería	1	2,7%	Alto	Alto	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Auxiliar de enfermería	1	2,7%	Alto	Alto	Medio	Medio	Bajo	Alto	Medio	Medio	Bajo	Medio
Auxiliar de enfermería	1	2,7%	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto	Alto	Medio	Alto	Medio	Alto
Auxiliar de enfermería	1	2,7%	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto
Auxiliar de enfermería	1	2,7%	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Medio	Medio	Alto
Auxiliar de enfermería	1	2,7%	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Medio	Alto
Auxiliar de enfermería	1	2,7%	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto
Auxiliar de enfermería	1	2,7%	Alto	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Auxiliar de enfermería	1	2,7%	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Medio	Alto	Medio	Medio	Alto
Auxiliar de enfermería	1	2,7%	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto
Auxiliar de enfermería	1	2,7%	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto
Auxiliar de enfermería	1	2,7%	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Bajo	Alto	Alto	Alto
Auxiliar de enfermería	1	2,7%	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto
Enfermero	1	2,7%	Medio	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Medio	Alto
Enfermero	1	2,7%	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Bajo

Enfermero	1	2,7%	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto
Enfermero	1	2,7%	Alto	Medio	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto
Enfermero	1	2,7%	Alto	Alto	Medio	Alto	Medio	Alto	Alto	Medio	Medio	Alto
Enfermero	1	2,7%	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto	Medio	Alto	Alto
Enfermero	1	2,7%	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Alto	Medio	Bajo	Bajo	Alto

Fuente: Este estudio.

Ahora, en la tabla 3 se evidencia el resumen de los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones, discriminado por el cargo. Se observa que un 13,5% de los auxiliares de enfermería entrevistados respondieron con nivel “Alto” a todas las dimensiones, cuando se indagó en la base de datos acerca de éstas 5 personas se encontró que 4 de las 5 son mujeres, con una edad promedio de 31,8 años, pertenecientes al estrato 2 y 3, de estado civil soltero, éstas 5 personas prestan servicio en el área de Urgencias y han tenido una educación continuada de tipo profesional.

Por otra parte, sólo 2 de los enfermeros entrevistados contestó en nivel alto a todas las dimensiones, por tanto, no es posible hacer un análisis de las variables sociodemográficas que permita conocer un poco más acerca de estas personas, las únicas variables que tienen en común es que son solteros y no han realizado un estudio continuado. Se trata de un hombre de 39 años del área de urgencias con 5 años de experiencia y perteneciente al estrato 3 y una mujer de 25 años, con un año de experiencia, trabaja en el área de salud mental y pertenece al estrato 2.

Otro de los factores interesantes que se pueden apreciar de la tabla 3 son aquellos que en general tuvieron un resultado nivel “medio”. El primer caso se trata de una auxiliar, mujer de 29 años, soltera del área de urgencias con 7 años de experiencia en el servicio, la cual en 6 de las 10 dimensiones su resultado fue nivel “medio”, además es interesante que desde la dimensión 5 a la 9 sus respuestas dan para ser “clasificada”

con un nivel de cuidado medio. El segundo caso también se trata de un auxiliar, pero en este caso hombre, soltero de 24 años perteneciente al estrato 2, trabaja en el área de salud mental y tiene 2 años de experiencia en el servicio, es interesante analizarlo dado que contestó en nivel “medio” 5 de las 10 dimensiones y, además, 2 dimensiones fueron clasificadas en nivel “bajo” las cuales son la dimensión 5 y 9.

## 6. DISCUSIÓN

Siendo el cuidado humanizado el objetivo principal de este estudio, teniendo en cuenta el marco teórico y los resultados obtenidos, se puede discutir lo siguiente:

Los valores humanísticos y altruistas en el personal de enfermería demostró tener un resultado alto el cual concuerda con lo dicho por Urra M et al (2011), ya que se refleja la importancia de los valores inculcados en casa y refrendado a nivel profesional nos indican los estándares para brindar de esta manera un cuidado holístico al sujeto cuidado, es por esto que Arriaga y obregón- de la torre (2019) indican que para alcanzar un buen cuidado humanizado, se debe tener en cuenta los valores humanísticos, de esta manera se logre la correcta identificación y gestión las necesidades de los pacientes, ayudando a que su recuperación sea mucho más rápida, tal como lo indica el personal de enfermería de este estudio dando para un nivel alto en el acompañamiento de las necesidades humanas.

Con relación a la enseñanza y aprendizaje transpersonal el resultado obtenido fue para de alto, indicando por Urra M et al (2011), que al implementar una buena enseñanza y aprendizaje para los pacientes puede repercutir en ellos positivamente de tal manera llegar así a mejorar la condición de salud evitando las recaídas, por lo tanto se refleja un cuidado humanizado por parte del personal de enfermería de esta institución, ante lo dicho anteriormente se puede decir que esta y las dimensiones anteriormente mencionados fueron parte de las mejores calificadas del estudio indicando que existe un cuidado humanizado para nuestro estudio.

Los resultados de las fuerzas existenciales-fenomenológicas fueron significativos presto que el personal de enfermería de esta institución no lo tienen claro, ya que no comprenden que para alcanzar un cuidado humanizado se debe tener una intersubjetividad al momento de brindar un cuidado, es decir, que relación implícita con el otro está debilitada;

esto contrasta con lo dicho por Urra M et al (2011) ya que la intersubjetividad y la fenomenología refleja todas las características que debe tener un enfermero para tener un cuidado humanizado con los pacientes en efecto a esto no es solo ver a el sujeto de cuidado con su patología sino como un ser social, cultural que necesita ser ayudado; es un ser integral, transpersonal, que tiene necesidades físicas, emocionales y mentales. es fundamental mirar en su entorno cuáles son las dificultades a nivel socioeconómico y familiar que puede presentar el sujeto de cuidado, de esta manera lograr hacer un diagnóstico enfermero integral al paciente. Es así como esta dimensión logra ser la más importante para nuestro estudio.

## 7. CONCLUSIÓN

Durante la realización del estudio se observa que a nivel mundial existe un crecimiento de pacientes diagnosticados con trastorno afectivo bipolar, es por esto que debe existir un cuidado seguro y holístico, motivo por el cual nos permite emplear una lista de chequeo modificada de la teoría de Jean Watson que argumenta que los factores caritativos del cuidado son de vital importancia para eliminar la estigmatización a este tipo de pacientes, razón por la cual nos lleva a originar varios interrogantes sobre la relación enfermero paciente, ¿Que tanto cuidado se brinda a los pacientes con TAB?, ¿Que tanto observamos a los pacientes desde la intersubjetividad del cuidado?, estas son preguntas poco difíciles de responder a simple vista pero que nos permite determinar el tipo de cuidado brindado.

Es por ello que para saber el cuidado ofrecido por parte del personal de enfermería a pacientes con TAB se tuvo en cuenta la situación sociodemográfica, el tiempo de servicio y su nivel profesional, permitiéndonos establecer que no existe un valor relevante a la hora del cuidado, por consiguiente durante la realización del estudio se encontró que el cuidado en este tipo de pacientes se ve relegado a los auxiliares de enfermería que por el afán del día a día y la sobrecarga laboral olvidan el verdadero don del cuidado, lo anteriormente nombrado se ve reflejado en las estadísticas y el informe final del estudio, donde la dimensión principal sobre las fuerzas existenciales y fenomenológicas no arrojaron los valores significativos o esperados, llevando a pensar que si este se encuentra alterado el resto deben estar alterado o en caso contrario si este se encuentra al 100% de su cumplimiento en el cuidado el resto de dimensiones debes estar coherentes a su proporción.

Es decir que los resultados que aportan en la institución donde fue realizada el estudio el personal de enfermería brinda un cuidado humanizado significativamente alto, sin embargo la relación intersubjetiva con el paciente es escasamente visible dada las múltiples funciones que deben cumplir como calidad de la atención en salud, es decir, no se encuentra una



relación implícita con el sujeto de cuidado en aras de dar un cuidado individualizado con base en sus necesidades y centrado en la persona.

Todo lo anteriormente argumentado se basa al realizar los análisis de cada uno de los ítems de los factores caritativos de Jean Watson, que busca la empatía y atención idónea entre enfermero-paciente.

## **8. RECOMENDACIONES**

Se sugiere para posteriores estudios realizar instrumentos más amplios y que causen un mayor impacto y permita dar mejor información que nutra al estudio, considerando que la muestra fue pequeña y no se establecieron diferencias significativas en el cuidado humanizado que brinda el personal de enfermería.

## 9. REFERENCIAS

- Alba-leonel, a., fajardo-ortiz, g., lópez, e. t., & papaqui-hernández, j. (2012). la comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso méxico. 11(3), 138–141.
- Armangu, p. g., hospital, s. c., & barcelona, b. (n.d.). rol autónomo del profesional de enfermería en capd.
- Arriaga-garcía, a., & obregón-de la torre, m. (2019). conocimientos y actitudes sobre el cuidado humanizado en enfermeras de lima. casus. revista de investigación y casos en salud, 4(2), 102–110. <https://doi.org/10.35626/casus.2.2019.213>
- Asto, n., & bustinza, y. (2019). cuidado humanizado y satisfacción familiar de personas con cáncer hospitalizados en essalud huancayo – 2018. 2018, 72. [http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/uncp/5297/tesis\\_asto\\_huaroc\\_-\\_bustinza\\_marquez\\_enfermeria.pdf?sequence=1&isallowed=y](http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/uncp/5297/tesis_asto_huaroc_-_bustinza_marquez_enfermeria.pdf?sequence=1&isallowed=y)
- Barbero, v. (2013). atributos del cuidado humanizado de enfermería en personal asistencial. 92.
- Beentjes, t. a., goossens, p. j., & jongerden, i. p. (2016). nurses' experience of maintaining their therapeutic relationship with outpatients with bipolar disorder and their caregivers during different stages of a manic episode: a qualitative study. perspectives in psychiatric care, 52(2), 131-138.
- Camacho, a. l., miroslava, a., rosales, r., alfonso, j., & castro, p. (2016). propuesta para realizar la supervisión en enfermería con base en una recopilación documental proposal to carry out supervision in nursing. 21, 158–163.
- Cara rodríguez, r., avilés sáez, z., & lópez trinidad, l. m. (2018). comunicación y escucha activa por parte del profesional de enfermería a pacientes con cáncer ginecológico: una revisión bibliográfica = nursing staff communication and active listening to

- patients with gynecological cancer: a bibliographic review. revista española de comunicación en salud, 9(2), 221. <https://doi.org/10.20318/recs.2018.4500>
- ch, m. v. (n.d.). la administración de enfermería en el área clínica y sus implicaciones en el cuidado nursing administration in the clinical field and its implications.
- Colombia, m. r. m. r. d. c. (2003). sobre la salud mental, sus trastornos y estigmas. 1–5. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/pp/abc-salud-mental.pdf>
- Colombia. gobierno. (2013). por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. ley 1616 de 2013, 1–17
- Cómo reconocer un posible trastorno bipolar, según la apa. (n.d.). retrieved may 19, 2020, from [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=6599](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6599)
- Conejo cerón, s., moreno peral, p., morales asencio, j. m., alot montes, a., garcía-herrera, j. m., gonzález lópez, m. j., quemada gonzález, c., requena albarracín, j., & moreno küstner, b. (2014). opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo. anales del sistema sanitario de navarra, 37(2), 223–233. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272014000200005>
- Congreso de la República de Colombia. (2004). Ley 911 de 2004. Bogotá: Congreso de la República.
- Cortés juarez, l. (2015). intervención de enfermería al paciente con trastorno bipolar pediátrico ya sus familias (bachelor's thesis). <https://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/49313/lcortesj.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Criterios dsm-iv-tr( trastorno bipolar) (n.d.). retrieved july 7, 2020, from <https://webs.ucm.es/info/psclinic/guiarefrat/trastornos/bipolar/dsm.php>

- Crowe, m., whitehead, l., wilson, l., carlyle, d., o'brien, a., inder, m., & joyce, p. (2010). disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder—a systematic review of the evidence for mental health nursing practice. *international journal of nursing studies*, 47(7), 896-908.
- Decs server - main menu. (n.d.). retrieved october 14, 2020, from <http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decssserver/>
- Enfermedad mental - avifes. (n.d.). retrieved july 7, 2020, from <https://avifes.org/enfermedad-mental/>
- Enfermeras supervisoras y la administracion de estrategias gerenciales en los servicios de salud y enfermeria - revista electrónica de portalesmedicos.com. (n.d.). retrieved july 9, 2020, from [https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/4487/2/enfermeras-supervisoras-y-la-administracion-de-estrategias-gerenciales-en-los-servicios-de-salud-y-enfermeria?no\\_redirect=true](https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/4487/2/enfermeras-supervisoras-y-la-administracion-de-estrategias-gerenciales-en-los-servicios-de-salud-y-enfermeria?no_redirect=true)
- Enfermería, e. d. e. (2012). taller de tesis tema : “ cuidados humanizados” autora : patricia moll.
- Esguerra de cárdenas, i. (1991). (1991). rol del profesional en salud mental. ix(1). <http://bdigital.unal.edu.co/20575/1/16731-52397-1-pb.pdf>
- Essalud, n., & Perú, c. (2014). percepciones de enfermeras asistenciales sobre: rol gerencial de enfermeras jefes de servicio. hospitales asistenciales sobre: rol gerencial de enfermeras jefes de servicio. hospital.
- Fernández et al (2018). cuidados de enfermería en el trastorno bipolar del iv congreso virtual internacional de enfermería en salud mental. <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/3-3-2018-14-comu3.pdf>
- Galvis lópez, m. a. (2015). teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería

- psiquiátrica. revista cuidarte, 6(2), 1108. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>
- Gomez barrera, l. m. (2010). cuidado de enfermería en salud mental a personas afectadas por la violencia con diagnóstico de trastorno bipolar / nursing care in mental health for people affected by violence with a diagnosis of bipolar disorder. <http://bdigital.unal.edu.co/8604/1/leidimarcelagomezbarrera.2010.pdf>  
<http://www.bdigital.unal.edu.co/8604/>
- Goossens, p. j. j., beentjes, t. a. a., de leeuw, j. a. m., & van achterberg, t. (2008). the nursing of outpatients with a bipolar disorder: what nurses actually do. *archives of psychiatric nursing*, 22(1), 3-11.
- Goossens, p. j., van achterberg, t., & knoppert-van der klein, e. a. (2007). nursing processes used in the treatment of patients with bipolar disorder. *international journal of mental health nursing*, 16(3), 168-177.
- Guerrero-ramírez, r., meneses-la riva, m. e., & de la cruz-ruiz, m. (2017). cuidado humanizado de enfermería según la teoría de jean watson, servicio de medicina del hospital daniel alcides carrión. lima- callao, 2015. *revista enfermeria herediana*, 9(2), 133. <https://doi.org/10.20453/renh.v9i2.3017>
- Holmes, c., & garcía, t. (2020). c onpes.
- Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. (n.d.). retrieved may 21, 2020, from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1132-12962016000300011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1132-12962016000300011)
- Isabel, p., & pabón, c. (2008). la humanización en el cuidado de pacientes para lograr una atención de alta calidad the humanism in the care of patients to achieve high quality care. 31–35.
- Laviana, m. (2008). la lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental . una estrategia compleja basada en la información disponible. xxviii(16), 43–83.

- López navarro, s. (2013). cuidados estandarizados en trastorno bipolar en unidades de hospitalización, tratamiento y rehabilitación.  
<http://www.codem.es/adjuntos/codem/documentos/informaciones/publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/56135fbe-80e8-479c-8f87-bbf9e1afbfb4/1af7b8eb-f950-479b-b1e2-58f26fa5d186/1af7b8eb-f950-479b-b1e2-58f26fa5d186.pdf>
- Mccormick, u., murray, b., & mcnew, b. (2015). diagnosis and treatment of patients with bipolar disorder: a review for advanced practice nurses. *journal of the american association of nurse practitioners*, 27(9), 530-542.
- Melorse, j., perroy, r., & careas, s. (2015). manual amir enfermería psiquiátrica y salud mental. in *statewide agricultural land use baseline 2015* (vol. 1).  
<https://doi.org/10.1017/cbo9781107415324.004>
- Ministerio de salud. (1993). Resolución 8430 de 1993. bogotá, 19983
- Ministerio de salud. (1998). Resolución 2358 de 1998. bogotá, 1998(43), 61.
- Ministerio de salud.(2004). Ley 911 de 2004, bogotá, 2004
- Ministerio de salud, (2018). Plan Decenal de Salud Pública.  
<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
- Montes, j. (n.d.). humanización de la asistencia en las unidades de hospitalización psiquiátrica breve. <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2020/01/humanización-de-la-asistencia-en-las-unidades-de-hospitalización-psiquiátrica-breve.pdf>
- Nimh » bipolar disorder. (n.d.). retrieved july 7, 2020, from  
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml>
- Nimh »trastorno bipolar. (n.d.). retrieved may 19, 2020, from  
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder/index.shtm>
- Odelc, d. a. (2018). introducción. 171–182.

- Oficial, D. Ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones [Internet] 1996. CXXXI (42710).
- Organización de las naciones unidas.(1991). principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. resolución 6/119, de 17 de diciembre de 1991, 1-13
- Paciente con enfermedad psiquiátrica, enfermería. (n.d.). retrieved may 21, 2020, from <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-172/humanizacion-enfermeria-cuidado/>
- Para retomar el rumbo: menos procesos administrativos y más cuidado humano | moreno-fergusson | aquichan. (n.d.). retrieved july 8, 2020, from <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1475/1674>
- Pardo briceño, j., & riasco zapata, m. (2003). factores de riesgos y cuidados de enfermería en la enfermedad maníaco depresiva de personas que consultaron al hospital mental de risaralda homeris en el primer semestre de 2002 (doctoral dissertation, universidad libre de pereira).
- Paulina, m. c., pablo, m. v, & jéssica, o. g. (2014). percepción de cuidado humanizado en el servicio de medicina adulto, hospital base valdivia, tercer trimestre 2014. universidad austral de chile facultad de medicina escuela de enfermería, 62. <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2014/fmm672p/doc/fmm672p.pdf>
- Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados 1 perception of humanized nursing care by hospitalized users. (2018). 1–10. <https://doi.org/10.4067/s0717-9553201800010020>
- Preguntas más frecuentes. (n.d.). retrieved may 19, 2020, from <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Prías vanegas, h. e. (2017). humanized care: a challenge for nursing professional. revisalud



unisucre, issn(1), 26–30.

<https://revistas.unisucre.edu.co/index.php/revisalud/article/view/575/620>

- Rojas, m s. (2007). atención de enfermería a pacientes con afecciones psiquiátricas. la habana,cuba: editorial ciencias médicas.
- Sarahy, b., & guerrero, c. (2018). enfermería psiquiátrica: un pilar en la salud mental. cultura científica y tecnológica, 0(65).
- Sherrod, t., quinlan-colwell, a., lattimore, t. b., shattell, m. m., & kennedy-malone, l. (2010). older adults with bipolar disorder: guidelines for primary care providers. journal of gerontological nursing, 36(5), 20-27.
- Taylor, c., mcdougall, t., & wellman, n. (2006). bipolar disorder: the nurse's role: a new guideline on the identification, treatment and management of bipolar disorder in primary and secondary care was recently introduced by the national institute for health and clinical excellence. clare taylor and colleagues highlight the contribution nurses can make to its implementation. mental health practice, 10(2), 10-13.
- Torres, m. (2013). la geografía económica del valle del cauca. economía y administración, 10(1), 47–67. <https://www.uao.edu.co/sites/default/files/torres.pdf>
- Trapero pons, s., & sara. (2017). la humanización en la atención del paciente agitado con esquizofrenia. <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/11766>
- Trastornos mentales. (n.d.). retrieved may 19, 2020, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Tuluá “corazón del valle”: geografía. (n.d.). retrieved october 13, 2020, from <http://tuluavalledelcauca.blogspot.com/p/geografia-desde-el-punto-de-vista-de.html>
- Ugarte chang, j. a. (2017). características del cuidado humanizado que brinda la enfermera según las personas viviendo con virus de la inmunodeficiencia humana en estadio sida. ciencia y arte de enfermería, 2(1), 1. <https://doi.org/10.24314/race.v1i1.33>

- Ureste parra, m. v. (2017). el papel de los profesionales de enfermería en el cuidado de pacientes diagnosticados de trastorno bipolar (bachelor's thesis).
- Uribe, A., Palacio, R., & Santamaria, M. (2013). Ley 1616. Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved from Ministerio de Salud y Protección Social.
- Urra m, e., jana a, a., & garcía v, m. (2011). algunos aspectos esenciales del pensamiento de jean watson y su teoría de cuidados transpersonales. *ciencia y enfermería*, 17(3), 11–22. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532011000300002>
- Valencia collazos, m. (2007). trastornos mentales y problemas de salud mental. día mundial de la salud mental 2007. *salud ment*, 30(2), 75–80.
- Van berkhout, e. t., & malouff, j. m. (2016). the efficacy of empathy training: a meta-analysis of randomized controlled trials. *journal of counseling psychology*, 63(1), 32–41. <https://doi.org/10.1037/cou0000093>
- Vargas, g., rodríguez, á. p., vásquez, c., montoya, e., cadavid, k., gallo, m., vargas, s. m., quintero, s., gallego, w., & caro, y. v. (2013). modelo para la desinstitucionalización de personas con trastorno mental y larga estancia hospitalaria, en el marco del sgsss y protección social en colombia. 1–77.
- vieta, e., & gasto, c. (1997). *trastornos bipolares*. barcelona: editorial springer-verlag ibérica, 6. <http://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=trastorno+bipolar+en+adolescentes&btn=&lr=#6#6>
- Vista de trastorno bipolar: garantías explícitas de salud e implicancias para enfermería. (n.d.). retrieved july 7, 2020, from <http://rhd.uc.cl/index.php/rhe/article/view/13000/11558>
- Weeks, d. p. c. c. l. e. y. n. to k. in 20. (2015). cuidados de enfermería en el trastorno bipolar. *dk*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/cbo9781107415324.004>
- Xvi, e. (2010). enfermería en el rol de gestora de los cuidados nursing in the role of health

care manager. 3, 33–39.

Zorrilla, m. j. m., & mesa, f. j. g. (2012). paciente con trastorno bipolar: proceso de enfermería. revista ene de enfermería, 6(2), 81-88.

## ANEXOS

## Anexo 1: Instrumento



## FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA PEREIRA

## FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

## PROGRAMA DE ENFERMERÍA

**Identificación de cuidado humanizado según teoría de Jean Watson en el personal de enfermería de pacientes con Trastorno Afectivo Clínica Privada Tuluá.**

## FICHA TÉCNICA DE CUIDADO HUMANIZADO

**OBJETIVO:** Identificar el cuidado humanizado según teoría de Jean Watson en el personal de enfermería de pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar.

**ORIENTACIÓN:** A continuación, observe cada ítem y responda *lo observado con un SI o NO según corresponda y describa si lo considera necesario.*

Edad: \_\_\_ Género: \_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_ Formación académica: \_\_\_\_\_

Tiempo experiencia servicio: \_\_\_\_\_ Educación Continuada: NO: \_\_\_ SI: \_\_\_ Tipo:

\_\_\_\_\_ Estrato: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

**Tabla 6. Adoptado y adoptado a las dimensiones del cuidado humanizado según Jean Watson y TAB**

<b>Dimensión 1: Valores Humanísticos y Altruistas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
<b>1.</b> Expresa afecto al brindar cuidado al paciente/usuario			

2. Genera empatía con su paciente/usuario.			
3. Considera la intersubjetividad para brindarle seguridad al paciente/usuario			
<b>Dimensión 2: Fe y Esperanza</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
4. Respeta las creencias y prácticas religiosas del paciente/usuario			
5. Promueve confianza y seguridad al paciente/usuario			
6. Propicia entorno afectivo y cálido a su paciente/usuario			
<b>Dimensión 3: Sensibilidad a uno mismo y a los demás</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
7. Muestra amabilidad y consideración ante la enfermedad del paciente			
8. Ofrece respeto frente a las ideas del paciente/usuario con su enfermedad			
9. Acoge los sentimientos personales del paciente/usuario a su cuidado			
<b>Dimensión 4: Relación de Ayuda - Confianza</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
10. Habla y se comunica afectivamente con el paciente/usuario			
11. Escucha al paciente/usuario cuando le expresa sus sentimientos			
12. Indaga aspectos personales de la vida del paciente/usuario para un cuidado holístico			
<b>Dimensión 5: Expresando sentimientos positivos y negativos</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>

13. Hace acercamiento al paciente/usuario cuando entra en estado de crisis o euforia			
14. Percibe estados de ánimo del paciente para un acompañamiento afectivo			
15. Posibilita al paciente/usuario que exprese sus sentimientos a través de una escucha atenta			
<b>Dimensión 6: Proceso creativo de cuidado y resolución de problemas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
16. Brinda una atención individualizada según la necesidad de cada paciente/usuario			
17. Aplica los conocimientos según la mejor evidencia de cuidado al paciente/usuario			
18. Demuestra capacidad de resolución de problemas con la mejor evidencia de cuidado			
19. Explica procedimientos e intervenciones a realizar a su paciente/usuario			
<b>Dimensión 7: Acompañamiento en la satisfacción de las necesidades humanas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
20. Acompaña al paciente en sus diferentes estados emocionales durante la enfermedad			
21. Asiste al paciente en sus diferentes necesidades emocionales, físicas y otras			
22. Motiva al paciente y familiares en la participación continua de las diferentes actividades para su bienestar			
<b>Dimensión 8: Apoyo en el entorno mental, físico y social</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	

23. Brinda los cuidados necesarios de confort al paciente/usuario			
24. Respeta la intimidad del paciente/usuario en todas las actividades de cuidado			
25. Percibe el estado socioemocional de paciente/usuario como aspecto esencial del cuidado			
26. Planea un cuidado holístico que garantice una atención humanizada para el paciente/usuario			
27. Utiliza las redes sociales de apoyo como estrategia de bienestar social del paciente/usuario			
<b>Dimensión 9: Considerar las fuerzas existenciales - fenomenológicas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
28. Percibe al sujeto de cuidado en una relación transpersonal de persona a persona			
29. Posibilita una comunicación interpersonal cercana y afectiva			
30. Reconoce en el sujeto de cuidado su decir, pensar y estar frente a su estado de enfermedad			
31. Indaga al paciente sobre el sentido de su vida y proyecto de vida			
<b>Dimensión 10: Enseñanza - Aprendizaje transpersonal</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
32. Concerta con el paciente/usuario el cuidado basado en la evidencia según hallazgos clínicos			
33. Orienta de manera clara y oportuna las dudas sobre la enfermedad y cuidados requeridos a su paciente			

<b>34.</b> Fundamenta su enseñanza en las necesidades encontradas según dudas e inquietudes del paciente/usuario			
--	--	--	--

*Fuente: Este estudio.*



**Anexo 2: Consentimiento informado**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ENFERMERÍA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO**

Yo \_\_\_\_\_ identificada con C.C. \_\_\_\_\_ he recibido explicación sobre el presente estudio: **características del cuidado humanización en pacientes con trastorno afectivo bipolar unidad de salud mental clínica san francisco Tuluá 2019**. Realizado en la ciudad de Tuluá Valle del Cuaca, el cual forma parte de un trabajo investigativo del programa de Enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Entiendo que para participar de la investigación debo contestar una lista de chequeo que conduce a la información sobre variables comprendida en dos secciones la primera parte de características sociodemográficas, la segunda parte hace relación a la lista de chequeo que consta de 34 ítems compuesta por los 10 factores caritativos del cuidado de Jean Watson.

Comprendo que la información de esta investigación tendrá un manejo confidencial y será empleada con propósitos académicos, mi decisión de participar en el estudio solo tendrá a cambio la satisfacción de contribuir en el desarrollo de la investigación en este campo, para Establecer qué conocimientos sobre el cuidado humanizada tiene la población objeto de estudio.

Sé que puedo cambiar de opinión en cualquier momento, sin que ello tenga ninguna consecuencia y puedo comunicarme sobre alguna pregunta del estudio o mis derechos como participante al teléfono 325 5992 ext. 121 Programa de Enfermería.

**Firma encuestador**

**Firma encuestado**

**Fecha:** DD/MM/AA

### Anexo 3: Evidencia de instrumento y consentimiento informado



MIEMBRO DE LA RED  
**ILUMNO**

#### FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA PEREIRA

#### FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

#### PROGRAMA DE ENFERMERÍA

**Identificación de cuidado humanizado según teoría de Jean Watson en el personal de enfermería de pacientes con Trastorno Afectivo Clínica Privada Tuluá.**

#### FICHA TÉCNICA DE CUIDADO HUMANIZADO

**OBJETIVO:** Identificar el cuidado humanizado según teoría de Jean Watson en el personal de enfermería de pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar.

**ORIENTACIÓN:** A continuación, observe cada ítem y responda *lo observado con un SI o NO según corresponda y describa si lo considera necesario.*

Edad: 29 Género: Femenino Cargo: Auxiliar de enfermería Área: Urgencias Formación académica: Técnico Tiempo experiencia servicio: 7 años Educación Continuada: NO: SI: X Tipo: Profesional Estrato: 3 Estado Civil: Unión Libre

*Adoptado y adoptado a las dimensiones del cuidado humanizado según Jean Watson y TAB*

<b>Dimensión 1: Valores Humanísticos y Altruistas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
<b>1.</b> Expresa afecto al brindar cuidado al paciente/usuario	X		

2. Genera empatía con su paciente/usuario.	X		
3. Considera la intersubjetividad para brindarle seguridad al paciente/usuario	X		
<b>Dimensión 2: Fe y Esperanza</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
4. Respeta las creencias y prácticas religiosas del paciente/usuario	X		
5. Promueve confianza y seguridad al paciente/usuario	X		
6. Propicia entorno afectivo y cálido a su paciente/usuario		X	Es muy difícil debido a que hago parte de un servicio de urgencias y se maneja mucho estrés.
<b>Dimensión 3: Sensibilidad a uno mismo y a los demás</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
7. Muestra amabilidad y consideración ante la enfermedad del paciente	X		
8. Ofrece respeto frente a las ideas del paciente/usuario con su enfermedad	X		
9. Acoge los sentimientos personales del paciente/usuario a su cuidado	X		
<b>Dimensión 4: Relación de Ayuda - Confianza</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
10. Habla y se comunica afectivamente con el paciente/usuario	X		
11. Escucha al paciente/usuario cuando le expresa sus sentimientos	X		
12. Indaga aspectos personales de la vida del paciente/usuario para un cuidado holístico	X		
<b>Dimensión 5: Expresando sentimientos positivos y negativos</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>

13. Hace acercamiento al paciente/usuario cuando entra en estado de crisis o euforia		X	La verdad me da algo de miedo porque en ocasiones hay pacientes muy agresivos y te pueden golpear.
14. Percibe estados de ánimo del paciente para un acompañamiento afectivo	X		
15. Posibilita al paciente/usuario que exprese sus sentimientos a través de una escucha atenta	X		
<b>Dimensión 6: Proceso creativo de cuidado y resolución de problemas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
16. Brinda una atención individualizada según la necesidad de cada paciente/usuario		X	Las instalaciones de la institución no son las adecuadas.
17. Aplica los conocimientos según la mejor evidencia de cuidado al paciente/usuario	X		
18. Demuestra capacidad de resolución de problemas con la mejor evidencia de cuidado.	X		
19. Explica procedimientos e intervenciones a realizar a su paciente/usuario	X		
<b>Dimensión 7: Acompañamiento en la satisfacción de las necesidades humanas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
20. Acompaña al paciente en sus diferentes estados emocionales durante la enfermedad		X	
21. Asiste al paciente en sus diferentes necesidades emocionales, físicas y otras	X		
22. Motiva al paciente y familiares en la participación continua de las diferentes actividades para su bienestar.	X		
<b>Dimensión 8: Apoyo en el entorno mental, físico y social</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	

23. Brinda los cuidados necesarios de confort al paciente/usuario	X		
24. Respeta la intimidad del paciente/usuario en todas las actividades de cuidado		X	
25. Percibe el estado socioemocional de paciente/usuario como aspecto esencial del cuidado	X		
26. Planea un cuidado holístico que garantice una atención humanizada para el paciente/usuario	X		
27. Utiliza las redes sociales de apoyo como estrategia de bienestar social del paciente/usuario	X		
<b>Dimensión 9: Considerar las fuerzas existenciales - fenomenológicas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
28. Percibe al sujeto de cuidado en una relación transpersonal de persona a persona	X		
29. Posibilita una comunicación interpersonal cercana y afectiva		X	El tiempo de atención es muy limitada debido a que el flujo de pacientes es muy alto.
30. Reconoce en el sujeto de cuidado su decir, pensar y estar frente a su estado de enfermedad	X		
31. Indaga al paciente sobre el sentido de su vida y proyecto de vida.	X		
<b>Dimensión 10: Enseñanza - Aprendizaje transpersonal</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
32. Concerta con el paciente/usuario el cuidado basado en la evidencia según hallazgos clínicos.	X		
33. Orienta de manera clara y oportuna las dudas sobre la enfermedad y cuidados requeridos a su paciente.	X		
34. Fundamenta su enseñanza en las necesidades encontradas según dudas e inquietudes del paciente/usuario	X		

**Entrevistado:** Luz Stella Vanegas Roa  
C.C. 1.113.630.446

**Entrevistador:** Leidy Jimena Vásquez Bejarano

**Fecha:** 18/08/2020

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO**

Yo Luz Stella Vanegas Roa identificada con C.C. 1.113.650.446 he recibido explicación sobre el presente estudio: **características del cuidado humanización en pacientes con trastorno afectivo bipolar unidad de salud mental clínica san francisco Tuluá 2019**. Realizado en la ciudad de Tuluá Valle del Cuaca, el cual forma parte de un trabajo investigativo del programa de Enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Entiendo que para participar de la investigación debo contestar una lista de chequeo que conduce a la información sobre variables comprendida en dos secciones la primera parte de características sociodemográficas, la segunda parte hace relación a la lista de chequeo que consta de 34 ítems compuesta por los 10 factores caritativos del cuidado de Jean Watson.

Comprendo que la información de esta investigación tendrá un manejo confidencial y será empleada con propósitos académicos, mi decisión de participar en el estudio solo tendrá a cambio la satisfacción de contribuir en el desarrollo de la investigación en este campo, para Establecer qué conocimientos sobre el cuidado humanizada tiene la población objeto de estudio.

Sé que puedo cambiar de opinión en cualquier momento, sin que ello tenga ninguna consecuencia y puedo comunicarme sobre alguna pregunta del estudio o mis derechos como participante al teléfono 325 5992 ext. 121 Programa de Enfermería.

*Verdy Jimena Vasquez B*

**Firma encuestador**

**Fecha:** 18/08/2020

*Luz Stella Vanegas Roa  
C.C. 1.113.650.446*

**Firma encuestado**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA PEREIRA**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**Identificación de cuidado humanizado según teoría de Jean Watson en el personal de enfermería de pacientes con Trastorno Afectivo Clínica Privada Tuluá.**

**FICHA TÉCNICA DE CUIDADO HUMANIZADO**

**OBJETIVO:** Identificar el cuidado humanizado según teoría de Jean Watson en el personal de enfermería de pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar.

**ORIENTACIÓN:** A continuación, observe cada ítem y responda *lo observado con un SI o NO según corresponda y describa si lo considera necesario.*

Edad: 29 Género: Femenino Cargo: Auxiliar de Enfermería Área: Urgencias

Formación académica: Técnico Tiempo experiencia servicio: 5 años Educación

Continuada: NO: SI Tipo: Profesional Estrato: 2 Estado Civil: Soltero

*Adoptado y adoptado a las dimensiones del cuidado humanizado según Jean Watson y TAB*

<b>Dimensión 1: Valores Humanísticos y Altruistas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
<b>1.</b> Expresa afecto al brindar cuidado al paciente/usuario	X		
<b>2.</b> Genera empatía con su paciente/usuario.	X		
<b>3.</b> Considera la intersubjetividad para brindarle seguridad al paciente/usuario	X		
<b>Dimensión 2: Fe y Esperanza</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>

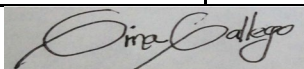


4. Respeta las creencias y prácticas religiosas del paciente/usuario	X		
5. Promueve confianza y seguridad al paciente/usuario	X		
6. Propicia entorno afectivo y cálido a su paciente/usuario	X		
<b>Dimensión 3: Sensibilidad a uno mismo y a los demás</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
7. Muestra amabilidad y consideración ante la enfermedad del paciente	X		
8. Ofrece respeto frente a las ideas del paciente/usuario con su enfermedad	X		Depende de la contingencia del servicio
9. Acoge los sentimientos personales del paciente/usuario a su cuidado	X		
<b>Dimensión 4: Relación de Ayuda - Confianza</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
10. Habla y se comunica afectivamente con el paciente/usuario	X		
11. Escucha al paciente/usuario cuando le expresa sus sentimientos		X	Depende de la condición de la demanda del servicio por congestión es difícil
12. Indaga aspectos personales de la vida del paciente/usuario para un cuidado holístico		X	Depende de la situación de estabilidad clínica del paciente
<b>Dimensión 5: Expresando sentimientos positivos y negativos</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
13. Hace acercamiento al paciente/usuario cuando entra en estado de crisis o euforia		X	Se basa a lo que el medico ordena, aunque ellos requieren manejo de escucha por parte de psicología
14. Percibe estados de ánimo del paciente para un acompañamiento afectivo		X	Según su estado así se aborda al paciente por temor a una agresión por parte de ellos

15. Posibilita al paciente/usuario que exprese sus sentimientos a través de una escucha atenta	X		Trato de escucharlos lo más que puedo
<b>Dimensión 6: Proceso creativo de cuidado y resolución de problemas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
16. Brinda una atención individualizada según la necesidad de cada paciente/usuario	X		
17. Aplica los conocimientos según la mejor evidencia de cuidado al paciente/usuario	X		
18. Demuestra capacidad de resolución de problemas con la mejor evidencia de cuidado.	X		Es más efectivo el brindar un cuidado integral al paciente
19. Explica procedimientos e intervenciones a realizar a su paciente/usuario	X		
<b>Dimensión 7: Acompañamiento en la satisfacción de las necesidades humanas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
20. Acompaña al paciente en sus diferentes estados emocionales durante la enfermedad	X		
21. Asiste al paciente en sus diferentes necesidades emocionales, físicas y otras	X		
22. Motiva al paciente y familiares en la participación continua de las diferentes actividades para su bienestar.	X		
<b>Dimensión 8: Apoyo en el entorno mental, físico y social</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
23. Brinda los cuidados necesarios de confort al paciente/usuario	X		
24. Respeta la intimidad del paciente/usuario en todas las actividades de cuidado	X		

25. Percibe el estado socioemocional de paciente/usuario como aspecto esencial del cuidado	X		
26. Planea un cuidado holístico que garantice una atención humanizada para el paciente/usuario	X		Esta dentro del protocolo institucional.
27. Utiliza las redes sociales de apoyo como estrategia de bienestar social del paciente/usuario	X		Por la complejidad de los pacientes así lo requiere.
<b>Dimensión 9: Considerar las fuerzas existenciales - fenomenológicas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
28. Percibe al sujeto de cuidado en una relación transpersonal de persona a persona	X		Brindar confianza y seguridad al paciente.
29. Posibilita una comunicación interpersonal cercana y afectiva	X		
30. Reconoce en el sujeto de cuidado su decir, pensar y estar frente a su estado de enfermedad	X		
31. Indaga al paciente sobre el sentido de su vida y proyecto de vida.	X		
<b>Dimensión 10: Enseñanza - Aprendizaje transpersonal</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
32. Concerta con el paciente/usuario el cuidado basado en la evidencia según hallazgos clínicos.	X		Con base a las órdenes médicas.
33. Orienta de manera clara y oportuna las dudas sobre la enfermedad y cuidados requeridos a su paciente.	X		
34. Fundamenta su enseñanza en las necesidades encontradas según dudas e inquietudes del paciente/usuario	X		

Entrevistado:



Entrevistador: Deicy Faisury Laguna Girón

Fecha: 28/07/2020


**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO**

Yo Gina Gallego identificada con C.C. 1.112.102.809 he recibido explicación sobre el presente estudio: **características del cuidado humanización en pacientes con trastorno afectivo bipolar unidad de salud mental clínica san francisco Tuluá 2019**. Realizado en la ciudad de Tuluá Valle del Cuaca, el cual forma parte de un trabajo investigativo del programa de Enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Entiendo que para participar de la investigación debo contestar una lista de chequeo que conduce a la información sobre variables comprendida en dos secciones la primera parte de características sociodemográficas, la segunda parte hace relación a la lista de chequeo que consta de 34 ítems compuesta por los 10 factores caritativos del cuidado de Jean Watson.

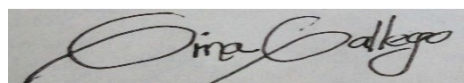
Comprendo que la información de esta investigación tendrá un manejo confidencial y será empleada con propósitos académicos, mi decisión de participar en el estudio solo tendrá a cambio la satisfacción de contribuir en el desarrollo de la investigación en este campo, para Establecer qué conocimientos sobre el cuidado humanizada tiene la población objeto de estudio.

Sé que puedo cambiar de opinión en cualquier momento, sin que ello tenga ninguna consecuencia y puedo comunicarme sobre alguna pregunta del estudio o mis derechos como participante al teléfono 325 5992 ext. 121 Programa de Enfermería.



**Firma encuestador**

**Fecha:** 13/08/2020



**Firma encuestado**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA PEREIRA**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

**Identificación de cuidado humanizado según teoría de Jean Watson en el personal de enfermería de pacientes con Trastorno Afectivo Clínica Privada Tuluá.**

**FICHA TÉCNICA DE CUIDADO HUMANIZADO**

**OBJETIVO:** Identificar el cuidado humanizado según teoría de Jean Watson en el personal de enfermería de pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar.

**ORIENTACIÓN:** A continuación, observe cada ítem y responda *lo observado con un SI o NO según corresponda y describa si lo considera necesario.*

Edad: 30 Género: Masculino Cargo: Enfermero Área: Urgencias Formación académica: Profesional Tiempo experiencia servicio: 6 años Educación Continuada: NO: X SI:       
Tipo: Ninguna Estrato: 2 Estado Civil: Soltero

*Adoptado y adoptado a las dimensiones del cuidado humanizado según Jean Watson y TAB*

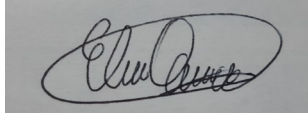
<b>Dimensión 1: Valores Humanísticos y Altruistas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
<b>1.</b> Expresa afecto al brindar cuidado al paciente/usuario	X		
<b>2.</b> Genera empatía con su paciente/usuario.	X		

3. Considera la intersubjetividad para brindarle seguridad al paciente/usuario	X		
<b>Dimensión 2: Fe y Esperanza</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
4. Respeta las creencias y prácticas religiosas del paciente/usuario	X		
5. Promueve confianza y seguridad al paciente/usuario	X		
6. Propicia entorno afectivo y cálido a su paciente/usuario	X		
<b>Dimensión 3: Sensibilidad a uno mismo y a los demás</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
7. Muestra amabilidad y consideración ante la enfermedad del paciente	X		
8. Ofrece respeto frente a las ideas del paciente/usuario con su enfermedad	X		
9. Acoge los sentimientos personales del paciente/usuario a su cuidado	X		
<b>Dimensión 4: Relación de Ayuda - Confianza</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
10. Habla y se comunica afectivamente con el paciente/usuario	X		
11. Escucha al paciente/usuario cuando le expresa sus sentimientos	X		Algunas veces por la carga laboral.
12. Indaga aspectos personales de la vida del paciente/usuario para un cuidado holístico	X		No en todos los casos.
<b>Dimensión 5: Expresando sentimientos positivos y negativos</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
13. Hace acercamiento al paciente/usuario cuando entra en estado de crisis o euforia	X		

14. Percibe estados de ánimo del paciente para un acompañamiento afectivo	X		
15. Posibilita al paciente/usuario que exprese sus sentimientos a través de una escucha atenta		X	Muy pocas veces.
<b>Dimensión 6: Proceso creativo de cuidado y resolución de problemas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
16. Brinda una atención individualizada según la necesidad de cada paciente/usuario	X		Algunas veces.
17. Aplica los conocimientos según la mejor evidencia de cuidado al paciente/usuario	X		
18. Demuestra capacidad de resolución de problemas con la mejor evidencia de cuidado.	X		
19. Explica procedimientos e intervenciones a realizar a su paciente/usuario	X		Siempre.
<b>Dimensión 7: Acompañamiento en la satisfacción de las necesidades humanas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
20. Acompaña al paciente en sus diferentes estados emocionales durante la enfermedad	X		En algunos casos.
21. Asiste al paciente en sus diferentes necesidades emocionales, físicas y otras	X		
22. Motiva al paciente y familiares en la participación continua de las diferentes actividades para su bienestar.	X		
<b>Dimensión 8: Apoyo en el entorno mental, físico y social</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
23. Brinda los cuidados necesarios de confort al paciente/usuario	X		

24. Respeta la intimidad del paciente/usuario en todas las actividades de cuidado	X		
25. Percibe el estado socioemocional de paciente/usuario como aspecto esencial del cuidado	X		Pocas veces.
26. Planea un cuidado holístico que garantice una atención humanizada para el paciente/usuario	X		
27. Utiliza las redes sociales de apoyo como estrategia de bienestar social del paciente/usuario		X	
<b>Dimensión 9: Considerar las fuerzas existenciales - fenomenológicas</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
28. Percibe al sujeto de cuidado en una relación transpersonal de persona a persona	X		
29. Posibilita una comunicación interpersonal cercana y afectiva	X		
30. Reconoce en el sujeto de cuidado su decir, pensar y estar frente a su estado de enfermedad	X		
31. Indaga al paciente sobre el sentido de su vida y proyecto de vida.	X		
<b>Dimensión 10: Enseñanza - Aprendizaje transpersonal</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>
32. Concerta con el paciente/usuario el cuidado basado en la evidencia según hallazgos clínicos.	X		
33. Orienta de manera clara y oportuna las dudas sobre la enfermedad y cuidados requeridos a su paciente.	X		
34. Fundamenta su enseñanza en las necesidades encontradas según dudas e inquietudes del paciente/usuario	X		





**Entrevistado:**

**Entrevistador:** Mariela Alejandra García Martínez

**Fecha:** 18/08/2020

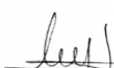
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPECÍFICO**

Yo Elvis Quiceno identificada con C.C. 1.096.034.429 he recibido explicación sobre el presente estudio: **características del cuidado humanización en pacientes con trastorno afectivo bipolar unidad de salud mental clínica san francisco Tuluá 2019**. Realizado en la ciudad de Tuluá Valle del Cuaca, el cual forma parte de un trabajo investigativo del programa de Enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina.

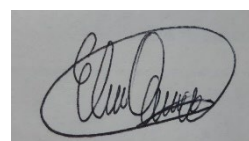
Entiendo que para participar de la investigación debo contestar una lista de chequeo que conduce a la información sobre variables comprendida en dos secciones la primera parte de características sociodemográficas, la segunda parte hace relación a la lista de chequeo que consta de 34 ítems compuesta por los 10 factores caritativos del cuidado de Jean Watson.

Comprendo que la información de esta investigación tendrá un manejo confidencial y será empleada con propósitos académicos, mi decisión de participar en el estudio solo tendrá a cambio la satisfacción de contribuir en el desarrollo de la investigación en este campo, para Establecer qué conocimientos sobre el cuidado humanizada tiene la población objeto de estudio.

Sé que puedo cambiar de opinión en cualquier momento, sin que ello tenga ninguna consecuencia y puedo comunicarme sobre alguna pregunta del estudio o mis derechos como participante al teléfono 325 5992 ext. 121 Programa de Enfermería.

  
1098337311 de Salento Quindío

**Firma encuestador**  
**Fecha:** 18/08/2020



**Firma encuestado**