



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE LA ATENCIÓN DE
ENFERMERÍA RECIBIDA POR ADULTOS MAYORES PERTENECIENTES AL
PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR EN EL CENTRO DE SALUD
FAMILIAR DR. JOEL ARRIAGADA PEÑA, PINTO 2017**

AUTORES:

DURÁN JARPA, MARJORIE VIVIANA
FERNÁNDEZ PEÑA, ELIZABETH ROCÍO
INOSTROZA GARRIDO, LISETTE DAYANA
MEDINA RAMÍREZ, PEDRO ANTONIO

DOCENTE GUÍA:

E.U. MG. Contreras Contreras, Sonia Eugenia del Tránsito

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA
CHILLÁN 2017**

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres y familiares por brindarnos su apoyo incondicional y aliento durante el desarrollo de nuestra investigación, siendo piezas claves para poder lograr nuestro objetivo.

A la Universidad del Bío-Bío y sus docentes, por su esmero en entregarnos las herramientas y competencias necesarias para llevar a cabo este proyecto, y en un futuro próximo ser profesionales de excelencia.

Agradecemos al Comité Ético Científico de la Universidad del Bío-Bío, por autorizar esta investigación permitiéndonos enriquecer nuestra profesión.

Damos las gracias también, a los funcionarios del Centro de Salud Familiar Dr. Joel Arriagada Peña, en especial al Dr. Cristian Montecino Zúñiga por autorizarnos a trabajar en el CESFAM y al personal de SOME, por su colaboración y apoyo; al equipo en general por entregarnos las facilidades necesarias y los espacios físicos adecuados para entrevistar a los usuarios.

Un especial reconocimiento a nuestra docente guía, E.U. Mg. Sonia Eugenia Contreras Contreras, por el tiempo y disposición entregada, siendo un apoyo constante en cada etapa. Valoramos enormemente el conocimiento entregado, tanto académicamente como de sus experiencias de vida, además de la confianza depositada en cada uno de nosotros.

Por último, a todos los adultos mayores de la comuna de Pinto, quienes nos brindaron su tiempo y disposición, sin los cuales no se hubiese llevado a cabo esta investigación.

A todos ellos, nuestro más sincero agradecimiento.

DEDICATORIAS

A mis abuelas, quienes fueron mi fuente de inspiración para estudiar esta carrera y me guían desde el Cielo. A mi madre, ejemplo de bondad y abnegación, gracias a ti en cada persona veo luz y amor. A mi padre y hermanos, por ser mi pilar fundamental, mi fuerza, mi motor; a todos quienes me han acompañado en mi formación como enfermera, la lista sería eterna, pero confío en que saben lo esenciales que han sido para mí.

Marjorie.

A mi familia, en especial a mi madre quien ha sido un pilar fundamental en mi formación como profesional, gracias por otorgarme las herramientas necesarias para alcanzar mis sueños. A mi familia Chillaneja, quienes me han acogido durante toda mi etapa como estudiante. A Dios y a quienes desde el cielo me han protegido y guiado mis pasos en todo momento.

Elizabeth.

A Dios por ponerme en este camino y ayudarme a sortear las dificultades. A mi madre, por ser mi soporte, por su apoyo incondicional y entrega de amor infinito. A mi padre por creer en mí y ayudarme durante mi formación. A todos los que han contribuido en mi desarrollo como futura enfermera.

Lisette.

Primeramente a Dios por guardarme siempre. A mis padres, quienes me han entregado los valores que difícilmente la educación formal pueden otorgar: la humildad y el respeto por la vida. No hay palabras que expresen el amor y agradecimiento que siento por ellos, gracias por siempre instarme a superar las dificultades ya que por esto, hoy he llegado acá, este logro también es suyo.

Pedro.

RESUMEN

Introducción: En salud se ha dado un giro desde el modelo biomédico hacia un enfoque de integralidad. En este contexto, el Programa de Salud Cardiovascular —PSCV— es donde se hace necesario otorgar un cuidado humanizado al usuario. **Objetivo:** Describir la percepción del cuidado humanizado de la atención de enfermería recibida por adultos mayores pertenecientes al PSCV en el Centro de Salud Familiar Dr. Joel Arriagada Peña de la comuna de Pinto. **Metodología:** Investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal. La población de estudio estuvo compuesta por 402 adultos mayores —AM—. Se realizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos, de éste se obtuvo una muestra de 99 personas. Se aplicó un Cuestionario de Caracterización Sociodemográfica y de Salud, Evaluación Cognitiva Mini-Mental abreviado, Escala de Valoración de Cuidado Humanizado brindado por Profesionales de Enfermería y Escala de Depresión Geriátrica Yesavage. **Resultados:** El 64% de los AM fueron mujeres, el 31% osciló entre 65 y 69 años, el 60% tenía educación básica, el 42% está casado/a, el 64% refiere que su situación económica le permite atender necesidades básicas, el 40% vive con dos o más personas, el 92% es jubilado/pensionado, el 44% presenta una patología del PSCV, el 70% no presentaba depresión. Los AM clasificaron su percepción del cuidado humanizado como óptimo en un 54%, aceptable 17%, deficiente 13%, no humanizado 16%. **Conclusiones:** En su mayoría se percibió un cuidado humanizado óptimo, sin diferencias significativas según sus características sociodemográficas y de salud.

Palabras claves: Cuidado humanizado, cuidados de enfermería, adulto mayor.

ABSTRACT

In the field of health, there has been a change from the biomedical model to an integrative approach. In this context, the Programa de Salud Cardiovascular (PSCV in Spanish) provides a humanized care to the user. The goal is to describe the perception of the humanized care provided by nursing professionals in seniors (AM) that belonged to the PSCV at Dr. Joel Arriagada Peña Family Health Center in Pinto, Chile. In order to collect the data, a quantitative descriptive cross-sectional research has been carried out. The study population consisted of 402 AM. Furthermore, a non-probabilistic sampling was performed and a sample of 99 people was obtained from it. It was also applied a socio-demographic and health survey, a Mini-Mental State Examination, an assessment instrument to measure the humanized care given by nursing professionals and the Geriatric Depression Scale. The 64% of the AM were women, 31% were between 65 and 69 years old, 60% attended primary school and 42% of the users are married. Additionally, 64% of the AM say that their economic situation allow them to meet basic needs, 40% of them live with two or more people, 92% are retired or pensioner, 44% have one PSCV pathology and 70% of the AM do not have depression. The 54% of the AM classified their perception of humanized care as optimal, 17% as acceptable, 13% as deficient and 16% of the users considered the humanized care as not humanized. In conclusion, most of the users considered that humanized care was optimal, without significant differences according to their socio-demographic and health characteristics.

Keywords: Humanized care, Nursing care, senior people.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 ANTECEDENTES INTRODUCTORIOS AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.2 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	8
1.4 PROBLEMATIZACIÓN.....	8
1.5 MARCO TEÓRICO.....	9
1.6 MARCO EMPÍRICO.....	20
1.7 OBJETIVOS.....	24
II. MÉTODOS.....	26
2.1 TIPO DE DISEÑO.	26
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	26
2.3 MUESTRA.....	26
2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	27
2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.	27
2.6 LISTADO DE VARIABLES.....	27
2.7 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR.....	28
2.8 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	32
2.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
2.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	33
III. RESULTADOS	34
IV. DISCUSIÓN	41
4.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	41
4.2 LIMITACIONES	48
4.3 SUGERENCIAS.....	48
4.4 CONCLUSIONES	49
V. BIBLIOGRAFÍA	52
VI. ANEXOS.....	64

Anexo N° 1. Definición nominal y operacional de variables.....	64
Anexo N° 2. Cuestionario de caracterización sociodemográfica y de salud.....	68
Anexo N°3. Evaluación Cognitiva Mini-Mental State Examination —MMSE— abreviado.	70
Anexo N°4. Escala de valoración del Cuidado Humanizado brindado por Profesionales de Enfermería —EVCH-EP—.....	71
Anexo N°5: Puntajes de EVCH-EP según dimensiones.....	75
Anexo N°6. Escala de depresión geriátrica de Yesavage.	76
Anexo N°7. Autorización Director CESFAM de Pinto.	77
Anexo N°8. Resolución Comité de Bioética de la Universidad del Bío-Bío.....	78
Anexo N°9. Consentimiento informado.....	79

I. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES INTRODUCTORIOS AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Actualmente nos enfrentamos a un mundo globalizado, el cual se mantiene en un constante desarrollo científico y tecnológico que favorece el tratamiento, el quehacer médico y el de las demás disciplinas en el ámbito de la salud; esto crea nuevos desafíos para los profesionales en el cuidado que otorgan al usuario, ya que, sin querer, estos se deshumanizan por darle mayor relevancia al ámbito biomédico (1). Por ello, enfermería se ve en la necesidad de renovar y perfeccionar su trabajo para asegurar una atención de calidad, eficiente, eficaz y atingente a las necesidades de cada usuario, desarrollando el arte de cuidar (2). “El cuidar es la acción esencial de la enfermería y se realiza para proteger, mejorar y preservar la humanidad, apoyando a la persona durante la comprensión de su enfermedad, sufrimiento y dolor, como también para ayudarla a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuidado”(3).

En Chile, a partir del año 1997, los servicios de los profesionales de enfermería están establecidos por el Código Sanitario en su artículo 113, donde se establece que los servicios “comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el usuario” (4). La gestión del cuidado es una habilidad primordial dentro de la práctica de enfermería, siendo catalogado el profesional como líder del cuidado y además lo obliga a asumir una continuidad de éste con el usuario. Es muy común asociar la gestión del cuidado a la atención intramural, haciendo a un lado a la Atención Primaria —AP— ; frente a esta situación el cuidado se ve amenazado por una lógica de productividad y efectividad, lo que provocaría un distanciamiento de los profesionales de enfermería con los usuarios y sus familias, pilares fundamentales del Modelo de Salud Familiar y Comunitario; éste modelo debe contar con profesionales de la salud con una visión holística y humanística respecto al cuidado, con

sentido de compromiso, lealtad y valores, logrando así una disminución en la sistematización del impacto del cuidado (5).

En relación a la percepción del cuidado humanizado, los usuarios hospitalizados en 4 servicios de un hospital público de Valparaíso —mencionado en Miranda *et al.*— indicaron que en un 84,1% siempre percibieron cuidado humanizado, el 11,6% casi siempre y el 4,4% algunas veces. Al evaluar otras categorías del mismo estudio, las que obtuvieron mayor puntuación fueron: cualidades del hacer —95,8%—, priorizar al ser cuidado —94,9%— y apoyo físico —94,2%—. Se ha reportado también la percepción del cuidado de los usuarios del Servicio de Medicina Adulto del Hospital Base de Valdivia, los resultados arrojan que el 86% de los usuarios percibe siempre un trato humanizado, mientras que el 11,7% lo percibe casi siempre, el 1,8 % reconoce algunas veces y un 0,6% nunca percibió un trato humanizado (6).

La percepción del cuidado va a variar dependiendo del sexo, edad, estado de salud y del medio donde este inmerso el usuario. Por este motivo, se hace relevante conocer la epidemiología y transición demográfica de ese lugar (7). Chile, al igual que el resto de los países latinoamericanos, se encuentra en una transición demográfica avanzada hacia el envejecimiento poblacional, considerándose como el tercer país con mayor población adulta mayor en Latinoamérica (8). En el 2013, según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional —CASEN— Adulto Mayor (9) se registraron 2.885.157 adultos mayores que viven en Chile, representando un 16,7%, del cual, 57% son mujeres y 42,7% son hombres, incrementando el índice de envejecimiento en un 9,3% con respecto al año 2011. En la Región del Bío-Bío viven 314.013 adultos mayores, lo que equivale a un 15,6% del total (10).

En este grupo etario, aumenta la vulnerabilidad de presentar enfermedades crónicas degenerativas y otras propias de su edad y como resultado de ello, los servicios de salud reciben una mayor demanda de prestaciones por parte de este grupo. Y así mismo, los usuarios reciben la atención proporcionada por el equipo de salud, en especial de los profesionales de enfermería (7). Éstos deben entregar una atención individualizada,

de calidad y haciendo hincapié en el valor de brindar un cuidado humanizado, que más que un trato digno o la satisfacción usuaria, es un proceso de relación de confianza, de reciprocidad con el otro que necesita ser cuidado. De esta forma el profesional genera un lazo con los usuarios, permitiéndoles crecer juntos, otorgando así cuidados holísticos centrados en la persona (11). Por todo esto, se hace necesario describir la percepción del cuidado humanizado de la atención de enfermería recibida por adultos mayores pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular en el Centro de salud Familiar Dr. Joel Arriagada Peña de la comuna de Pinto, con el propósito de proporcionar información que permita evaluar el cuidado ofrecido por el profesional de enfermería, contribuyendo a mejorar la calidad en la atención de salud.

1.2 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud —OMS— (12), la Atención Primaria de Salud —APS— es “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país”; constituye el núcleo del sistema de salud y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. En 1978 en la Declaración de Alma Ata, se describe que la APS debe entenderse como parte integrante del sistema completo de asistencia de salud y del espíritu de justicia social del desarrollo (13). En Chile, el Sistema de Salud se basa en AP, con un Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario cuyos principios orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la promoción, prevención, curación, hasta la rehabilitación (14). Representa el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, brindando atención ambulatoria, a través de distintos servicios de salud (15).

En el Sistema de Salud público se atiende al 92% de las personas adultas mayores, lo que implica un gran desafío en términos de cobertura y calidad de la atención sanitaria.

Nuestro país, al igual que en Latinoamérica, Norteamérica y otros países del mundo ha tenido un proceso de envejecimiento acelerado; este fenómeno se asocia al descenso sostenido de la mortalidad desde fines de los años 40 y la baja de la fecundidad a partir de la década del 60; además la esperanza de vida ha aumentado sostenidamente y se espera que para el 2025 se produzca un cruce demográfico en donde la población mayor de 60 años aumentará con respecto a la de 15 años (14). En Chile el porcentaje de población igual o mayor a 60 años es de 16,7%, cifra que excede el promedio regional que, según la Organización de Estados Americanos —OEA—, alcanza el 14% (16). El Instituto Nacional de Estadística —INE— estima que el porcentaje actual de personas mayores en Chile aumentará al 17,3% para el año 2020 y que, para el mismo año, disminuirá el porcentaje de personas entre 0-14 años y de 15-59 años. Aún más, para el año 2050 se espera que nuestro país sea el segundo país de Latinoamérica con mayor porcentaje de adultos mayores (17).

Considerando el progresivo deterioro de la salud con la que se encuentran los adultos mayores del país, en la actualidad el énfasis dentro de los centros de salud está puesto en enfocarse en un sistema integral, que cuente con equipos competentes, interdisciplinarios y coordinados que estén a disposición de este grupo etario y que favorezcan, de esta forma, la continuidad de los cuidados y la humanización de éstos. Las enfermedades crónicas no transmisibles —ECNT—, son la causa del 63% de las muertes a nivel mundial y equivalen a 36 millones de muertes por año, un 75% de estas en mayores de 60 años. A raíz de esto, la atención de salud realizada en APS se vuelve de vital importancia, ya que un gran porcentaje de las atenciones realizadas corresponden al profesional de enfermería. Dentro del grupo de ECNT destacan las enfermedades cardiovasculares —ECV—, las cuales en Chile, al igual que en la mayoría del mundo, son la principal causa de muerte con 27,1% del total (18).

En el año 2012, 1.604.921 personas se controlaron en el Programa de Salud Cardiovascular —PSCV— por Hipertensión Arterial —HTA—. De ellas, un 51,2% fueron

personas mayores. En diciembre del mismo año, existían 639.844 personas bajo control por Diabetes mellitus —DM—, que corresponden a un 46,8% de las personas mayores. La prevalencia del Síndrome Metabólico en personas mayores es de 51,6%, muy superior a la nacional que es de 35,3%, sin mayores diferencias entre hombres —53%— y mujeres —50,7%—, según la Encuesta Nacional de Salud —ENS— aplicada durante el periodo 2009-2010. La información obtenida desde el Departamento de Estadísticas e Información de Salud —DEIS— estableció que para el año 2012 el 21,8% la población adulta mayor bajo control en el PSCV, presentaba Riesgo Cardiovascular —RCV— alto y un 20,1% RCV muy alto (19).

A raíz de esta realidad, se requieren cuidados de enfermería especializados en adultos mayores para otorgarles una atención adecuada a los cambios de la edad, a las patologías más frecuentes que estos presentan y al impacto que tienen en su salud afectiva y conductual, además de adoptar medidas preventivas y compensatorias en relación al déficit de su autocuidado. Los cuidados orientados a este grupo de la población muchas veces no son adecuados, pues la práctica de la enfermería aún se enfoca en el modelo biologicista. Además, muchos profesionales de enfermería que cuidan a adultos mayores no tienen entrenamiento formal que les permita conocer las características ni los cuidados de estos usuarios. Otro aspecto a considerar es la actitud para tratar con ellos, la cual muchas veces se basa en conceptos estereotipados negativos (20). Se debe considerar que los usuarios atendidos en el PSCV son los que más atenciones anuales reciben (21), y los adultos mayores son los que tienen más prevalencia de ECV, por lo que su contacto con el enfermero/a es mayor comparado con otros programas existentes en APS.

Según Espinosa *et al.* (22), la deshumanización ha afectado a todas las profesiones del área de la salud y la disciplina de enfermería no escapa a esta realidad. La relación enfermera-usuario se ha viciado, se ha "invisibilizado"; el ejercicio de enfermería se enfoca hoy en día principalmente en funciones administrativas que obedecen a exigencias

del mercado del sistema de la salud, pasando a un segundo o tercer plano la relación interpersonal entre el sujeto de cuidado y el profesional de enfermería. La permanencia del modelo biomédico en las atenciones de salud, centrado en la enfermedad-tratamiento, dificulta el proceso de cuidar desde una perspectiva focalizada en la respuesta humana a las condiciones de salud y enfermedad y en la persona desde una visión holística, en relación con su entorno (23).

Watson señala que “Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”. Sin embargo, en la actualidad “las instituciones hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo, reducen lo humano a lo biológico alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado” (24). Como resultado de la inclusión de la gestión del cuidado en el código sanitario y de las nuevas tecnologías en el ámbito de la salud, se ha ignorado al usuario, al ser humano como tal, quien demanda compromiso, dedicación y respeto, y cuyo cuidado es responsabilidad de enfermería. La formación de profesionales se está centrando en el cuidado del usuario que presenta una patología, y descuida otras necesidades tales como psíquicas, emocionales y espirituales, las que en la mayoría de los casos son más importantes que la misma patología. Esta preparación requiere de una formación filosófica y psicológica que muchas veces los estudiantes de pregrado ven como “poco relevante”, priorizan técnicas y lo biomédico. Así serán enfermeros/as biomédicos, deficientes cuidadores y con dificultades al momento de entregar cuidados humanizados (25). Por lo tanto, los docentes formadores de profesionales de enfermería deben enfatizar la práctica de los principios bioéticos (26), enseñando a los estudiantes el “cuidar con empatía, respeto, independiente del diagnóstico y de los modelos de atención vigentes” (25). De las 20 universidades pertenecientes al consejo de rectores que imparten la carrera de enfermería, la Universidad del Bío-Bío y otras dos casas de estudio

han incorporado en su perfil de egreso profesional la gestión o proporción de cuidados humanizados. Sumado a esto, 8 universidades hablan de un pensamiento, sello o actitud humanista en sus egresados (27).

Un estudio cuantitativo de tipo descriptivo realizado el 2007 en Bogotá, Colombia, en la Clínica del Country tuvo como resultados que el 86,9% de los participantes siempre percibieron comportamientos de cuidado humanizado por parte los profesionales de enfermería, el 12% de las personas percibió casi siempre cuidado humanizado, el 1,1% algunas veces y ninguna de las personas hospitalizadas dejó de percibir comportamientos de cuidado humanizado por parte los profesionales de enfermería (28). Otro estudio descriptivo transversal realizado en pacientes hospitalizados en un hospital de Cartagena, Colombia, obtuvo como resultados que la percepción global de cuidado humanizado fue de 55,4% siempre, 35% casi siempre, 7,9% algunas veces y 1,7% nunca percibió cuidado humanizado. Las siguientes categorías fueron las mejores evaluadas: priorizar al ser de cuidado con el 58,8%, dar apoyo emocional con 57,5% y disponibilidad para la atención con 56,2% (29).

Dentro de los estudios que abordan la temática del cuidado humanizado de enfermería, se han recuperado investigaciones desde la perspectiva cuantitativa (3, 6, 23, 26,29, 30, 32, 37) que valoran el cuidado humanizado en el área intramural desde el punto de vista de los profesionales de enfermería, estudiantes y usuarios hospitalizados. Además, existen estudios cualitativos (33, 34, 63) que abordan la percepción del cuidado en usuarios oncológicos y hospitalizados. Cabe destacar que entre la bibliografía revisada no se encontraron estudios cuantitativos publicados que evaluaran la percepción del cuidado humanizado de adultos mayores en Atención Primaria, como tampoco de otro grupo de población. A raíz de esto, se hace necesario realizar investigación en APS de la percepción del cuidado humanizado otorgado por el profesional de enfermería en esta área.

Con el presente estudio se pretende describir el nivel de cuidado humanizado percibido por los adultos mayores que son atendidos en el PSCV por profesionales de enfermería en el CESFAM Dr. Joel Arriagada Peña de la comuna de Pinto y contribuir al cuerpo de conocimientos que existe en esta materia desde un abordaje cuantitativo obteniendo datos duros los cuales podrán ayudar a la evaluación y necesidad de mantener o mejorar el cuidado humanizado brindado a los usuarios de la tercera edad.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es la percepción del cuidado humanizado de la atención de enfermería recibida por los adultos mayores pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular en el Centro de Salud Familiar Dr. Joel Arriagada Peña de la comuna de Pinto?

1.4 PROBLEMATIZACIÓN.

- 1.- ¿Cuáles son las características sociodemográficas —edad, sexo, escolaridad, estado civil, percepción de la situación económica, número de personas con las que vive, ocupación— y de salud —número de patologías del PSCV, sintomatología depresiva— de los adultos mayores participantes del estudio?
- 2.- ¿Cómo es la percepción del cuidado humanizado de los adultos mayores participantes del estudio según sus variables sociodemográficas?
- 3.- ¿Cómo es la percepción del cuidado humanizado de los adultos mayores participantes del estudio según sus variables de salud?

1.5 MARCO TEÓRICO.

Cuidado:

La palabra "cuidado" viene del latín *cogitatus*, que significa reflexión, pensamiento, interés reflexivo que se pone en algo. Por lo tanto, se puede decir que el cuidar es parte del interés de alguien por otro, no solo de manera afectiva, sino reflexiva y racional (30).

La Real Academia Española define cuidado como solicitud y atención para hacer bien algo; acción de cuidar —asistir, guardar, conservar—; comportamiento, manera de comportarse o actuar (31). Es una interacción reconocible y estructurada, a través de la cual las personas proveen y reciben asistencia para atender sus necesidades básicas en la condición de salud en que se encuentra (32). Otra definición indica que el cuidado implica crear un ambiente amoroso que favorece el desempeño; es un sentimiento de dedicación al otro y autoactualización de manera permanente. Visto así, se relaciona con la presencia emocional y mental que involucra las experiencias de los usuarios y el sentimiento de protección frente a ellos (33).

Cuidado de Enfermería:

La razón de ser y del quehacer de enfermería en las instituciones de salud es el cuidado directo, continuo y permanente de personas en situación de enfermedad (34). Se ha afirmado que el cuidado humano es la esencia de enfermería, sin embargo los cuidados han existido desde siempre como garantía para la sobrevivencia de las especies, donde se han descrito cuatro etapas para explicar la evolución de éste: etapa doméstica, presente desde el inicio de la civilización donde la mujer en cada hogar cumplía funciones de sanadora con el objeto de mantener la salud en su familia; etapa vocacional, relacionada con el nacimiento de la religión cristiana y el valor religioso que se otorgaba a la salud; etapa técnica, asociada al crecimiento científico y tecnológico aplicado en la atención médica y la aparición de la enfermera técnica; y la etapa profesional, donde destaca el

actuar de un equipo multidisciplinario para atender a los problemas de salud de la población e iniciándose la enfermería profesional (35,36).

Para Acosta *et al.* (37) el cuidado de enfermería se define como: “Las diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque en general podemos decir que se orientan a monitorear la salud y asistir sanitariamente al paciente”. El cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado. El enfermero/a genera la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática (29).

El principal objetivo de la enfermería como profesión y disciplina es el cuidado directo tanto de las personas como de las comunidades, trabajando en colaboración con otras profesiones del equipo de salud, basándonos en valores humanos y velando por el bienestar de la población. Este cuidado se fundamenta y contribuye, con una mirada compleja, en las diferentes esferas vitales. Es así que se cuida desde una perspectiva personal global y sistémica social, se atiende a las personas en su matiz biológico, psicológico, social y cultural según las competencias, donde se incluye el cuidado asistencial directo, la docencia, la gestión y la investigación, elementos esenciales para mejorar y actualizar los cuidados (38).

Cuidado humanizado:

La OMS —citado por Gonzáles— denomina humanización como “un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida” (39). Por lo tanto, cuidado humanizado es un acto existencial que se mueve en un proceso de relación de reciprocidad, de confianza e involucramiento afectivo por otro ser humano (29).

Según Espinosa *et al.* (22) el cuidado humanizado es “el acto de cuidar al individuo, la familia y la colectividad a partir del reconocimiento del otro como igual a mí, en cuanto

a su dignidad de ser humano, reflexionando acerca de sus necesidades de salud, de cuidado y de sus respuestas a esas necesidades, asistiéndolo a partir del respeto por los imperativos éticos en aquellas en las que se encuentre deficitario, promoviendo dentro de las posibilidades la recuperación pronta de su autocuidado". El cuidado humanizado en el ámbito de enfermería es más que un buen trato o la satisfacción del usuario, este consiste en trascender, dejar huella, crecer y aprender junto con ellos el —usuario y su familia— durante el proceso o tiempo en que se brinda la atención (37).

Debido a la importancia actual de otorgar cuidados humanizados, se han elaborado una serie de instrumentos que permiten medir la percepción de cuidado humanizado de enfermería entre las que se encuentran:

- "Nyberg's Caring Assessment" —NCA— desarrollado en el año 1990 por Jan Nyberg (40).
- "Caring Behaviors Inventory" —CBI— desarrollado por Wolf en 1986, uno de los primeros instrumentos utilizados para evaluar el cuidado de enfermería en los EEUU en 1994 (41).
- "Caring Efficacy Scale" —CES— desarrollado por Coates en 1980, adaptado para ser aplicada en 1992 (40).
- "Caring Behaviors Inventory" —CBI— Wolf, 1998. Versión estudiantes y versión usuarios, ambos como validación inicial en el medio nacional el año 2013 (41).
- "Percepción de comportamiento de cuidado humanizado de enfermería" —PCHE— (37).
- "Escala de valoración del Cuidado Humanizado brindado por profesionales de Enfermería" —EVCH-EP—, elaborado por académicos de la Universidad del Bío-Bío, Chillán (42).

Percepción del Cuidado:

En términos generales la percepción es definida como un proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara en el interior de sí

mismo, todo aquello que obtiene del exterior, para poder tener conciencia de lo que lo rodea (37).

El concepto percepción de cuidado es definido como el proceso mental mediante el cual el usuario y el profesional de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado (29). Por otra parte, la conceptualización elaborada por el grupo de cuidado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia —citado por Salgado— (43), entiende la percepción del cuidado como: “Los elementos y las características del ser cuidado y del cuidar al otro con relación al entorno situacional y al escenario en que se da el acto de cuidado. Depende de las actitudes y habilidades con que se cuida, que son apreciados por el otro en forma subjetiva y personal. Es el proceso mental mediante el cual el usuario y el profesional de enfermería identifican los comportamientos del cuidado de acuerdo con sus criterios, valores, vivencias, experiencias y expectativas”.

Finalmente, la percepción del cuidado de enfermería es definida como un proceso mental del ser humano que le permite organizar de una forma significativa y clara en el interior de sí mismo, todo aquello que obtiene del exterior, para poder tener conciencia de lo que lo rodea en la relación enfermera-usuario, esta percepción del cuidado de enfermería hace referencia al cuidado que subyace de la interacción en el momento de cuidar al otro y como se interiorizan y clasifican los momentos y acciones intencionales de la persona cuidada y de aquella denominada cuidadora (37).

Teoría de Jane Watson:

En su libro “*Caring science as sacred Science*” (44) Watson indica que el cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trasciende persona, tiempo espacio e historia de vida de cada uno, por esto el compromiso moral de la enfermera es de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo, para no reducir a la persona de un estado moral a objeto de clinalización.

Urra *et al.* (45) reconoce que para Watson “el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser, este ser es un ser en relación a otro que lo invoca. Este llamado desde el otro, absolutamente otro, es la base fundadora del cuidado en general, y a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería”. Además, esta señala que Jean Watson basa la confección de su teoría en siete supuestos, relacionados con la ciencia del cuidado en enfermería, que son premisas asumidas como verdad sin comprobación y diez Factores de Cuidados o Factores Caritativos de Cuidados que describen el proceso de cuidar desde el momento en que un usuario recupera o mantiene la salud, hasta que muere de manera pacífica. La base de la teoría de Watson es la práctica de la enfermería en los siguientes 10 factores del cuidado:

1. Formación de un sistema humanístico-altruista de valores.
2. Inspiración de la fe- esperanza.
3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás.
4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza.
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.
6. Uso sistemático de método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.
7. Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal.
8. Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual.
9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas.
10. Permitir la existencia de fuerzas fenomenológicas.

Marriner *et al.* (46) menciona que en su primer libro “*Nursing: The Philosophy and Science of Caring*”, Watson nombra los principales supuestos de la ciencia del cuidado en enfermería:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.

2. El cuidado comprende factores de cuidado que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino cómo la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor opción en un momento determinado.
6. La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud.
7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

Posteriormente Watson complementa el sentido original de su teoría y estructura los diez Factores del Cuidado, por el Proceso caritas o Proceso de cuidar. En su libro *“The theory of human caring: retrospective and prospective”* que expande los aspectos filosóficos y transpersonales del “momento de cuidados” como eje de su marco de referencia y hace más evidente los aspectos éticos, del arte y los espirituales-metafísicos. En referencia al Proceso caritas de cuidados, o Proceso de cuidar, en el que Watson los define como una extensión de los Factores del cuidado, pero en estos ofrece un lenguaje más fluido para entender un nivel más profundo en las dimensiones del proceso de la vida de las experiencias humanas, con un enfoque transpersonal y evocación abierta del amor y el cuidado (47,48).

El Cuadro Nº 1 muestra la evolución de la Teoría del Cuidado Humano de Watson a través de una comparación entre Factores de Cuidado —1979— y Proceso de Caritas —2002-2007—, con la descripción de cada una de ellas (47,49)

Cuadro Nº 1. Factores de Cuidado (1979) y Proceso de Caritas (2002-2007)		
Factores de Cuidado (1979)	Proceso de Caritas (2002-2007)	Descripción:
1. La formación de un sistema humanístico-altruista de valores	Práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado.	El cuidado se basa en los valores humanos fundamentales de amabilidad y preocupación hacia uno mismo y hacia los demás.
2. Inculcación de la fe-esperanza	Estar auténticamente presente y permitir y mantener un sistema de creencias profundo, y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar.	Importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación. Las esperanzas de los pacientes deben ser animadas y respetadas.
3. El cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás	El cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal más allá del ego.	La enfermera debe reconocer sus propios sentimientos para que ella pueda ser sensible a los demás.
4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza	Desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidado de apoyo-confianza.	La relación de cuidado humano involucra tanto a la enfermera como los cuidados y requiere de excelentes habilidades de comunicación.
5. La promoción y la aceptación de la expresión de sentimientos	Estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos como conexión con el espíritu más	El que recibe los cuidados personales debe compartir y expresar todos los sentimientos, sensaciones y

<p>positivos y negativos</p>	<p>profundo y con uno mismo y con aquel de quien se debe cuidar.</p>	<p>emociones. Esto es una parte inherente a la formación de una relación de ayuda y de confianza.</p>
<p>6. El uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones</p>	<p>Uso creativo de las propias y de todas las vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado; participar en el arte de las prácticas de curación-cuidado.</p>	<p>Resolución creativa de problemas con un enfoque en la singularidad de cada persona o familia.</p>
<p>7. La promoción de la enseñanza-aprendizaje transpersonal</p>	<p>Participar en una experiencia auténtica de enseñanza-aprendizaje que asista a la unidad del ser-significado, intentado mantenerse dentro del marco de referencia de otro.</p>	<p>Es importante averiguar lo que las personas quieren conocer y evaluar sus percepciones y preocupaciones.</p>
<p>8. La provisión de un entorno de apoyo, protección y/o correctivo mental, físico, social y espiritual</p>	<p>Crear un entorno de curación a todos los niveles –delicado entorno físico y no físico de energía y conciencia, allí donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien–.</p>	<p>El objetivo principal de este factor es la provisión de un cuidado de salud holístico.</p>

<p>9. La asistencia en la gratificación de necesidades humanas</p>	<p>Ayudar con las necesidades básicas, con una conciencia de cuidado deliberada, administrando “cuidados humanos esenciales” que potencien la alineación de la mente-cuerpo-espíritu, salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado.</p>	<p>Es importante permitir que las personas identifiquen sus necesidades básicas, que puedan satisfacerlas y luego continuar con aquellas que están en niveles superiores.</p>
<p>10. La permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas</p>	<p>Abrirse y atender a las dimensiones espiritual-misteriosa y existencial de la propia vida-muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado.</p>	<p>La atención a estas fuerzas permite al profesional de enfermería entender verdaderamente el significado personal y la experiencia de cada uno.</p>

Para Marriner *et al.* (46), Watson cree que la responsabilidad de los enfermeros/as tiene que ir más allá de los 10 Factores de Cuidado y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante las acciones preventivas de salud. Esta meta se alcanza enseñando cambios personales a los usuarios para fomentar la salud, ofreciendo apoyo situacional, enseñando métodos de resolución de problemas y reconociendo las capacidades de superación y la adaptación a la pérdida.

Adulto Mayor:

Se define adulto mayor como persona de 60 años y más, criterio de Naciones Unidas y asumido por el Gobierno de Chile establecido en la Ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA. Desde este organismo se ha promovido la utilización del término adulto mayor, como también persona mayor, en reemplazo de

tercera edad, anciano, abuelo, viejo, senescente que pueden ser entendidos en un sentido peyorativo y que se asocian a una imagen negativa, discriminatoria y sesgada de la vejez (50). En Chile, en el contexto de APS, se considera adulto mayor a aquella persona de 65 años y más (14).

El fenómeno biológico que se produce a medida que avanza la edad, hace a las personas más vulnerables a contraer enfermedades o sufrir accidentes, esto indica que en general se verifica una mayor morbilidad en la tercera edad. En relación con el tipo de afecciones de salud en este grupo etario, se aprecia que las enfermedades o problemas crónicos de salud más prevalentes en las personas mayores son la Hipertensión —62,9%, Diabetes —22%— y Depresión —18,2%— (51).

Atención Primaria de Salud:

Según la OMS (12) la atención primaria de salud se define como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país”; surge como política en salud en 1978 con la Declaración de Alma-Ata -Kazajstán, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas-, en la cual todos los países del mundo se comprometieron a alcanzar una salud para todos para el año 2000, esta estrategia de atención implica el concepto integral de la salud en el cuidado de los enfermos, combate de la desnutrición, campañas de vacunación, dotación de agua potable, saneamiento básico y crecimiento de la capacidad de los sistemas de salud para ofrecer servicios de calidad adecuados para toda la población (52).

En Chile, la APS representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, brindando atención ambulatoria a través de Centros de salud —CES—, Centros de salud familiar —CESFAM—, Centros comunitarios de salud familiar —CECOF—, Postas de Salud Rurales —PSR—, SAPU —Servicio de Atención Primaria de Urgencia—. El objetivo de la Atención Primaria es otorgar una atención equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada tanto

en la promoción de salud como la prevención de enfermedad, bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario (15). Este modelo ha sido definido por el MINSAL como “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (53).

Programa de Salud Cardiovascular (PSCV):

Según el Minsal (54), las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en Chile, por ello abordó esta problemática en los objetivos sanitarios de la década 2000-2010 con variadas metas, una de ellas era reducir la mortalidad por ECVs, isquémicas y cerebrovasculares en un 18%, 30% y 27% respectivamente, siendo el programa PSCV uno de los principales medios para el cumplimiento de dichos objetivos (55). Éste se llevó a cabo en el año 2002, a partir de la reorientación de los subprogramas de Hipertensión arterial —HTA— y Diabetes —DM—, siendo su principal cambio incorporar el enfoque de riesgo cardiovascular —CV— global en el manejo de personas en control en lugar de tratar los factores de riesgo de forma aislada. Se clasifica a los usuarios como riesgo bajo, moderado y alto según las tablas de riesgo coronario en relación a sus factores de riesgo modificables y no modificables (56).

Este programa se lleva a cabo gracias al trabajo de un equipo interdisciplinario compuesto por médicos, nutricionistas y enfermeros/as (56). Trabaja en base a la prevención y control de las patologías de mayor incidencia y prevalencia en la población chilena, entre las que destacan: las enfermedades cardiovasculares —Infarto y Ataque Cerebrovascular—, Hipertensión arterial y Diabetes mellitus (55). Las cifras revelan que en Chile, la prevalencia de la Hipertensión Arterial al año 2010 es de un 26,9%, mientras que la Diabetes mellitus es de un 9,4%. Para la Región del Bío-Bío, en tanto, al año 2010, la prevalencia de la Hipertensión es de un 29,2% y la de Diabetes de un 9,2% (57).

La Hipertensión Arterial es la enfermedad crónica más común en Chile, siendo también la primera causa de consulta en atención primaria —9,4% de todas las consultas realizadas— (58). Ésta se caracteriza por mantener cifras de presión arterial persistentemente elevadas, iguales o superiores a 140/90 mmHg (59).

La Diabetes Mellitus corresponde a un desorden metabólico crónico caracterizado por niveles persistentemente elevados de glucosa en la sangre como consecuencia de una alteración en la secreción y/o acción de la insulina. Esta condición de hiperglicemia constante conlleva a daños circulatorios desde el momento en que inicia tanto a nivel microvascular —retina, riñón y sistema nervioso— como macrovascular —arterias— (60).

Dislipidemia se define como la alteración en las concentraciones de lípidos sanguíneos, componentes de las lipoproteínas circulantes a un nivel que significa un riesgo para la salud. Es un término genérico para denominar cualquier situación clínica en la cual existan concentraciones anormales de colesterol: colesterol total —Col-total—, colesterol de alta densidad —Col-HDL—, colesterol de baja densidad —Col-LDL— o triglicéridos —TG— (61).

1.6 MARCO EMPÍRICO.

Soares *et al.* (62) El cuidado humanizado en la asistencia sanitaria primaria: La demanda de servicios y red profesional sobre el desempeño municipal en atención primaria de salud. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2007.

Estudio cuyo objetivo fue analizar la demanda de los usuarios y el cuidado humanizado: respeto y educación, la atención, el interés, el servicio rápido y la transferencia de información, en la Atención Primaria de la Salud. Estudio cualitativo y descriptivo con una muestra de 345 usuarios pertenecientes al servicio de salud. La recopilación de datos se llevó a cabo con la aplicación de un instrumento dividido en 3 partes: datos

sociodemográficos, caracterización de la demanda de servicios de salud y atención humanizada. Esta última clasificada desde “muy satisfecho” hasta “muy insatisfecho”. En cuanto a las características sociodemográficas, el rango de edad predominante fue entre 20 y 59 años —80,9%—; de sexo predominantemente femenino —85,5%—; y la mayoría de los participantes casados —54,3%—. En cuanto a la percepción de los usuarios sobre el cuidado humanizado para los profesionales de salud, el respeto y la educación fue el aspecto con mayor porcentaje evaluado de manera satisfecha por los usuarios —63,5%—.

Bautista *et al.* (63) Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. 2015.

Estudio cuyo objetivo fue describir el grado de percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. Se realizó una investigación de tipo cuantitativa con abordaje descriptivo de corte transversal. La muestra se compuso por 269 usuarios hospitalizados y los datos fueron recolectados a través del instrumento denominado “Percepción del Comportamiento del Cuidado Humanizado de Enfermería” —PCHE— versión 2, elaborado por Rivera y Triana. El instrumento contó con 50 preguntas que integraban 9 categorías y se utilizó una escala de Likert de 4 puntos, donde 1 correspondía a nunca, 2 algunas veces, 3 casi siempre y 4 siempre, para un total de 50 a 200 puntos por encuesta. Las respuestas se clasificaron en 4 medidas de percepción: excelente —164-200 puntos—; buena —126-163 puntos—; regular —88-125 puntos— y mala —50-87 puntos—. El estudio arrojó como resultado que el género que más predominó fue el masculino, evidenciado por un 57%, seguido del femenino con un 43%; el rango de edad que tuvo mayor predominio en los usuarios hospitalizados fue de 50-70 años —44,8%—. En relación al estado civil, el 53% de la población está casado, seguido de un 18% que corresponde a los solteros. El 35% son empleados y se dedican al hogar, mientras que el 18% son trabajadores independientes. Respecto al estrato socioeconómico, el estrato 2 fue el que más predominó, con un 49%,

seguido del estrato 3, con un 30%. De acuerdo a la percepción del comportamiento del cuidado humanizado, se evidenció que un 72% de la población lo percibe como excelente, un 25%, como bueno y solamente un 3%, como regular.

Miranda *et al.* (6) Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto Hospital Base de Valdivia. Valdivia, Chile, 2014.

Estudio cuyo objetivo fue identificar la percepción de los usuarios hospitalizados en el Servicio de Medicina Adulto del Hospital Base de Valdivia, del cuidado humanizado entregado por los profesionales de enfermería. Se realizó una investigación cuantitativa descriptiva, de corte transversal y de asociación. La muestra estuvo compuesta por 171 usuarios, y los datos fueron recolectados a través del “Instrumento Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado en Enfermería” —PCHE—, el cual consta de 32 ítems distribuidos en 6 categorías, utiliza una escala de Likert de 4 puntos, en donde 1 corresponde a nunca, 2 algunas veces, 3 casi siempre y 4 siempre, para un puntaje por encuesta de 32 a 128. Según los resultados, la media de edad de los usuarios encuestados es de 56,2 años, con predominio del sexo femenino en un 54,4%. En cuanto el nivel de escolaridad, la mayor parte de los pacientes encuestados tiene un nivel de escolaridad básica incompleta que representa al —35,1%—, seguido de escolaridad básica completa —16,4%—, escolaridad media incompleta —15,8%—, escolaridad media completa —19,9%—, y técnico superior completa y universitaria completa —2,9 %—. En relación a la percepción del cuidado humanizado, el 86% de los pacientes percibe siempre un trato humanizado, mientras que el 11,7% lo percibe casi siempre, el 1,8 % reconoce algunas veces y un 0,6% de los entrevistados nunca percibió un trato humanizado durante su estadía hospitalaria.

Acosta *et al.* (37) Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por enfermería en una IPS de tercer nivel. Colombia, 2013.

Estudio cuyo objetivo fue describir la percepción del cuidado de enfermería humanizado en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna y cuidado intermedio. Se realizó una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo. La muestra fue de 90 pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, con un tiempo mínimo de 3 días de hospitalización. Los datos fueron obtenidos mediante una encuesta llamada “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería” —PCHE— que consta de 50 preguntas agrupadas en 9 categorías, con escala tipo Likert y además la revisión de las historias clínicas de los pacientes y los formatos clínicos de enfermería. La descripción demográfica de la muestra reveló que el mayor número de pacientes encuestados pertenece al sexo femenino —58%—. La edad predominante estuvo entre los 73 y 81 años —24,4%—. El porcentaje de escolaridad de los usuarios predomina la primaria incompleta —30%—. Según el estado civil, el mayor porcentaje se encuentra en la categoría de casados —36,7%—, seguido de los viudos —20%—. En cuanto a la ocupación, predomina hogar —46,7%—, seguido de empleado/a —20%—. Con respecto al estrato socioeconómico, el mayor porcentaje se encontró en el estrato 1 con un 40%, seguido del estrato 2 con un 33,3%. En relación a la percepción global, el 70% siempre percibió comportamientos de cuidado humanizado, un 15% casi siempre, un 11% algunas veces y un 4% nunca lo percibió.

Arruda *et al.* (64) La recepción y el apego en la humanización de la atención para las personas con diabetes mellitus. Brasil, 2012.

Estudio cuyo objetivo fue evaluar el vínculo y el acogimiento en la práctica de la humanización de la atención para las personas con Diabetes mellitus desde la perspectiva de los usuarios de un servicio de atención especializada adosada a un hospital general.

Investigación cualitativa, con una muestra de 20 usuarios los cuales cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: tener un diagnóstico desde al menos un año de Diabetes mellitus tipo 1 o 2 y haber tenido al menos 1 consulta con el profesional de enfermería. Los datos se obtuvieron por medio de una entrevista semi-estructurada. La entrevista se compone de dos partes: datos de identificación y las perspectivas sobre la humanización de la atención a los usuarios con Diabetes mellitus. El análisis dio como resultado cuatro categorías: escucha y diálogo, las relaciones, la resolución de problemas y el acceso. De las 20 personas entrevistadas, predominó el género femenino —85%—. En cuanto al estado civil, en su mayoría es casado o viudo. Respecto a la escolaridad, en la mayoría de los casos el nivel de educación no superó la escuela primaria. Según la perspectiva de los usuarios entrevistados, relacionan la atención humana con las actitudes de los profesionales de enfermería, de los cuales destacan la escucha sensible, diálogos de acogida, resolución de problemas, intercambio de conocimiento, entre otras.

1.7 OBJETIVOS.

Objetivo general:

Describir la percepción del cuidado humanizado de la atención de enfermería recibida por adultos mayores pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular en el Centro de Salud Familiar Dr. Joel Arriagada Peña de la comuna de Pinto.

Objetivos específicos:

1.- Caracterizar las variables sociodemográficas —edad, sexo, escolaridad, estado civil, percepción de la situación económica, número de personas con las que vive, ocupación— y de salud —número de patologías del PSCV, sintomatología depresiva— de los adultos mayores participantes del estudio.

2. Identificar la percepción del cuidado humanizado de los adultos mayores participantes del estudio según sus variables sociodemográficas.

3.- Identificar la percepción del cuidado humanizado de los adultos mayores participantes del estudio según sus variables de salud.

II. MÉTODOS

2.1 TIPO DE DISEÑO.

Cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Estuvo conformada por 402 adultos mayores de 65 y más años, hombres y mujeres inscritos en el Programa de Salud Cardiovascular del Centro Salud Familiar Dr. Joel Arriagada Peña de la comuna de Pinto —Fuente: Estadística población en control PSCV del CESFAM Dr. Joel Arriagada Peña, diciembre de 2016—.

2.3 MUESTRA.

Se obtuvo una muestra de 99 adultos mayores, en base a un 90% de nivel de confianza, precisión del 5% y una prevalencia de cuidado humanizado de 86% publicado por Miranda *et al.* (6). Este resultado se obtuvo de la siguiente expresión:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q};$$

Reemplazando se tiene:

$$n = \frac{420 * 1,645^2 * 0,86 * 0,14}{0,05^2 * (402 - 1) + (1,645^2 * 0,86 * 0,14)} \rightarrow$$

$$n = 99$$

Los adultos mayores de la muestra fueron seleccionados a través de un método no probabilístico de casos consecutivos (65), considerando los criterios de inclusión, exclusión y la disponibilidad del usuario para participar en la investigación.

2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS.

Adulto mayor inscrito en el Programa de Salud Cardiovascular del Centro Salud Familiar Dr. Joel Arriagada Peña de la comuna de Pinto.

2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.

a) Criterios de inclusión.

1.- Adulto mayor inscrito en el Programa de Salud Cardiovascular del Centro Salud Familiar Dr. Joel Arriagada Peña de la comuna de Pinto que haya recibido atención de enfermería al menos 2 veces en los últimos 12 meses.

b) Criterios de exclusión.

1.- Adulto mayor que obtenga una puntuación menor o igual a 13 puntos en aplicación de Mini-Mental State Examination —MMSE— abreviado al momento del estudio.

2.- Adulto mayor con hipoacusia bilateral severa o sin ayuda técnica —audífono— al momento de la entrevista, con registro en carnet de control.

3.- Adulto mayor con severos trastornos del habla —disartria, disfasia, afasia—, información aportada por acompañante o a la inspección visual.

2.6 LISTADO DE VARIABLES

Variable de estudio: Cuidado humanizado de la atención de enfermería.

Variables Sociodemográficas:

1. Edad
2. Sexo
3. Escolaridad
4. Estado civil
5. Percepción de la situación económica
6. Número de personas con las que vive
7. Ocupación

Variables de salud:

8. Número de patologías del PSCV
9. Sintomatología depresiva.

La definición nominal y operacional de las variables se encuentra en el Anexo N° 1.

2.7 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR

Para la obtención de datos se utilizaron los instrumentos que se detallan a continuación:

I. Cuestionario de caracterización sociodemográfica y salud.

Cuestionario de elaboración propia, cuyo objetivo es obtener información general para caracterizar la muestra de estudio. Se compone de 8 preguntas abiertas y cerradas en relación: edad, sexo, escolaridad, estado civil, percepción de la situación económica, número de personas con las que vive, ocupación, número de patologías del PSCV, sintomatología depresiva. Se estimó un tiempo de aplicación de 2 minutos aproximadamente. Este cuestionario se encuentra disponible en el Anexo N° 2.

II. Evaluación Cognitiva Mini-Mental Abreviado.

El Mini Mental Abreviado corresponde a una versión del original “Mini Mental State Examination” el cual fue creado en Nueva York, Estados Unidos, por Folstein y McHung en el año 1975, como instrumento para la evaluación breve del estado mental (66).

En Chile fue modificado, abreviado y validado en el año 1999 por Icaza y Albala, quienes desarrollaron un estudio de adaptación del MMSE para ser utilizado en el cuestionario del proyecto “Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe, SABE” (67). Consta de 11 preguntas divididas en 6 dominios que miden y analizan

algunas áreas de funcionamiento cognitivo: orientación temporal y espacial, memoria a corto y largo plazo, atención, concentración, abstracción, comprensión, inteligencia, capacidad ejecutiva y capacidad viso constructiva (68).

Evalúa la orientación temporal del adulto mayor a través del conocimiento del mes, día del mes, año y día de la semana; se contabiliza cada respuesta correcta con 1 punto. La memoria a corto plazo se evalúa al recordar 3 palabras, se le asigna un punto por cada respuesta correcta con un total 3 puntos. La atención, concentración, abstracción, comprensión, memoria e inteligencia a través de la siguiente orden: “le voy a nombrar unos números, usted debe repetirlos de atrás para adelante”; se le asigna 1 punto por número correcto en el orden indicado con un total de 5 puntos. La capacidad ejecutiva, es decir, la capacidad de seguir instrucciones, se mide al indicar al AM que tome una hoja con la mano derecha, la doble por la mitad con ambas manos y la deje sobre sus piernas; se asignan tres puntos, un punto por cada acción realizada correctamente. Para evaluar memoria a largo plazo el evaluador dice: “hace un momento le solicité que recordara 3 palabras, repítalas en cualquier orden”; se asigna un punto por cada respuesta correcta, no importando el orden. Para evaluar la capacidad viso constructiva se le pide al AM que copie unos círculos presentados en una imagen. Una vez sumados los puntajes que representan las respuestas del individuo —con puntaje máximo de 19 puntos—, se clasifica como alterado a quienes presenten un puntaje menor o igual a 13 puntos (69).

Esta versión abreviada cuenta con unas propiedades psicométricas 93,8 de sensibilidad, 93,9 de especificidad y un estadístico de Kappa de 0,83 —95 IC: 0,80-0,87— para la concordancia entre el MMSE y MMSE abreviado (67).

La utilización de esta herramienta, previo a la aplicación del instrumento sobre el cuidado humanizado de enfermería, tomó un tiempo de 5 minutos aproximadamente y permitió realizar un tamizaje de los usuarios que evidenciaron alteración del estado cognitivo severo, pudiendo afectar la identificación y percepción sobre el actuar de enfermería. Instrumento disponible en el Anexo N° 3.

III. Escala de Valoración del Cuidado Humanizado brindado por Profesionales de Enfermería (EVCH-EP).

Elaborado en Chile por Hermsilla *et al.* (42). Su objetivo es medir la percepción del cuidado humanizado en relación a la atención recibida por parte de enfermería. Fue diseñado para ser aplicado por el evaluador, quien da a conocer cada pregunta en forma literal permitiendo que el entrevistado/a catalogue cada enunciado con la alternativa que más lo identifique. En el caso que manifieste duda, se puede explicar con algún ejemplo que incorpore la relación enfermera/o-paciente. El instrumento consta de 36 preguntas evaluadas a través de una escala tipo Likert con puntuación de 1 a 5, donde: 1: Nunca; 2: A veces; 3: Regularmente; 4: Casi siempre; 5: Siempre. En base a las dimensiones de la escala, “vivencia de la enfermedad” incluye las preguntas 7, 22, 27, 28, 32, 34, 35 y 36; “procedimientos y cuidados” incluye las preguntas 4, 11, 13, 16, 19, 21, 24 y 29; a “relación profesional de enfermería-paciente” corresponden las preguntas 1, 2, 5, 10, 15, 23, 26 y 33; “enseñanza y aprendizaje” se mide a través de las preguntas 12, 14, 18 y 31; mientras que “expresión de sentimientos” lo hace con las preguntas 6, 8, 9 y 25. La dimensión “espiritualidad”, se mide con las preguntas 3 y 17, finalmente, la dimensión “diferenciación del cuidado”, incluye las preguntas 20 y 30. El puntaje mínimo de esta escala es de 36 puntos y el máximo es de 180 puntos, donde la percepción del cuidado humanizado se clasifica de la siguiente manera: de 36 a 136: Cuidado no humanizado o inaceptable; de 137 a 151: Cuidado humanizado deficiente; de 152 a 161: Cuidado humanizado aceptable; y de 162 a 180: Cuidado humanizado óptimo.

En relación a validez y fiabilidad, Gómez *et al.* (70) cita el trabajo de Hermsilla donde indica que este instrumento presenta evidencia de validez por constructo mediante un análisis factorial exploratorio, el cual encontró 7 constructos: “Vivencia de la enfermedad”, “Procedimientos y cuidados”, “Relación profesional de enfermería-paciente”, “Enseñanza y aprendizaje”, “Expresión de sentimientos”, “Espiritualidad” y “Diferenciación del cuidado”. La solución factorial explica el 64,5% de la varianza, dando sentido a la percepción del cuidado humanizado con esta cantidad de factores. Además

este mismo estudio plantea que la consistencia interna global de la escala representa un valor de 0,92. Se realizó una primera validación en usuarios hospitalizados en un centro de alta complejidad (42). Mediante el análisis de fiabilidad se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0,95. La aplicación de este instrumento se realizó posterior a la administración del MMSE, tomó un tiempo de 8 a 15 minutos. Esta escala se encuentra disponible en el Anexo N° 4. Los puntajes correspondientes a cada dimensión se especifican en el Anexo N° 5.

IV. Escala de Depresión Geriátrica Yesavage

La escala de Depresión Geriátrica Yesavage —GDS—, posee la particularidad de que explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar la resolución por parte del evaluado. “Una primera versión de la escala constaba de 30 ítems —GDS-30— —Yesavage & Brink, 1983—. Posteriormente, se publicó una versión más corta con 15 ítems —GDS-15— —Sheik & Yesavage, 1986— (71). La GDS-15 es la escala utilizada en Chile, se administra en los adultos mayores que durante la aplicación del EFAM —parte B—, pregunta 5, presentan sospecha de depresión. Esta versión cuenta con 15 ítems, las respuestas correctas son afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15, y negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13, cada respuesta errónea puntúa 1. Los resultados se clasifican en: normal 0-5, depresión leve 6-9, depresión establecida > 10 (72). Esta escala presenta una consistencia interna con un coeficiente de alfa de Cronbach de 0,88 (73). La utilización de esta herramienta, posterior a la aplicación del instrumento sobre el cuidado humanizado de enfermería, tomó un tiempo de 5 a 7 minutos aproximadamente. Escala disponible en el Anexo N° 6.

2.8 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Posterior a la aprobación realizada por el Director del Centro de Salud Familiar Dr. Joel Arriagada Peña —Anexo 7— y el Comité Ético Científico de la Universidad del Bío-Bío —Anexo 8—, se procedió a la recolección de datos, la que se llevó a cabo en las dependencias del establecimiento. Se abordó a los usuarios posterior a recibir atención por el profesional de enfermería; los investigadores se presentaron, se constató que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión señalados anteriormente, se leyeron los objetivos y se les explicó que su participación era voluntaria y confidencial; al aceptar participar, se llevó al usuario a una sala facilitada por el CESFAM y se procedió a la lectura y firma del consentimiento informado —Anexo 9—. La entrevista se realizó en 30 minutos aproximadamente. Las dudas que se presentaron durante la entrevista fueron respondidas de tal forma que no se condicionara la respuesta entregada por el AM, para lo cual los investigadores se sometieron a un entrenamiento supervisado por el docente guía, con el objetivo de estandarizar la aplicación de los instrumentos y unificar instrucciones para evitar influir en las respuestas de los usuarios.

2.9 ASPECTOS ÉTICOS

Para garantizar la adecuación de los aspectos metodológicos y éticos de esta investigación, el estudio fue autorizado por la unidad de calidad del CESFAM —Anexo 7—, así como por el Comité Asesor de Bioética y Bioseguridad de la Universidad del Bío-Bío —Anexo 8—. Los usuarios autorizaron la investigación mediante la firma del consentimiento informado —Anexo 9—, de ésta forma se resguardaron los aspectos éticos de confidencialidad de los datos para no vulnerar los derechos de los participantes, según la ley 20.120, decreto N° 114, artículo 10 (74).

Las personas elegidas fueron informadas del objetivo general del estudio —cuidando de no introducir sesgos de expectancia—, de los inconvenientes —disponibilidad de tiempo— y ventajas —informe sobre resultados— que traerá el participar de la

investigación. Explícitamente se señaló que la colaboración era voluntaria, que el estudio se podía abandonar en el momento deseado y que los investigadores se comprometían a velar por la confidencialidad de los datos. Todos los detalles sobre el consentimiento informado figuraron en un documento que debió ser leído y firmado por ambas partes, participante y un miembro del equipo de investigación —Disponible en el Anexo n° 9—, tal y como se refleja en los postulados éticos contenidos en la Declaración de Helsinki (75), así como en la Ley 19.628 (76), la Ley 20.120 (77) y la Ley 20.584 (78).

2.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Para el análisis de las variables cualitativas y cuantitativas se construyeron tablas de frecuencias absolutas, las cuales fueron analizadas a través de porcentajes.

El puntaje integral del cuidado humanizado, se categorizó de acuerdo a la clasificación establecida por los autores del instrumento, con la cual se construyeron tablas de contingencia que mostraron los porcentajes según las características sociodemográficas y de salud de los participantes del estudio.

El programa utilizado para el procesamiento de datos fue SPSS 15,0 versión en español.

III. RESULTADOS

Se estudió una muestra de 108 adultos mayores pertenecientes a la comuna de Pinto e inscritos en el PSCV en el CESFAM Dr. Joel Arriagada Peña. De éstos, 7 no cumplieron los criterios de inclusión —MMSE— abreviado y 1 decidió retirarse voluntariamente de la investigación, quedando una muestra total de 100 adultos mayores. De acuerdo a la tabla 1, que indica las características sociodemográficas de la muestra, se encontró que el 59% tenía una edad entre 65-74 años; el 64% fueron mujeres; el 60% indicó haber cursado estudios básicos —completos o incompletos—; el 42% son casados; y el 64% refirió que su situación económica le permite atender sus necesidades básicas.

Tabla 1 (A). Distribución de adultos mayores participantes del estudio según sus variables sociodemográficas.

Variables Sociodemográficas	n= 100	%
Edad (años)		
65-69	31	31
70-74	28	28
75-79	21	21
80 y más	20	20
Sexo		
Hombre	36	36
Mujer	64	64
Escolaridad		
Educación Básica	60	60
Educación Media	26	26
Educación Superior	10	10
Sin estudios	4	4
Estado Civil		
Soltero/a	16	16
Casado/a	42	42
Divorciado/a	3	3
Viudo/a	39	39
Percepción de la situación económica		
Permite atender sus necesidades básicas	64	64
Vivir desahogadamente	36	36

Fuente: Percepción del cuidado humanizado de la atención de enfermería recibida por adultos mayores pertenecientes al PSCV en el centro de salud familiar Dr. Joel Arriagada Peña, Pinto 2017. Durán *et al.*

Continuando con las variables sociodemográficas —tabla1 (B) — el 40% de los usuarios refirió vivir con dos o más personas; y el 92% es Jubilado/Pensionado.

Tabla 1 (B). Distribución de adultos mayores participantes del estudio según sus variables sociodemográficas.

Variables Sociodemográficas	n=100	%
Número de personas con las que vive		
Vive solo	30	30
Vive con una persona	30	30
Vive con dos o más personas	40	40
Ocupación		
Trabajador activo	8	8
Jubilado/Pensionado	92	92

Fuente: Ídem tabla 1.

En relación a las características de salud de los participantes del estudio —tabla 2—, se encontró que el 44% presenta 1 patología del PSCV; y el 70% no presentó depresión.

Tabla 2. Distribución de adultos mayores participantes del estudio según sus variables de salud.

Variables de Salud	N	%
Número de patologías del PSCV*		
Presenta 1 patología	44	44
Presenta 2 patologías	34	34
Presenta 3 patologías	22	22
Sintomatología depresiva		
0-5: Sin depresión	70	70
6-9: Depresión leve	14	14
Más de 10 Depresión establecida	16	16

*Programa de Salud Cardiovascular

Fuente: Ídem tabla 1.

En cuanto a la percepción del cuidado humanizado evaluado en esta muestra — tabla 3—, fueron calificados con cuidado humanizado óptimo el 54% —IC 95%: 43,74%-64,02%—.

Tabla 3. Clasificación del nivel de cuidado humanizado percibido por los adultos mayores participantes del estudio.

Cuidado Humanizado	N	IC 95%
Cuidado No Humanizado	16 (16%)	(9,43-24,68)
Cuidado Deficiente	13 (13%)	(7,11-21,20)
Cuidado Aceptable	17 (17%)	(10,23-25,82)
Cuidado Óptimo	54 (54%)	(43,74-64,02)
Total	100 (100%)	

Fuente: Ídem tabla 1.

IC: Intervalo de confianza al 95%.

En cuanto a la distribución de la percepción del cuidado humanizado global según las características sociodemográficas de la muestra evaluada —tabla 4(A)—, el 54,2% de los participantes pertenecientes al grupo etario de 65-74 años percibió un cuidado humanizado óptimo, por otra parte el 53,7% del grupo de 75 años y más informó percibir un cuidado humanizado óptimo. Se encontró que el 50% de los hombres de la muestra refirieron un cuidado humanizado óptimo, misma clasificación para el 56,3% de las mujeres del estudio. En relación a la percepción del cuidado humanizado según la escolaridad de los participantes, el 54,7% de aquellos que poseen estudios básicos/sin estudios percibieron un cuidado humanizado óptimo, misma clasificación para aquellos que poseen estudios medios y superiores con el 53,8% y 50% respectivamente. En cuanto a la percepción del cuidado humanizado según el estado civil de los adultos mayores, se encontró que el 63,2% de los solteros/divorciados percibió un cuidado humanizado óptimo, al igual que el 47,6% de los casados y el 56,4% de los viudos. Por otra parte, al evaluar la percepción del cuidado humanizado según percepción de la situación económica, se encontró que el 54,7% de aquellos que su situación económica le permite

atender sus necesidades básicas percibieron un cuidado humanizado óptimo, misma clasificación para aquellos que su situación económica le permite vivir desahogadamente con el 52,8%.

Tabla 4 (A). Distribución de adultos mayores participantes del estudio según percepción del cuidado humanizado y variables sociodemográficas.

Variables Sociodemográficas	Cuidado Humanizado			
	No humanizado	Deficiente	Aceptable	Óptimo
Edad (años)*				
65-74	9 (15,3%)	7 (11,9%)	11 (18,6%)	32 (54,2%)
75 y más	7 (17,1%)	6 (14,6%)	6 (14,6%)	22 (53,7%)
Sexo				
Hombre	2 (5,6%)	8 (22,2%)	8 (22,2%)	18 (50%)
Mujer	14 (21,9%)	5 (7,8%)	9 (14,1%)	36 (56,3%)
Escolaridad*				
Estudios Básicos/sin estudios	10 (15,6%)	9 (14,1%)	10 (15,6%)	35 (54,7%)
Educación Media	4 (15,4%)	3 (11,5%)	5 (19,2%)	14 (53,8%)
Educación Superior	2 (20%)	1 (10%)	2 (20%)	5 (50%)
Estado Civil*				
Soltero/Divorciados	2 (10,5%)	3 (15,7%)	2 (10,5%)	12 (63,2%)
Casado/a	4 (9,5%)	5 (11,9%)	13 (31%)	20 (47,6%)
Viudo/a	10 (25,6%)	5 (12,8%)	2 (5,1%)	22 (56,4%)
Percepción de la situación económica				
Permite atender sus necesidades básicas	11 (17,2%)	7 (10,9%)	11 (17,2%)	35 (54,7%)
Vivir desahogadamente	5 (13,9%)	6 (16,7%)	6 (16,7%)	19 (52,8%)

Fuente: Ídem tabla 1.

*Estas variables se unieron con el fin de analizarlas con mayor relevancia dado que según Taucher (79) se necesita un límite mínimo de 20 casos para poder calcular porcentajes.

Para la tabla 4(B), el 63,3% de las personas que viven con una persona percibieron un cuidado humanizado óptimo y el 26,7% de las personas que viven solas percibieron un cuidado no humanizado. En cuanto a la percepción del cuidado humanizado según ocupación, el 57,6% de los jubilados/pensionados percibió un cuidado humanizado óptimo.

Tabla 4 (B). Distribución de adultos mayores participantes del estudio según percepción del cuidado humanizado y variables sociodemográficas.

Variables Sociodemográficas	Cuidado Humanizado			
	No humanizado	Deficiente	Aceptable	Óptimo
Número de personas con las que vive				
Vive solo	8 (26,7%)	5 (16,7%)	2 (6,7%)	15 (50%)
Vive con una persona	1 (3,3%)	3 (10%)	7 (23,3%)	19 (63,3%)
Vive con dos o más personas	7 (17,5%)	5 (12,5%)	8 (20%)	20 (50%)
Ocupación				
Trabajador activo	0 (0%)	3 (37,5%)	4 (50%)	1 (12,5%)
Jubilado/Pensionado	16 (17,4%)	10 (10,9%)	13 (14,1%)	53 (57,6%)

Fuente: Ídem tabla 1.

En cuanto a la percepción del cuidado humanizado según variables de salud — tabla 5—, el 58,8% de los usuarios que presentan 2 patologías percibieron un cuidado humanizado óptimo, clasificación similar para los AM que no presentan depresión donde el 58,6% percibió un cuidado humanizado óptimo.

Tabla 5. Distribución de adultos mayores participantes del estudio según percepción del cuidado humanizado y variables de salud.

Variables de salud	Cuidado Humanizado			
	No humanizado	Deficiente	Aceptable	Óptimo
Número de patologías del PSCV				
Presenta 1 patología	7 (15,9%)	8 (18,2%)	6 (13,6%)	23 (52,3%)
Presenta 2 patologías	5 (14,7%)	3 (8,8%)	6 (17,6%)	20 (58,8%)
Presenta 3 patologías	4 (18,2%)	2 (9,1%)	5 (22,7%)	11 (50%)
Sintomatología depresiva				
0-5 Sin depresión	6 (8,6%)	10 (14,3%)	13 (18,6%)	41 (58,6%)
6-9 Depresión leve	4 (28,6%)	1 (7,1%)	2 (14,3%)	7 (50%)
Más de 10 Depresión establecida	6 (37,5 %)	2 (12,5%)	2 (12,5%)	6 (37,5%)

Fuente: Ídem tabla 1.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Respecto al perfil sociodemográfico, los resultados señalaron que el mayor porcentaje de adultos mayores eran mujeres, correspondiendo a un 64% del total de encuestados en la investigación, hallazgo semejante a lo encontrado en los estudios de Soares *et al.* con un 85,5% (62), Miranda *et al.* con un 54,4% (6), Acosta *et al.* con un 58% (37) y Arruda *et al.* con un 85% (64). Esto coincide con la estadística nacional, pues el 50,6% de la población total son mujeres, y el 49,4% hombres (80). Además, según estadísticas mostradas por el Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores (81), un 54% de la población inscrita asiste a controles en los servicios de salud, donde un 39% corresponde a hombres y el 61% restante a mujeres, lo que valida que el sexo femenino presenta una mayor adherencia a los controles y tratamientos farmacológicos.

En cuanto a la edad de los adultos mayores, éstos se encuentran mayoritariamente en el rango entre 65 y 69 años con un 31%, algo semejante se evidencia en el estudio de Bautista *et al.* (63) con un rango de 50 a 70 años. En las bases de datos revisadas, no se encontraron estudios que evalúen la percepción del cuidado humanizado en el adulto mayor, por lo que no existen más similitudes en cuanto a la edad. Pese a esto, llama la atención la gran cantidad de adultos mayores con 80 años y más, que si bien es el rango con menor cantidad de personas, representa el 20% de la población encuestada. Esta cifra avala la transición demográfica que se vive en Chile y el mundo donde predomina el envejecimiento acelerado de la población y el aumento de la esperanza de vida, la cual se estima que llegará a los 85,6 años para el año 2050 (82). La mayoría de las personas que pertenecen a este grupo etario pasan a una situación pasiva o de inactividad laboral, así se ve reflejado en nuestra investigación donde un 92% de los adultos mayores se encuentran jubilados o pensionados, al igual que en el estudio de Acosta *et al.*, donde predomina “Hogar” con un 46,7% y Bautista *et al.* donde el 35% se dedican al “Hogar”. Se entiende como “Hogar” a aquellas personas jubiladas o pensionadas, pues las clasificaciones de

ocupación difieren de nuestro país. Según esta situación los adultos mayores obtienen una prestación monetaria para el resto de su vida, la que puede ser por jubilación o el recibo de una pensión. Esta pensión puede ser la básica solidaria de vejez o la pensión base, de acuerdo a la ley N°20.255 que establece la reforma previsional (83). En estudios socioeconómicos, los adultos mayores se consideran como un grupo vulnerable debido a que los problemas de salud a los que se enfrentan pueden limitar sus capacidades laborales en ausencia de la protección de la seguridad social (84). De acuerdo a esto, al consultar por la percepción de la situación económica, el 64% de ellos asegura que le permite atender solo sus necesidades básicas. Entonces, la forma en que este estudio define la variable operacional difiere en como lo hacen otros estudios, donde Bautista *et al.* (63) y Acosta *et al.* (37) la clasifican en estratos económicos, encontrándose en su mayoría en el estrato 2 con un 49% y estrato 1 con un 40%, respectivamente. Por lo tanto, estos resultados no se pueden contrastar con el presente estudio. Sin embargo, que los adultos mayores participantes del estudio perciban de esta manera su situación económica no es un caso aislado, así se manifiesta en una encuesta realizada por el SENAMA, donde el 75% de las personas mayores declaró que el dinero que tiene le alcanza solo para satisfacer sus necesidades (85).

En relación a la escolaridad de los adultos mayores, éstos presentan en su mayoría estudios básicos —pudiendo ser completos o incompletos— correspondiente a un 60% del total. Esto se asemeja a lo encontrado en el estudio de Miranda *et al.* con un 51,5% (6), Acosta *et al.* donde predomina la primaria incompleta con un 30% (37), y Arruda *et al.* donde en la mayoría de los casos el nivel de educación no superó la escuela primaria (64). El nivel de escolaridad en los adultos mayores encontrado en este estudio coincide con la realidad nacional, ya que según la encuesta CASEN del año 2011, los años de escolaridad promedio de los AM de 60 y más años es de 7,3, lo que corresponde a enseñanza básica (86). Además, se logró constatar empíricamente a través de la recolección de datos que la gran mayoría de los adultos mayores participantes de la investigación no siguió sus estudios puesto que la prioridad en ese entonces era trabajar y llevar sustento a sus

hogares, debido a la ruralidad de la comuna. Esto se asocia con el hecho de que los adultos mayores formaron parte de una generación que no experimentó la universalización de la educación en el país, por lo que presentaron grados importantes de exclusión educacional (87).

En lo que respecta al estado civil de los participantes, estos estaban en su mayoría casados con un 42%, semejante a lo encontrado en los estudios de Soares *et al.* con un 54,3% (62), Bautista *et al.* con un 53% (63) y Acosta *et al.* con un 36,7% (37). Cabe destacar la gran cantidad de adultos mayores viudos, los que representan un 39% del total, semejante a lo ocurrido en el estudio de Acosta *et al.* con un 20%, lo que puede estar relacionado con la edad promedio de la población.

En cuanto al número de personas con las que viven los participantes, el 40% indicó vivir con dos o más personas. Sin embargo, llama la atención que el 60% de los adultos mayores indicaron vivir solos o con una persona. Esto se puede deber al mayor desarrollo económico que ha tenido el país en la última década, lo que ha implicado cambios en la configuración del hogar de las personas, pues en la medida de que las familias jóvenes han tenido más oportunidades de obtener una vivienda propia e independizarse de sus padres, es probable que los adultos mayores vivan más sin sus hijos. Por esta razón, han aumentado las personas de la tercera edad que viven únicamente con sus parejas o solos (88).

Referente a las enfermedades del PSCV, el 44% de la población de estudio presenta una sola enfermedad de las que cubre este programa, y con respecto a la sintomatología depresiva, el 70% de los adultos mayores no presenta depresión. Cabe señalar, que no es posible establecer comparaciones con estudios similares, pues estas variables no han sido medidas anteriormente.

Watson —citado por Urra *et al.*— reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente *llegar a ser*,

este ser es un *ser en relación a otro que lo invoca*. Este llamado desde el otro, absolutamente otro, es la base fundadora del cuidado en general, y a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería (45). Al hablar de la percepción del cuidado humanizado global entregado por el profesional de enfermería, se observa que un 54% de la población percibe un cuidado humanizado óptimo, semejante a lo encontrado por Bautista *et al.*, donde un 72% de la población lo percibe como excelente, Miranda *et al.* refiere que el 86% de los usuarios percibe “siempre” un trato humanizado, al igual que un 70% de los encuestados percibe un trato humanizado “siempre” en el estudio de Acosta *et al.* Si bien estos resultados concuerdan con nuestro estudio, llama la atención que el porcentaje que refiere cuidado humanizado óptimo sea inferior a lo encontrado en otras investigaciones. Esto se podría explicar con el hecho de que en estos estudios no trabajaron con el mismo instrumento de medición así como también por la diferencia etaria de las personas encuestadas, pues como mencionamos anteriormente, no se encontró en las bases de datos revisadas estudios que evaluaran la percepción del cuidado humanizado en el adulto mayor. Otra diferencia sustancial de la investigación en comparación con otras que miden la percepción del cuidado humanizado, es el contexto de atención intramural en el que son aplicados, en donde los usuarios por lo general tienen largas estadías, conocen y comparten más con los profesionales de enfermería, a diferencia de la atención extramural en la cual solo tienen controles cada cierto tiempo, como es el caso de los usuarios pertenecientes al PSCV.

Al analizar la percepción del cuidado humanizado según la edad, se observa que en el rango de 65-74 años, el 54,2%, percibe en su mayoría un cuidado humanizado óptimo, al igual que el grupo de 75 y más con un 53,7%. Este resultado no arroja diferencias significativas en cuanto a la percepción del cuidado humanizado de los adultos mayores, por lo que la edad en este grupo no sería un factor condicionante en la percepción. De acuerdo a esto, no se encontraron estudios que evaluaran la percepción del cuidado humanizado en este grupo etario. Sin embargo, según lo referido por la mayoría de los participantes, el hecho de llevar tanto tiempo asistiendo a controles por su enfermedad, y

por ende con el profesional de enfermería, hizo que se estableciera una relación de confianza y buen trato, lo que se traduciría en una mejor percepción sobre el cuidado brindado. Continuando con la percepción del cuidado humanizado según el sexo, tanto hombres como mujeres perciben en su mayoría un cuidado humanizado óptimo con un 50% y 53,6% respectivamente. Sin embargo, el 21,9% de las mujeres encuestadas percibe un cuidado no humanizado, versus un 5,6% en hombres. Esto puede estar asociado a la mayor cantidad de mujeres con respecto a los hombres y a la mayor adherencia de éstas a los controles de salud, lo que posibilita una mayor opinión hacia el cuidado recibido por parte de los profesionales de enfermería.

Los patrones sociales como la escolaridad, influyen en la forma que perciben los usuarios (89). Así se observa en esta investigación donde si bien las personas con estudios perciben en su mayoría un cuidado humanizado óptimo con porcentajes superiores al 50%, se observa que mientras más estudios posee el adulto mayor, menor es el porcentaje de cuidado humanizado óptimo percibido —54,7% educación básica, 53,8% educación media y 50% educación superior—, y a su vez, aumenta la percepción de cuidado no humanizado —15,6%, 15,4% y 20% respectivamente—. Esto se justifica con que a mayor educación, mayor es la exigencia de las personas con respecto a su atención de salud, pues poseen mayores inquietudes intelectuales respecto a la atención recibida, no así quienes poseen estudios básicos, los que probablemente se sienten más afines social y culturalmente con su centro de salud —sobre todo con su personal, ya que en muchos casos ellos son de su mismo entorno—, lo que resultaría en relaciones de mayor confianza y comunicación y que a su vez contribuirían a una mejor percepción (90). Por ende, es esencial que los profesionales encargados de entregar cuidados tomen en cuenta estas diferencias al momento de guiar los contenidos educativos para así alcanzar un cumplimiento terapéutico apropiado.

Respecto a la percepción del cuidado humanizado según el estado civil, no se observan grandes diferencias en este ámbito. La mayoría de los adultos mayores,

cualquiera sea su estado civil, —soltero/divorciado, viudo o casado— percibe un cuidado humanizado óptimo. La obtención de tal resultado, nos orienta al análisis crítico que si bien las redes de apoyo son fundamentales en el bienestar físico y psicológico (91); una relación de pareja no implica tener un sustento emocional efectivo, lo que más tarde podría afectar su percepción (92). Lo mismo ocurre con la percepción del cuidado humanizado según el número de personas con las que vive, donde no se encontraron diferencias significativas en aquellas personas que vivían solas, con una persona o con dos, presentando en su mayoría un cuidado humanizado óptimo con un 50%, 63,3% y 50% respectivamente. Esto se debería a que más que las configuraciones del hogar, lo que importa es la calidad de las relaciones que se tiene con los familiares, ya que este sí es un factor que podría afectar la percepción del cuidado (93).

En cuanto a la percepción del cuidado humanizado según la percepción de la situación económica de los usuarios, no se encontraron diferencias significativas. Tanto los usuarios que refieren permitir atender solo sus necesidades básicas como vivir desahogadamente, manifiestan percibir un cuidado humanizado óptimo con un 54,7% y 52,8% respectivamente, por lo que esta variable no influiría en las respuestas de los participantes.

Respecto a la percepción del cuidado humanizado según ocupación, se encontró que la mayoría de los adultos mayores jubilados o pensionados percibieron un cuidado humanizado óptimo con un 57,6%. No así los trabajadores activos donde el 50% percibió un cuidado humanizado aceptable y un 37,5% deficiente, sin embargo estos datos no serían significativos dada la baja cantidad de adultos mayores que se encontraban aun trabajando —solo 8 de 100 participantes—.

Los sujetos de estudio que pertenecían al PSCV percibieron mayoritariamente el cuidado humanizado como óptimo y no se encontró grandes diferencias entre aquellos que presentaban una, dos o tres de las patologías pertenecientes al programa —52,3%, 58,8% y 50%, respectivamente—, por lo que se puede concluir que la cantidad de

patologías cardiovasculares que posea el individuo no tiene relación con la percepción del cuidado humanizado.

Otro aspecto a considerar es que en relación a los participantes del estudio que estaban con depresión establecida según la escala GDS-15 —Yesavage—; solo un 37,5% percibió un cuidado humanizado óptimo, a diferencia del grupo que no presentaba depresión, el cual lo percibió en un 58,6%. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ta edición —DSM-IV—, la depresión está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad para sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad (94). Esto podría explicar la baja percepción de cuidado humanizado que tienen estos sujetos, pues como lo dice Marriner *et al.* citando a Jean Watson en su primer supuesto, el cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz si se puede practicar de manera interpersonal (46), lo que no se podría lograr a cabalidad debido a la patología. Además, tomando en cuenta lo que postula Watson en sus 10 Factores del Cuidado —1979— y posteriormente en su Proceso Caritas —2002-2007— se debe desarrollar una relación de ayuda-confianza enfermo/a-paciente; esto permite estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos, por lo que si el profesional de enfermería no desarrolla un buen cuidado humanizado, el usuario con depresión no podrá percibirlo. El cuidado humanizado en enfermería, se define como una expresión de acto de cuidado que considera al ser humano de manera holística, es decir, preocupándose de todos los ámbitos de su persona, en la esfera física, psicológica, mental y espiritual; el hecho de que en su gran mayoría las personas con depresión estudiadas en la investigación no percibieran un cuidado humanizado óptimo, refleja que el profesional de enfermería debe poner mayor énfasis en el aspecto psicológico y espiritual de los usuarios, puesto que si omite esta dimensión del ser, tal como lo plantea Watson, no se logrará un cuidado humanizado.

4.2 LIMITACIONES

- En las bases de datos consultadas —Dialnet, Pubmed, Science, Lilacs— no se encontraron estudios cuya unidad de análisis fueran adultos mayores pertenecientes a un Programa de Salud Cardiovascular o algún control de ECNTs.
- El instrumento utilizado para medir la Percepción del Cuidado Humanizado —EVCH-EP— consta de preguntas que se hacen difíciles de responder en el contexto de atención extramural, tales como la pregunta n°4 y n°23.
- Los adultos mayores presentan dificultad al momento de responder una escala tipo Likert, pues no la comprenden y responden con “sí”, o “no”; al momento de consultarles si esa respuesta corresponde a siempre, casi siempre, entre otros, responden con algunas de las opciones que se les da como ejemplo, pudiendo producir esto algún sesgo.
- Se restaron posibles participantes del estudio por presentar MMSE alterado —7 personas—, y por rechazo al estudio —1 persona—.

4.3 SUGERENCIAS

A partir de la investigación desarrollada en las dependencias del CESFAM Dr. Joel Arriagada Peña de la comuna de Pinto, los investigadores proponen las siguientes sugerencias:

- Otorgar mayor importancia y estudiar la percepción de los adultos mayores respecto a los cuidados de enfermería en el área de atención extramural, adecuando el instrumento a este grupo etario y en este contexto de atención.
- Continuar desarrollando estudios con un enfoque cuantitativo, que permita realizar comparaciones con los hallazgos de otros investigadores.
- Considerar en estudios venideros realizar una correlación entre la percepción del cuidado humanizado y la sintomatología depresiva y/o depresión, ya que ésta puede alterar la percepción en los sujetos de estudio.
- Considerar aumentar el tamaño de muestra en estudios venideros para que esta sea significativa al momento de establecer porcentajes.

- Se sugiere que las universidades que imparten la carrera de enfermería incorporen una asignatura o unidad alusiva a la humanización de los cuidados, rescatando aquellos aspectos que escapen de lo físico, reforzando la calidad de la atención brindada especialmente cuando las personas sienten vulnerabilidad como es el padecimiento de una enfermedad.

4.4 CONCLUSIONES

La investigación es uno de los 4 roles fundamentales del quehacer de enfermería, pues proporciona las bases del conocimiento para entregar un cuidado óptimo, de calidad y humanizado al usuario, el cual es la razón de ser de la profesión. Por este motivo, el estudio realizado se enfocó en conocer la percepción del cuidado humanizado de la atención brindada por enfermería en una población adulta mayor, inscrita en el PSCV del CESFAM Dr. Joel Arriagada Peña de la comuna de Pinto, con un instrumento que mide la percepción del cuidado humanizado que entrega el profesional de enfermería en su atención.

Los usuarios calificaron en su mayoría la percepción del cuidado humanizado global brindado por el profesional de enfermería como óptimo, sin embargo, llama la atención el hecho de que fuera inferior a los valores obtenidos en otros estudios —tanto nacionales como internacionales— los cuales también valoraban este tema.

Al identificar el cuidado humanizado con las variables sociodemográficas de la muestra estudiada, los hallazgos más sustanciales se observaron entre aquellos adultos mayores que poseían estudios básicos o no tenían, versus aquellos que poseían estudios medios y superiores; la percepción del cuidado humanizado óptimo fue mayor en el grupo de estudios básicos o sin estudios, y la percepción del cuidado no humanizado se dio con mayor tendencia en el grupo de AM con estudios medios y superiores; éste segmento de la población, al tener más instrucción, conocimientos y experiencias de salud, tienen clara la clase de cuidado que esperan y son más críticos al momento de evaluar el cuidado humanizado proporcionado por el profesional de enfermería; lo que se diferencia en el

caso de los adultos mayores con estudios básicos, los cuales constataron empíricamente que se conforman y agradecen los cuidados otorgados, pues se muestran más “sumisos” y solícitos a recibir los cuidados ofrecidos por los profesionales con mayor conocimiento.

En relación a la percepción del cuidado humanizado según las variables de salud de la población estudiada, un aspecto a destacar y considerar en investigaciones futuras es la sintomatología depresiva y la depresión propiamente tal, ya que a pesar que el porcentaje de personas con depresión del estudio no fue significativo en relación a la población total, si se pudo evidenciar que esta patología interfiere de forma negativa en la percepción de un cuidado humanizado óptimo; lo que puede interferir en la relación cuidador-sujeto de cuidado, pues aunque el profesional de enfermería se esmere en entregar una atención óptima, de calidad y un cuidado humanizado, esto no se verá reflejado en la percepción de aquel usuario que cursa una sintomatología depresiva o una depresión propiamente tal, lo que puede repercutir aún más en su salud desde un punto de vista holístico, pues no sentirá una conexión, un acompañamiento ni comprensión de su enfermedad. Esto tendrá como resultado el incumplimiento de las instrucciones que el profesional le da para su propio autocuidado. La realización investigativa científica del cuidado humanizado de la atención de enfermería en relación a esta patología, entregará nuevas perspectivas y herramientas sobre cómo abordar a este usuario para entregar un cuidado humanizado óptimo, que sea percibido por este mismo.

Cambiar el contexto de investigación, al igual que la unidad de análisis habitual, entrega nuevos datos a utilizar en la implementación de cuidados, de esta forma, la percepción del cuidado humanizado de enfermería que con antelación se ha estudiado en usuarios adultos hospitalizados, ahora debe comenzar a ser estudiado desde el punto de vista del usuario adulto mayor desde el primer encuentro de éste con el sistema de salud, es decir, la atención extramural y así reforzar el “Modelo de Salud con enfoque Familiar y comunitario” que ha implementado el Ministerio de Salud en Chile.

La percepción, como algo netamente personal, varía entre los usuarios, por ende, realizar su medición mediante un instrumento adecuado, como lo es la “Escala de

Valoración del Cuidado Humanizado brindado por Profesionales de Enfermería”, es de gran importancia para obtener resultados más objetivos, pertinentes y que se puedan extrapolar al resto de la población con características similares.

El cuidado profesional de enfermería, tal como mencionaba Watson, debe fundamentarse en el cuidado humanizado como elemento esencial, el que solo se puede manifestar de manera eficaz por medio de la satisfacción de necesidades basadas en los valores humanos fundamentales como la amabilidad, empatía, apoyar el entorno de sanación singular de cada usuario que comprende a su familia, creencias, espiritualidad; reconociendo la importancia de la fe y esperanza, permitiendo la expresión de sentimientos, tanto positivos como negativos, de modo que se fomente y priorice una verdadera relación de cuidado y de ayuda-confianza , ya no basada solo en conocimientos biomédicos, sino más bien enfocada en una mirada holística.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. López J. La humanización del cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. En: Montenegro Mora LA, editor del libro. Tercer Congreso Internacional Cuidado de la Salud. 1° ed. Colombia: Unimar; 2016. p. 171-176.
2. Santana J, Bauer AE, Minimisava R, Queiroz A, Gomes MR. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Rev Latino-Am. 2014; 22 (3): 454-60.
3. Landman C, Canales S, Garay V, García P, López C, Pérez J. Cuidado Humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencia en un hospital de Quillota, Chile. Enfermería (Montev). 2014; 3 (2): 12-22.
4. Milos P, Bórquez B, Larrain Sundt AI. La "gestión del cuidado" en la legislación chilena (ii) estado actual. Cienc Enferm. 2011; 17 (3): 23-33.
5. Aguayo F, Mella R. Significado práctico del concepto gestión del cuidado en las enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en salud. Cienc Enferm. 2015; 21 (3): 73-85.
6. Miranda P, Monje P, Oyarzún J. Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto, Hospital Base Valdivia, tercer trimestre 2014. [Tesis para optar al grado de licenciado] [Investigación no publicada]; Valdivia, 2014.
7. Ruiz Montes PY, Romero Quechol G, Trejo Franco J, Martínez Olivares M, Cuevas Cancino JJ. Satisfacción del adulto mayor con el cuidado de enfermería en un hospital de segundo nivel. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015; 23(1): 37-42.
8. Senama.cl, Política Integral de envejecimiento positivo para Chile 2012-2020. [Sede Web]. Senama.cl; [Acceso el 15 de Octubre 2016]. Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/PIEP-2012-2025.pdf>.

9. Senama.cl, Casen 2013: Adultos Mayores aumentan y senama se fortalece [Sede Web]. Santiago: Senama.cl; 2015- [Acceso el 15 de Octubre 2016]. Disponible en: http://www.senama.cl/n5729_15-03-2015.html.
10. Senama.cl, Caracterización de personas mayores de la región del Bío-Bío. [Sede Web]. Concepción: Senama.cl; [Acceso el 15 de Octubre 2016]. Disponible en: <http://www.senama.cl/biobio.html>.
11. Borré Ortiz YM, Vega Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. Cienc Enferm. 2014; 20 (3): 81-94.
12. Who.int, Atención primaria de salud. [Sede Web]. Who.int. [Acceso el 04 de Octubre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/.
13. Bass del Campo, Camilo. Modelo de Salud Familiar en Chile y mayor resolutiveidad de la Atención Primaria de Salud: ¿Contradictorios o complementarios? Medwave. 2012; 11: 55- 71.
14. Ministerio de Salud, Orientación técnica para la atención de salud de las personas adultas mayores en atención primaria. Santiago de Chile: 2014.
15. Ssmn.cl, Atención Primaria. [Sede Web]. Ssmn.cl. [Acceso el 04 de Octubre de 2016]. Disponible en: http://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php.
16. Senama.cl, CASEN 2013: El 16,7% de la población del país es adulto mayor. [Sede Web]. Servicio Nacional del Adulto Mayor; Marzo de 2015 [Acceso el 04 de Octubre de 2016]. Disponible en: http://www.senama.cl/n5730_16-03-2015.html.
17. BCN.cl, Personas mayores en Chile, salud y bienestar. [Sede Web]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [Actualizado en Julio 2015, acceso el 04 de Octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.bcn.cl/observatorio/americas/noticias/personas-mayores-en-chile-salud-y-bienestar>.

18. Minsal.cl, Enfermedades No Transmisibles. [Sede web]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. [Actualizado el 24 de Septiembre de 2015; Acceso el 14 de Diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/enfermedades-no-transmisibles/>.
19. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública. Programa Nacional de Salud de las personas Adultas Mayores. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2014.
20. Portalgeriátrico.com.ar, Rol de enfermería en la atención primaria de la salud de los ancianos. [Sede Web]. Argentina: Portalgeriátrico.com.ar.; [Acceso el 04 de Octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.portalgeriatrico.com.ar/detallenotas.asp?clase=Enfermer%EDa&Id=2049>.
21. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la planificación y programación en red. 2016; 1-96.
22. Espinosa A, Enríquez C, Leiva F, López M, Castañeda L. Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería. Cien Enf. 2015; 21 (2): 39-49.
23. Salgado J, Valenzuela S, Sáez K. Comportamientos del cuidado percibidos por estudiantes de enfermería y receptores del cuidado. Cien Enf. 2015; 21 (1): 69-79
24. Watson J. Ponencia del primer Congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua [Acceso el 04 de octubre de 2016]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson. Comentado en: Revista Actualizaciones en Enfermería. 2007; 10(4): 15-21.
25. Ceballos Vásquez P. Desde los ámbitos de la enfermería, analizando el cuidado humanizado. Cien Enf. 2010; 16 (1): 31-35.

26. Espinoza L, Huerta K, Pantoja J, Velásquez W, Cubas D, Ramos A. El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital Es Salud Huacho, Octubre de 2010. *Cien Des.* 2011; 13 (5): 53-61.
27. Demre.cl, Universidades del consejo de rectores. [Sede web]. Demre.cl. [Acceso el 04 de Octubre de 2016]. Disponible en: <http://psu.demre.cl/proceso-admision/universidades-participantes/universidades-consejo-de-rectores>.
28. Rivera L, Triana A. Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. *Av Enferm.* 2007; 25 (1): 56-68.
29. Romero E, Contreras I, Pérez Y, Moncada A, Jiménez V. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. Cartagena, Colombia. *Rev Cienc Biomed.* 2013; 4 (1): 60-68.
30. García Moyano L. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. *Acta bioeth.* 2015; 21(2): 311-317.
31. Diccionario de la lengua española. 22^a ed. México: Espasa Calpe, SA; 2001. Cuidado; p. 710.
32. Moreno Fergusson ME. Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. *Aquichan.* 2013; 13(2):146-147.
33. Santamaría NP, García LE, Sánchez Herrera B, Carrillo GM. Percepción del cuidado de enfermería dado a los pacientes con cáncer hospitalizados. *Rev Latinoam Bioet.* 2016; 16(1): 104-127.
34. Lenis Victoria C, Manrique-Abril F. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Aquichan.* 2015; 15 (3): 413-425.
35. García C, Martínez M. Historia de la enfermería. Evolución histórica del Cuidado Enfermero. Madrid, España: Elsevier; 2001.
36. Vesga G, Lucy M. Evolución del cuidado: de curanderas a enfermeras. *Rev Cuidarte.* 2012; 3 (1): 410-415.

37. Acosta A, Mendoza C, Morales K, Quiñones A. Percepción del paciente hospitalizados sobre el cuidado humanizado brindado por enfermería en una IPS de tercer nivel. [Tesis para optar al grado de licenciado] [Investigación no publicada]; Cartagena de Indias, 2013.
38. Olivé Ferrer C. Cuidado humanístico y transpersonal: esencia de la enfermería en el siglo XXI. *Fundamentos disciplinares. Salus.* 2015; 19(3): 20-26.
39. Gonzáles Baldarrago K. Satisfacción de los pacientes sobre el cuidado humanizado de la enfermera en Sala de Observación del Servicio de Emergencia del Hospital General María Auxiliadora Lima-Perú. [Trabajo de investigación para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres] [Investigación no publicada]; Lima- Perú, 2014.
40. Poblete M, Valenzuela S, Merino J. Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la Teoría de Jean Watson. *Aquichan.* 2012; 12 (1): 8-21.
41. Gómez O, Daza L, Zambrano V. Percepción del cuidado en estudiantes de enfermería: caracterización e impacto para la formación y la visión del ejercicio profesional. *Av enferm.* 2008; 26(1): 85-96.
42. Hermosilla Ávila A, Mendoza Llanos R, Contreras Contreras S. Instrumento para valoración del cuidado humanizado brindado por profesionales de enfermería a personas hospitalizadas. *Index Enferm* 2016; 25(4)
43. Salgado París J. Comportamientos del cuidado según percepciones de estudiantes, receptores del cuidado y factores asociados. [Tesis para optar al grado de doctor] [Investigación no publicada]; Concepción, 2013.
44. Watson J. *Caring science as sacred Science.* 1° ed. Philadelphia: FA Davis; 2005.

45. Urra M E, Jana A A, García V M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Cienc. enferm.* 2011; 12 (3): 11-22.
46. Marriner Tomey A, M. Neil R. Jaen Watson: Filosofía y ciencia del cuidado. En: Marriner Tomey A, M. Neil R, editores del libro. *Modelos y teorías en enfermería.* 6° ed. España: Elsevier España S.A; 2007. p. 91-115.
47. Watson J. *Watson theory of human caring and subjective living experiences: Carative factors/caritas process as a disciplinary guide to the professional nursing practice.* *Text Cont Enf* 2007; 16(1): 129-135.
48. Watson J. *The theory of human caring: retrospective and prospective.* *Nurs Sc Quart* 1997; 10 (1): 49-52.
49. Marriner A, Raile M. *Modelos y Teorías en Enfermería.* 8ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2015.
50. Senama.cl, Glosario gerontológico [Sede web]. [Acceso 13 de Noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.senama.cl/filesapp/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf.
51. Ministeriodedesarrolsocial.gob.cl, Informe de política social [Sede Web]. 2012. [Acceso 09 de Noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.ministeriodesarrolsocial.gob.cl/ipos2012/media/ipos_2012_pp_186-205.pdf.
52. Medwave.cl, Atención Primaria de Salud: concepto u otopía [Sede web]. Medwave.cl. [Actualizado en Abril de 2013, Acceso 13 de Noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Comentario/5667>.
53. Bibliotecaminsal.cl, Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la red de atención de salud [Sede web]. [Actualizado en Marzo de 2016, Acceso 13 de Noviembre de 2016].

- Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>.
54. Minsal.cl, Enfermedades No Transmisibles. [Sede Web]. Santiago, Chile; 2015 [acceso 05 de abril 2017] Disponible en: <http://www.minsal.cl/enfermedades-no-transmisibles/>.
 55. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud Para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. [Sede Web] 2011. [acceso el 5 de abril de 2017]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>.
 56. Minsal.cl, Programa Salud Cardiovascular: Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes [Sede Web] 2002. [acceso el 5 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/ici/%20padulto/doc/Reorientacion%20de%20los%20Programas%20de%20Hipertension%20y%20Diabetes.pdf>.
 57. Gobierno de Chile, SEREMI de Salud Biobío. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 Región del Biobío. [Sede Web] 2009. [acceso el 05 de abril 2017] Disponible en: http://www.seremidesaludbiobio.cl/epidemiologia/archivos/ens_analisis_regional.pdf.
 58. Rojas P, Montero J, Moore P. Hipertensión Arterial. Temas de Medicina Ambulatoria. [Sede Web]. [Acceso el 5 de abril de 2017]. Disponible en: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/MedAmb/HipertensionArterial.html>.
 59. Ministerio de salud. Guía clínica hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más. Santiago: MINSAL, 2009.
 60. Ministerio de salud. Guía clínica diabetes mellitus tipo 2. Santiago: MINSAL, 2010.
 61. Normas técnicas. Dislipidemia. Santiago: MINSAL, 2000.

62. Soares A, Tadeu de J. Cuidado humanizado na atenção primária à saúde: demanda por serviços e atuação profissional na rede de atenção primária à saúde – Fortaleza, Ceará, Brasil. Rev Port Sau Pub. 2014; 32(1): 61-68.
63. Bautista LM, Parra EL, Arias KM, Parada KJ, Ascanio KA, Villamarin MI. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4°.
64. Arruda C, Silva D. Acolhimento e vínculo na humanização do cuidado de enfermagem às pessoas com diabetes mellitus. Rev. bras. enferm. 2012; 65(5): 758-766.
65. Santos Heredero F, Rodríguez Arias CA, Rodríguez Ballesteros R. Metodología Básica de Investigación en Enfermería. 1° edición. Madrid: Díaz de Santos, S.A; 2004.
66. Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975; 12: 189-98.
67. Icaza M, Albala C. Minimental State Examination (MMSE) del estudio de demencia en Chile: análisis estadístico. Washington: Organización Panamericana de Salud; 1999.
68. Sld.cu, Evaluación del estado mental y emocional del Adulto Mayor. [Sede Web]. [Acceso el 30 de marzo 2017]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo4.pdf>
69. Minsal.cl, Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. [Sede Web]. Minsal.cl; [Acceso el 30 de marzo 2017]. Disponible en: web.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf
70. Gómez PE, González PV, Morales CM, Navarrete JA. Cuidado humanizado de la atención de enfermería percibido por los cuidadores familiares de pacientes que pertenecen al programa de alivio del dolor y cuidados

- paliativos del Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán 2016. [Tesis para optar al grado de licenciado] [Investigación no publicada]; Chillán, 2016.
71. Gómez Angulo C, Campo Arias A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univ Psychol*. 2011; 10 (3): 735-743.
 72. Minsal.cl, Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. Programa de Salud del Adulto Mayor. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud de Chile. [Sede Web]. Minsal.cl; [Acceso el 09 de noviembre 2016]. Disponible en: web.minsal.cl/portal/url/item/ab1f81f43ef0c2a6e04001011e011907.pdf.
 73. Hoyl M T, Valenzuela A E, Marín L PP. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Rev méd Chile*. 2000; 128 (11): 1199-1204.
 74. Leychile.cl, Ley 20.120; Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. [Sede Web]. Chile: Leychile.cl; 2006- [Acceso el 28 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=253478>.
 75. Wma.net, Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Sede Web]. Asociación Médica Mundial. [Actualizado en Mayo 2015; acceso el 22 de Noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>.
 76. Leychile.cl, Sobre protección de la vida privada. [Sede Web]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [Acceso el 22 de Noviembre de 2016]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=141599>.
 77. Leychile.cl, Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. [Sede Web]. Biblioteca del Congreso Nacional

- de Chile. [Acceso el 22 de Noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=253478>.
78. Leychile.cl, Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. [Sede Web]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. [Acceso el 22 de Noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>.
79. Taucher, E. Bioestadística. Primera edición. Santiago de Chile; Editorial Universitaria; 1997.
80. Datosmacro.com, Población en Chile [Sede Web]. 2015-[Acceso el 29 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.datosmacro.com/demografia/poblacion/chile>.
81. Minsal.cl, Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores Minsal 2014 [Sede Web]. 2014-[Acceso el 30 de mayo de 2017]. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf.
82. Ministerio de desarrollo social.gob.cl, Envejecimiento [Sede Web]. 2012-[Acceso el 29 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ipos2012/media/ipos_2012_pp_186-205.pdf.
83. Leychile.cl, Reforma previsional [Sede Web]. 2008-[Actualizada el 28 de abril del 2017; acceso el 29 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=269892>.
84. Brenes, G. Factores socioeconómicos asociados a la percepción de situación socioeconómica entre adultos mayores de dos países latinoamericanos. Ciencias Económicas. 2013; 31 (1): 153-167.

85. Senama.cl, Chile y sus adultos mayores 2013 [Sede Web]. 2014-[Acceso el 29 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/Chile%20y%20sus%20mayores%202013,%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida.pdf>.
86. Ministeriodedesarrollosocial.gob, Adulto Mayor, Casen 2011 [Sede Web]. 2012-[Acceso el 29 de mayo de 2017]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/publicaciones/2011/RESULTADOS_ADULTO_MAYOR.pdf.
87. Senama.cl, Estadísticas sobre las personas adultas mayores: un análisis de género [Sede Web]. 2005-[Acceso el 30 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_Estadisticas_sobre_PM-analisis.
88. Expansiva.cl, Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores en Chile [Sede Web]. [Acceso el 06 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.expansiva.cl/media/en_foco/documentos/08072008171918.pdf.
89. Zabagueli A. El rol del profesional en enfermería. Rev Aquichan. 2003; 3(3): 16-20.
90. Seclén-Palacin J, Darras C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Rev Redalyc. 2005; 66 (2): 127-142.
91. Durá E, Garcés J. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. Rev psicología social. 1991; 6 (2): 257-271.
92. Matud P, Carballerira M, Lopéz M, Marrero R, Ibañez I. Apoyo social y salud: un análisis de género. Saludmental [Sede web] 2002 abril. [Acceso: 30 de mayo 2017]; 25(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2002/sam022e.pdf>.
93. Herrera S, Kornfeld R. Relaciones familiares y bienestar de los adultos mayores en Chile. 2008; 131.

94. Psicomed.net, Trastornos del estado del ánimo [Sede Web]. [Acceso el 06 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv6.html>.
95. Diccionario de la lengua española. 22^a ed. México: Espasa Calpe, SA; 2001. Edad; p. 862.
96. Diccionario de la lengua española. 22^a ed. México: Espasa Calpe, SA; 2001. Sexo; p. 2058.
97. Inee.edu.mx, Escolaridad media de la población. [Sede Web]. México: Inee.edu.mx; 2008. [Actualizado en marzo de 2010; acceso en octubre de 2016]. Disponible en: http://www.inee.edu.mx/bie/mapa_indica/2010/PanoramaEducativoDeMexico/CS/CS03/2010_CS03__a-vinculo.pdf.
98. Registrocivil.cl, Preguntas frecuentes/matrimonios [Sede Web]. Santiago de Chile: Registrocivil.cl; [Acceso el 04 de Octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.registrocivil.cl/PortalOI/>.
99. Definiciónabc.com, Definición de ingreso familiar [Sede Web]. [Acceso el 04 de Octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/economia/ingreso-familiar.php>.
100. Rae.es, Familia [Sede Web]. [Acceso el 04 de Octubre de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=HZnZiow>.
101. Diccionario de la lengua española. 22^a ed. México: Espasa Calpe, SA; 2001. Ocupación; p. 1609.
102. Escobar MC, Obreque A. Implementación del enfoque de riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular. Santiago: Minsal, 2009.
103. Natera G, González C. Sintomatología depresiva leve y enfermedad depresiva. Salud mental. 2012; 35(1): 1-2.

VI. ANEXOS

Anexo N° 1. Definición nominal y operacional de variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Cuidado Humanizado de la atención de enfermería.	Expresión del acto de cuidado en la que se concibe integralmente al individuo, la familia y la colectividad; reconociendo la dignidad y condición humana del otro, respetando los principios éticos; a través de una comunicación asertiva y efectiva (22).	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca • A veces • Regularmente • Casi siempre • Siempre

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Variables Sociodemográficas	Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (95).	Años cumplidos hasta el momento de levantar los datos.
	Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas (96).	<ul style="list-style-type: none"> • Hombre • Mujer
	Escolaridad	Promedio de grados que la población, en un grupo de edad, ha	<ul style="list-style-type: none"> • Básica completa

		aprobado dentro del sistema educativo (97).	<ul style="list-style-type: none"> • Básica • incompleta • Media completa • Media incompleta • Superior completa • Superior incompleta • Sin estudios.
	Estado Civil	El estado civil es el lugar permanente que ocupa una persona en la sociedad que depende de sus relaciones de familia y que lo habilita para ejercer derechos y contraer obligaciones (98).	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero/a • Casado/a • Divorciado/a • Viudo/a • Conviviente Civil.
	Percepción de la situación económica	Percepción de todos aquellos ingresos económicos con los que cuenta una familia, incluye sueldo de todos los miembros de la misma (99).	<p>Usted diría que su situación económica le permite:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vivir desahogadamente

			<ul style="list-style-type: none"> • Atender sus necesidades básicas • No le permite atender sus necesidades básicas.
	Número de personas con las que vive	Cantidad de personas que viven juntas (100).	<ul style="list-style-type: none"> • Vive solo • Vive con una persona • Vive con dos personas • Vive con tres o más personas
	Ocupación	Trabajo empleo, oficio. (101).	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajador independiente • Trabajador dependiente • Jubilado/Pensionado
VARIABLES DE SALUD	Número de patologías del PSCV.	Cantidad de patologías del PSCV que presenta una persona - Hipertensión, Diabetes y/o Dislipidemia- (102).	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta 1 patología • Presenta 2 patologías. • Presenta 3 patologías.

	<p>Sintomatología depresiva</p>	<p>Sentimientos de tristeza, resultado de la vida cotidiana, que invade al ser humano ordinario, y que genera un dolor emocional caracterizado por sentimientos de desventaja, pérdida, desesperación, desesperanza, enojo, miedo, disgusto, incertidumbre y rabia (103).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 0-5 Sin depresión • 6-9 Depresión leve • Más de 10 Depresión establecida.
--	---------------------------------	---	---

Anexo N° 2. Cuestionario de caracterización sociodemográfica y de salud.

Estimado Usuario, el siguiente cuestionario tiene por finalidad conocer sus antecedentes personales y de salud que serán útiles en desarrollo de nuestra investigación. La información que usted nos provea será tratada de forma anónima y confidencial. Por favor, conteste en el espacio asignado marcando con una X o escribiendo la información solicitada según corresponda.

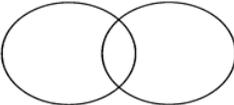
1. Sexo	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre
2. Edad	<input type="text"/> Años	
3. Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Conviviente Civil
4. Escolaridad	<input type="checkbox"/> Básica Incompleta <input type="checkbox"/> Media Incompleta <input type="checkbox"/> Superior Incompleta <input type="checkbox"/> Sin Estudios	<input type="checkbox"/> Básica Completa <input type="checkbox"/> Media Completa <input type="checkbox"/> Superior Completa
5. Percepción de la situación económica	<input type="checkbox"/> No le permite atender adecuadamente sus necesidades básicas	
Ud. diría que su situación económica le permite:	<input type="checkbox"/> Atender sus necesidades básicas	
	<input type="checkbox"/> Vivir desahogadamente	

6. Ocupación Trabajador Trabajador
 Independiente Dependiente
 Jubilado/Pensionado

7. Número de personas con las que vive Personas

8. ¿Presenta usted diagnóstico médico de alguna de las siguientes enfermedades? Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus
 Dislipidemia

Anexo N°3. Evaluación Cognitiva Mini-Mental State Examination —MMSE— abreviado.
EVALUACION COGNITIVA (MMSE ABREVIADO)

<p>1. Por favor, dígame la fecha de hoy.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Anote un punto por cada respuesta correcta </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 15%;">BIEN</th> <th style="width: 15%;">MAL</th> <th style="width: 15%;">N.S</th> <th style="width: 15%;">N.R</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Día mes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Año</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Día semana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>N.S = No sabe N.R = No responde</p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>		BIEN	MAL	N.S	N.R	Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Día semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	BIEN	MAL	N.S	N.R																						
Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Día mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
Día semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<p>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer. </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 20%;">CORRECTA</th> <th style="width: 20%;">NO SABE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Número de repeticiones</p>		CORRECTA	NO SABE	Arbol	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Mesa	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Avión	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>													
	CORRECTA	NO SABE																								
Arbol	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																								
Mesa	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																								
Avión	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																								
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés:</p> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">1 3 5 7 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente. </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto. Ej: 9 7 5 3 1 = 5 puntos </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="width: 10%;">Respuesta Entrevistado</td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 30px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Respuesta Correcta</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">9</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">7</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">5</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">3</td> <td style="text-align: center; font-weight: bold;">1</td> </tr> </tbody> </table> <p>N° de dígitos en el orden correcto ↓</p> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>	Respuesta Entrevistado	<input style="width: 30px;" type="text"/>	Respuesta Correcta	9	7	5	3	1																	
Respuesta Entrevistado	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>																					
Respuesta Correcta	9	7	5	3	1																					
<p>4. Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente. </div>	<p>Ninguna acción 0</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Correcto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Toma papel con la mano derecha</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Dobla por la mitad con ambas manos</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Coloca sobre las piernas</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>		Correcto	Toma papel con la mano derecha	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Dobla por la mitad con ambas manos	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Coloca sobre las piernas	<input style="width: 40px;" type="text"/>																	
	Correcto																									
Toma papel con la mano derecha	<input style="width: 40px;" type="text"/>																									
Dobla por la mitad con ambas manos	<input style="width: 40px;" type="text"/>																									
Coloca sobre las piernas	<input style="width: 40px;" type="text"/>																									
<p>5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud., repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0; text-align: center;"> Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden. </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 20%;">CORRECTO</th> <th style="width: 20%;">INCORRECTO</th> <th style="width: 20%;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbol</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Mesa</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Avión</td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>		CORRECTO	INCORRECTO	NR	Arbol	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Mesa	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	Avión	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>									
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																							
Arbol	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																							
Mesa	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																							
Avión	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																							
<p>6. Por favor copie este dibujo:</p> <p>Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad. Contabilice un punto si el dibujo está correcto.</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">  </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 20%;">CORRECTO</th> <th style="width: 20%;">INCORRECTO</th> <th style="width: 20%;">NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">TOTAL = <input style="width: 30px;" type="text"/></p>		CORRECTO	INCORRECTO	NR		<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																	
	CORRECTO	INCORRECTO	NR																							
	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>																							
<p style="text-align: center;">Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6</p>	<p style="text-align: center;">Suma total = <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p style="text-align: center;">El puntaje máximo obtenible es de 19 puntos.</p> <p style="text-align: center;">Normal = ≥14 Alterado = ≤13</p>																									

Anexo N°4. Escala de valoración del Cuidado Humanizado brindado por Profesionales de Enfermería —EVCH-EP—.

Estimado usuario/a: Las siguientes preguntas están relacionadas con procedimientos y cuidados que usted ha recibido de parte del profesional de enfermería de este centro de salud familiar, por lo que no debe considerar las labores realizadas por otros profesionales médicos, paramédicos, psicólogo u otro.

La siguiente encuesta es anónima, por lo que le solicitamos que responda de la manera más honesta posible.

1	2	3	4	5
Nunca	A veces	Regularmente	Casi siempre	Siempre

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO BRINDADO POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA					
PREGUNTAS	1	2	3	4	5
1. Recibe un trato amable de parte de la enfermera/o.					
2. Siente que la actitud de la enfermera tiene un efecto positivo en usted.					
3. Siente que la enfermera/o al cuidarlo le entrega algo de sí mismo.					
4. Siente que la enfermera/o al cuidarlo le entrega algo propio que las distingue de otras.					

5. La enfermera/o ha considerado sus preferencias religiosas o espirituales en la atención brindada.					
6. Siente que las acciones de enfermera/o ayudan a fortalecer su fe.					
7. Siente que la enfermera/o al cuidarlo le transmite esperanza (formas de sentirse mejor).					
8. Siente que tiene una relación cercana con la enfermera/o.					
9. Siente que la enfermera/o se conmueve con su situación de salud.					
10. La enfermera/o sabe cómo usted se siente y le consulta al respecto.					
11. Siente que la comunicación con la enfermera es verdadera.					
12. Usted puede identificar cómo se siente la enfermera y manifestarlo con confianza.					
13. La enfermera es capaz de saber cómo se siente usted.					
14. Puede expresarle a la enfermera/o sus sentimientos.					
15. Siente una confianza mutua entre la enfermera/o y usted.					
16. La enfermera/o se pone en su lugar cuando usted expresa lo que siente.					
17. La enfermera/o favorece o permite que usted exprese sus sentimientos.					
18. La enfermera/o le da tiempo para que usted exprese sus emociones.					
19. Siente que la enfermera/o lo escucha más allá de lo que le pasa con su enfermedad.					

20. Siente que la enfermera acepta lo que a usted le pasa.					
21. Siente que el cuidado entregado por la enfermera/o es organizada y basada en conocimientos.					
22. Siente que los procedimientos que se le realizan son adecuados a su manera de ser.					
23. Siente que los cuidados que se le proporcionan es diferente a lo entregado a los demás personas.					
24. Le han informado o educado respecto a los cuidados que le entregan.					
25. Se le consulta su opinión en los procedimientos que se le realizan.					
26. Conoce la razón de los cuidados que se le proporcionan.					
27. Reconoce cuál es su participación y qué importancia tiene usted en los cuidados otorgados.					
28. Siente que se le ha incluido a usted y a su entorno (familia) en sus cuidados de salud.					
29. Siente que ha recibido un trato digno, que resguarda su integridad.					
30. Siente que se apoya con respeto a su personalidad y cuerpo.					
31. Siente que la enfermera/o trabaja para satisfacer sus necesidades físicas.					
32. Siente que la enfermera/o se preocupa de sus necesidades sociales.					
33. Siente que la enfermera/o incorpora en los cuidados sus necesidades espirituales.					
34. La enfermera/o le ayuda a entender porque está en esa condición, lugar o estado.					

35. Logra comprender el significado de su vida por medio de la comunicación con la enfermera.					
36. La enfermera/o lo ayuda a comprenderse mejor a sí mismo y los demás.					

Anexo N°5: Puntajes de EVCH-EP según dimensiones.

RESULTADO	CLASIFICACIÓN SEGÚN PUNTAJE			
	Cuidado no Humanizado o Inaceptable	Cuidado Humanizado Deficiente	Cuidado Humanizado Aceptable	Cuidado Humanizado Óptimo
Escala global	36 a 136	137 a 151	152 a 161	162 a 180
Según Dimensiones				
1. Vivencia de la enfermedad	8 a 30	31 a 34	35 a 37	38 a 40
2. Procedimientos y cuidados	8 a 30	31 a 34	35 a 37	38 a 40
3. Relación profesional de enfermería – paciente	8 a 30	31 a 34	35 a 37	38 a 40
4. Enseñanza y aprendizaje	4 a 16	17 a 18	19	20
5. Expresión de sentimientos	4 a 16	17 a 18	19	20
6. Espiritualidad	2 a 7	8	9	10
7. Diferenciación del cuidado	2 a 7	8	9	10

Anexo N°6. Escala de depresión geriátrica de Yesavage.

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA
Yesavage**

Elija la respuesta que mejor describa como se ha sentido la última semana

<i>Preguntas</i>			<i>Respuesta</i>	<i>Puntaje</i>
*1 ¿Se considera satisfecho de su vida?	SI	NO		
2 ¿Ha ido abandonando muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO		
3 ¿Se aburre a menudo?	SI	NO		
4 ¿Siente que su vida esta vacía?	SI	NO		
*5 ¿Esta de buen animo la mayor parte del tiempo?	SI	NO		
6 ¿Tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo?	SI	NO		
*7 ¿Esta contento la mayor parte del tiempo?	SI	NO		
8 ¿Se siente a menudo desvalido?	SI	NO		
9 ¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	SI	NO		
10 ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	SI	NO		
*11 Piensa que es maravilloso estar vivo?	SI	NO		
12 ¿Se siente muy inútil como está en este momento?	SI	NO		
*13 ¿Se siente lleno de energías?	SI	NO		
14 ¿Siente su situación como sin esperanzas?	SI	NO		
15 ¿Cree que la mayoría esta mejor que usted?	SI	NO		
PUNTAJE TOTAL				

Puntuación: Un punto cuando responde "NO" a las respuestas marcadas con asterisco.
Un punto cuando corresponda "SI" al resto de las preguntas.

Escala: Normal **0-5**
Depresión Leve **6-9**
Depresión Establecida **> 10**

Anexo N°7. Autorización Director CESFAM de Pinto.



OFICIO N°56
MAT.: lo que indica.
FECHA: 04 de abril del 2017.

DE : CRISTIAN MONTECINO ZUÑIGA
DIRECTOR CESFAM PINTO

PARA: PAMELA MONTOYA CACERES
DIRECTORA ESCUELA DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DEL BÍO BÍO

Junto con saludar, informo a usted que he recibido su solicitud respecto a actividad de tesis, lo cual se autoriza para los estudiantes, Srta. Marjorie Duran Jarpa, Srta. Elizabeth Fernández Peña, Srta. Lissette Inostroza Garrido y Sr. Pedro Medina Ramírez, realicen tesis denominada "Percepción del Cuidado Humanizado de la atención de Enfermería recibida por Adultos Mayores en el Centro de Salud Familiar, Dr. Joel Arriagada Peña de Pinto".

Sin otro Particular, saluda atentamente



CRISTIAN MONTECINO ZUÑIGA
ODONTOLOGO
DIRECTOR CESFAM PINTO

CMZ/lib

Distribución:

- Indicada
- Archivo correspondencia despachada

Anexo N°8. Resolución Comité de Bioética de la Universidad del Bío-Bío.



Universidad del Bío-Bío

CERTIFICACION

El Comité de Bioética de la Universidad del Bío-Bío, presidido por el Dr. Sergio Acuña N. (Director de Investigación, Docente), con fecha 18 de Abril de 2017, ha revisado el Proyecto titulado "Percepción del Cuidado Humanizado de la Atención de Enfermería recibida por Adultos Mayores en el Centro de Salud Familiar Dr. Joel Arriagada Peña, Pinto 2017", que está siendo realizado por las estudiantes de 5º año de la carrera de Enfermería, Marjorie Durán Jarpa, R.U.T.: 18.856.372-4, Elizabeth Fernández Peña, R.U.T.: 18.858.541-7, Lisette Inostroza Gamido, R.U.T.: 18.468.376-8, Pedro Medina Ramírez, R.U.T.: 18.452.407-4, y guiado por la Mg. Sonia Contreras Contreras del Departamento de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

Este Comité basa lo que a continuación se señala, en la revisión de los documentos presentados por la Mg. Contreras:

1. Se ha tenido a la vista el documento de consentimiento informado que firmarán los participantes de la investigación.
2. La metodología utilizada, cuestionarios, no vulnera la dignidad de las personas involucradas, por lo tanto no constituye una amenaza bajo ninguna circunstancia ni causa daño emocional ni moral a los investigados.
3. Este comité garantizará el derecho a la privacidad y al anonimato de los sujetos de investigación.
4. El investigador y la académica establecen y garantizarán la confidencialidad de los datos de investigación, en los casos que así lo ameritan.
5. El Comité ha comprobado que la investigación cumple con el respeto a los derechos humanos de los participantes y se ajusta a estándares científicos y éticos propios de la disciplina y de la Institución, los modelos de consentimiento toman en consideración los elementos señalados, con las garantías que se otorgan a sujetos vulnerables.

La presente certificación se extiende para los fines que se estimen pertinentes.


Presidente
Comité Bioética

Universidad del Bío-Bío

Comité Asesor de Bioética y
Biosseguridad
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
Universidad del Bío-Bío

Sede Concepción

Avenida Colau N° 1302 Casilla 50 Formas (56-41) 261000 Formas/Fax: (56-41) 323 800 - VIII Región - Chile

Sede Chillán

Avenida Andrés Bello en Casilla 407 Formas/Fax: (56-42) 253000 / Departamento Ciencias Básicas Form: 263048 - VIII Región - Chile

E-mail: abb@ubibio.cl

www.ubibio.cl

Anexo N°9. Consentimiento informado.

Consentimiento Informado

Estimado participante:

Marjorie Viviana Durán Jarpa, RUT 18.856.372-4; Elizabeth Rocío Fernández Peña, RUT 18.856.541-7; Lissette Dayana Inostroza Garrido, RUT 18.468.376-8; y Pedro Antonio Medina Ramírez, RUT 18.452.407-4, estudiantes de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, están realizando la investigación titulada: **“Percepción del Cuidado Humanizado de la Atención de Enfermería recibida por Adultos Mayores pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular en el Centro de Salud Familiar Dr. Joel Arriagada Peña, Pinto 2017”**, siendo dirigida por la académica **E.U. Sonia Contreras Contreras** del Departamento de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

El objetivo del estudio es describir la percepción del cuidado humanizado de la atención de enfermería recibida por adultos mayores pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular en el Centro de Salud Familiar Dr. Joel Arriagada Peña. Su participación consiste en contestar cuestionarios sobre Caracterización Sociodemográfica y de Salud, Evaluación Cognitiva Minimental State Examination —MMSE—, Escala de Depresión Geriátrica Yesavage y la Escala de Valoración del Cuidado Humanizado brindado por Profesionales de Enfermería —EVCH-EP—. Es muy importante que conteste estos 4 cuestionarios por una sola vez. Esto le tomará aproximadamente de 25 a 35 minutos.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad. Su nombre no será utilizado y la información será sólo almacenada por los investigadores en dependencias institucionales, no existiendo copias de ésta. Esta información será sólo utilizada en esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación, por tanto, serán anónimas. Ningún

informe o publicación que se genere como resultado de ese estudio lo identificará de ninguna manera.

Participar en este estudio de investigación depende de usted. Puede decidir no participar o abandonar el estudio en el momento que usted lo decida, incluso posterior al inicio del estudio. Por ello, NO recibirá ninguna penalización ni perderá los beneficios de salud que recibe actualmente ni los que tengan derecho a recibir.

El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con la académica **Sonia Contreras Contreras**, al fono **(42)-2463226** o al correo **socontreras@ubiobio.cl**

Este consentimiento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del participante.

Si desea contactarse con el Comité de Bioética y Bioseguridad de la Universidad del Bío-Bío, debe dirigirse al Dr. Sergio Acuña Nelson, Presidente del Comité al email: **sacuna@ubiobio.cl**, teléfono (041) 3111633

Agradeciendo su participación, le saluda atentamente,

Marjorie Durán Jarpa
Elizabeth Fernández Peña
Lisette Inostroza Garrido
Pedro Medina Ramírez
Investigadores

ACEPTACIÓN

Yo, _____, he leído el procedimiento descrito arriba. Los investigadores me han explicado el estudio y han contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de los estudiantes de Enfermería sobre **“Percepción del Cuidado Humanizado de la Atención de Enfermería recibida por Adultos Mayores pertenecientes al Programa de Salud Cardiovascular en el Centro de Salud Familiar Dr. Joel Arriagada Peña, Pinto 2017”**
He recibido copia de este consentimiento.

Firma participante

Nombre y firma de la persona que obtiene el consentimiento

Nombre y firma del académico

Chillán, ___/___/2017