



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

***PROPUESTA METODOLOGICA PARA EVALUAR LA
PERCEPCION SOBRE CUIDADO HUMANIZADO EN
PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19***

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA
OPCIÓN TERMINAL:
ATENCIÓN AL ADULTO EN ESTADO
CRÍTICO.**

PRESENTA

**L.E. HEBLIN MARLEN NOLASCO
PÉREZ**

**DIRECTORA DE TESINA:
E.E.P. VIRIDIANA MARIELY SOLÍS DÍAZ**

CUERNAVACA, MOR. OCTUBRE 2023



Dedicatoria

Orfelina y Marcelo: Mis padres. Ustedes siempre han sido mi razón de ser y existir, cada día le he pedido a mi Dios me permita enorgullecerlos. Gracias a ustedes, a su esfuerzo, consejos y oraciones es por el que hoy, he podido llegar hasta aquí, los amo infinitamente.

Para ti Charly, por la paciencia, el respeto y el amor que siempre me das, pero en especial, durante este proceso de la especialidad.

Agradecimientos

Agradezco infinitamente a mi Dios, por amarme tanto y permitirme realizar cada uno de mis sueños y metas.

Agradezco a mis papás, por darme lo mejor de ellos, y permitirme honrarlos al concluir esta especialidad.

Agradezco a la Facultad de Enfermería por abrirme las puertas, y permitirme ser parte de la gran familia UAEM. Gracias a los docentes por los conocimientos compartidos, las enseñanzas y experiencias, los cuales llevo grabados y segura estoy, que me permitirán ser mejor profesional de enfermería, y brindar atención de calidad, y de calidez, pero sobre todo brindarles cuidado humanizado a mis pacientes.

Mi más grande agradecimiento personal y profesional a la maestra Viridiana, asesora de tesina. Gracias por caminar conmigo y recorrer con paciencia y dedicación cada capítulo realizado.

Resumen

Durante la pandemia de COVID-19 en 2020 los sistemas de salud tuvieron que reestructurar el manejo de la atención sanitaria, implementando la utilización del EPP, el cual creó una brecha física entre el enfermero y el paciente. La escasa información de las vías de transmisión, la mortalidad de la enfermedad, así como también el rápido contagio humano, hizo que la atención sanitaria fuera mecánica y desapegada del sentir de los pacientes. Los cuales desde el día uno de hospitalización, se encontraban en completo aislamiento. Motivo por el cual, en el presente trabajo de grado se realizó una investigación metodológica, para encontrar un instrumento adecuado, en el cual se pueda evaluar la percepción, respecto al cuidado humanizado, aplicable a escenarios hospitalarios COVID-19 y con medidas de aislamiento estricto.

Al implementar el instrumento de valoración, adaptado por González-Hernández, a las instituciones de salud receptoras de pacientes COVID-19, se podrá conocer la perspectiva sobre el cuidado humanizado recibido durante su estancia hospitalaria. Con los resultados obtenidos se identificarán las áreas de oportunidad, y trabajar en ellas para lograr atención humanizada a todos los pacientes, aun con medidas de aislamiento estricto.

Palabras clave: COVID-19, CUIDADO HUMANIZADO, ENFERMERIA, PERCEPCION, EPP.

Summary

During the COVID-19 pandemic in 2019, health systems had to restructure the management of health care, implementing the use of PPE, which created a physical gap between the nurse and the patient. The scarce information on the routes of transmission, the mortality of the disease, as well as the rapid human contagion, made health care mechanical and detached from the feelings of the patients. From day one of hospitalization, they were in complete isolation. Reason why, in this degree work, a methodological investigation was carried out, to find an adequate instrument, in which the perception can be evaluated, regarding humanized care, applicable to COVID-19 hospital scenarios and with strict isolation measures.

By implementing the assessment instrument, adapted by González-Hernández, to the health institutions receiving COVID-19 patients, the perspective on the humanized care received during their hospital stay will be known. With the results obtained, areas of opportunity will be identified and work on them to achieve humanized care for all patients, even with strict isolation measures.

Keywords: COVID-19, HUMANIZED CARE, NURS, PERCEPTION

INDICE

Introducción	1
Capítulo 1. Marco Teórico	5
1.1 Cuidado.....	5
1.2 Cuidado Humanizado	9
1.3 Deshumanización	12
1.4 Percepción.....	13
1.5 Virus SARS COV-2/COVID-19	16
1.6 Reconversión Hospitalaria.....	18
1.6.1 Críticas	19
1.6.2 De Apoyo	19
1.6.3 Gestión Hospitalaria	19
1.7 Aislamiento COVID-19.....	20
1.7.1 Equipo de Protección Personal.....	21
1.8 Equipo COVID-19	23
Capítulo 2. Planteamiento del Problema.....	24
2.1 Pregunta de Investigación	27
2.2 Justificación	28
2.3 Objetivos	34
2.4 General:.....	34
2.5 Específicos:	34
Capítulo 3. Propuesta de intervención.	35
3.1 Objetivo General	36
3.2 Objetivos Específicos.....	36
3.3 Participantes.....	37
3.4 Criterios de Inclusión.....	37
3.5 Criterios de Exclusión	37



3.6	Criterios de Eliminación.....	37
3.7	Lugar.....	37
3.8	Fecha.....	38
3.9	Aspectos Éticos.....	38
Capítulo 4.	Procedimiento.....	40
4.1	Fase de Preparación.....	40
4.2	Fase II: Ejecución.....	40
4.3	Fase III: Evaluación.....	40
Capítulo 5.	Cronograma de Actividades.....	42
Conclusiones.....		43
Referencias.....		46
Anexos.....		48
Instrumento de valoración.....		48
Consentimiento Informado.....		51

Introducción

En tiempos de COVID-19, preservar la vida fue el objetivo primordial. Al estar en alerta sanitaria mundial, las naciones perdieron cientos de miles de habitantes, debido a la mutación del coronavirus, por el mismo motivo, los Sistemas de Salud se vieron obligados a reestructurar su manera de trabajar e implementar medidas de aislamiento estricto en la atención sanitaria, ante la falta de información sobre la reciente enfermedad. Las medidas de contingencia fueron estrictas, los portadores o casos sospechosos de la enfermedad, al ingresar a los hospitales se sometían a cuarentena lejos de sus familias y de sus hogares, medida tomada por la escasa información existente sobre el medio de transmisión del virus.

Los sistemas de salud extranjeros, al propagarse la enfermedad colapsaron, debido a la magnitud de la rápida transmisibilidad del virus, México a diferencia, tuvo aproximadamente tres meses para prepararse ante la inminente pandemia y fue, gracias a las estrategias tomadas por el sistema de salud mexicano, que se pudo brindar atención a un mayor número de pacientes contagiados que lo requerían. Esto no significa que en México no existieron problemas para la atención de la salud, sino todo lo contrario, al intentar atender al mayor número de casos, el trabajo en los hospitales incrementó súbitamente y estrategias empleadas como el resguardo laboral, dejó a los hospitales sin el total de su base trabajadora.

El personal de enfermería fue el pilar esencial en la lucha contra el COVID-19, desde el inicio y hasta la fecha se ha mantenido en primera línea de atención. Durante la hospitalización en la atención de los pacientes, el personal de enfermería se vio en la necesidad de aprender a brindar cuidados con el uso de Equipo de Protección Personal (EPP) durante todas las jornadas laborales, para evitar la propagación del virus, mismo que dificultó la atención humanizada hacia los pacientes, durante el aislamiento en los hospitales. Una vez ingresados al hospital, el único

acompañamiento humano, además de los compañeros de habitación en días de cuarentena fue el personal de salud.

La disciplina de Enfermería, a pesar de experimentar miedo al contagio propio o el de ser el medio de contagio para sus familiares, estuvo presente en cada una de las etapas de la pandemia. Al realizar procedimientos invasivos, llevar a cabo protocolos y salvaguardar la salud de los pacientes, fue imposible al personal, evitar desencadenar sentimientos de angustia, miedo y/o estrés.

Teóricas como la Dra. Jean Margaret Watson, en su trabajo sobre el cuidado humanizado, incita a que enfermería no debe olvidar su rol dentro del equipo multidisciplinario, enfermería debe ver al paciente y brindarle cuidados necesarios en pro de recuperar su salud, espiritual, social, emocional y psicológica.

La percepción es la idea que se formula a través de las señales percibidas por parte de los sentidos, por lo tanto, la percepción que los pacientes tienen acerca del cuidado brindado por el personal, abocándose a enfermería es el resultado a los cuidados que enfermería ofrece hacia sus pacientes.

La pandemia trajo consigo, miedo, tristeza, sufrimiento, angustia y lamentablemente muerte para muchas personas, pero el tiempo de sufrir miedo debido al contagio terminó, gracias a que expertos de todo el mundo realizaron intensas investigaciones y pruebas, las cuales resultaron en una vacuna eficaz para combatir al virus.

Es tiempo de hacer una retrospectiva, e indagar sobre los errores y omisiones, así como realizar estudios cuantitativos y cualitativos con la finalidad de recabar la mayor información posible y aprender sobre las experiencias y malas prácticas que se pudieron cometer. El EPP en pandemia provocó una brecha física entre el personal de salud y el paciente, ahora con más de 2 años de experiencia en la utilización, específicamente el personal de enfermería ya tiene experiencia y práctica en el uso de EPP para poder proveer cuidado humanizado a los pacientes COVID-19.

El Dr., Hugo López Gatell, Subsecretario de prevención y promoción a la salud en México, al poner fin a la emergencia sanitaria por COVID-19, estableció un plan de gestión a largo plazo, ya que se considerará a la enfermedad a COVID-19 como una enfermedad endémica, con predominio en temporada de invierno (Secretaría de Salud, 2023). Motivo por el cual, es de suma importancia saber brindar cuidados humanizados a los pacientes portadores de esta enfermedad, y el mismo conocimiento servirá para la atención a los pacientes que por su patología requiera aislamiento estricto, como lo es: pacientes portadores de VIH en fases terminales, neumonía por estreptococo, rabia, herpes zoster en pacientes inmunodeprimidos y/o portadores de la bacteria *Acinetobacter baumannii* por mencionar algunos. En cuanto a las enfermedades, estas atacan el cuerpo, pero los pacientes son seres sintientes, que sufren, y cuidarlos emocional, intelectual, psicológico y socialmente, es parte del cuidado humanizado que la disciplina de enfermería está destinada a brindar.

Es de suma importancia para el avance científico de enfermería disponer de estudios e instrumentos que aporten información precisa, concisa y con validez que garanticen confiabilidad para su aplicación. Es por ello que el presente trabajo de investigación, se realizó una investigación sistemática en diferentes fuentes de información como, Google Académico, Scielo, Elsevier, Por mencionar algunos. Para la búsqueda de un instrumento validado respecto al cuidado humanizado. Que se pudiera adaptar y aplicar a los pacientes hospitalizados por COVID-19 y aplicable para las instituciones de salud de 2do y 3er nivel. Tras intensa búsqueda, se decidió utilizar el instrumento validado y abierto para la comunidad de investigación. “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería *PCHE clinicountry* 3ra versión” Adaptada, por Oscar Javier González Hernández (2014). Instrumento que determina el cuidado humanizado a través de tres categorías y evalúa con una confiabilidad del 0,98% en el Alfa de Cronbach, en relación con los ítems. Ya que fue el más adecuado para los fines del presente trabajo.

Es necesario recalcar, además que, en la actualidad, los estudios cualitativos respecto al cuidado humanizado en pacientes COVID-19, y/o aislamiento estricto son escasos, motivo por el cual es de suma importancia conocer la perspectiva del paciente, ya que el exceso de trabajo, en la mayoría de los escenarios no permite que el paciente exprese su sentir. Ahora bien, al obtener los resultados de cada área, se detectará en cuál o cuáles áreas son las de menor puntaje y hacer cambios necesarios, capacitaciones, trípticos informativos y/o reuniones de trabajo para así lograr el cuidado humanizado universal deseado.

Capítulo 1. Marco Teórico

1.1 Cuidado

Se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica (Báez H, Nava-Ramos C, 2009).

Se debe agregar que, la recuperación ante una enfermedad presente en el paciente es un trabajo de todo el equipo multidisciplinario de la salud, pero el personal de enfermería destina mayor esfuerzo, tiempo y dedicación al cuidado del enfermo poniendo como prioridad a la persona y no a la enfermedad.

Consideremos entonces que, en la disciplina de enfermería cuidar implica: atención oportuna, rápida y continua para el enfermo, visualizando como un ser integral. Ya que el cuidado constituye la esencia de su trabajo, el quehacer diario con los usuarios, apoyándolos en la recuperación de la salud física, social, emocional y psicológica. Por ello, la relación enfermera-paciente necesita ser un encuentro humanizado que debe tener como propósito, despertar la conciencia de la persona necesitada de cuidados.

Retomando la información de la teórica Nola Pender la cual creo un modelo de Promoción de la Salud (MPS) con el fin de dar un método para poder alcanzar el bienestar y potencial humano tomando en cuenta las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta, que llevan al individuo a participar o no en comportamientos en pro de recuperar la salud. En el cual a través de su esquema explica los factores que intervienen en la toma de decisiones de cada usuario (Aristizábal, Blanco, Sánchez, 2011).

Pender propone un diagrama en la cual expone las características, conocimientos y afectos específicos de la conducta, los cuales conllevan o no, en la recuperación de la salud.

El esquema está constituido por 3 columnas principales de izquierda a derecha.

Características y experiencias individuales: esta categoría se subdivide en dos conceptos.

Conducta previa relacionada la cual se refiere a experiencias anteriores que pudieron influir en la capacidad de comprometerse en la promoción de la salud. El segundo concepto habla sobre los Factores personales categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales que, según el enfoque de Pender son factores predictivos.

Cogniciones y afectos relativos a la conducta específica: los componentes de la segunda columna son centrales en el modelo y se relacionan con los conocimientos, sentimientos, emociones y creencias. El tercer concepto se considera como uno de los más importantes, dado que explica la importancia de la percepción del usuario y como este, afecta o beneficia en el proceso de salud-enfermedad.

El modelo expone seis conceptos principales:

- Beneficios percibidos por la acción
- Barreras percibidas para la acción
- Auto eficacia percibida (percepción de competencia sobre uno mismo de afrontación o aceptación)
- Afecto relacionado con el comportamiento (reacciones derivadas de pensamientos positivos o negativos)
- Influencias personales (Es más probable que los pacientes mejoren su estado de salud, si tienen un apoyo emocional por parte de sus seres queridos)

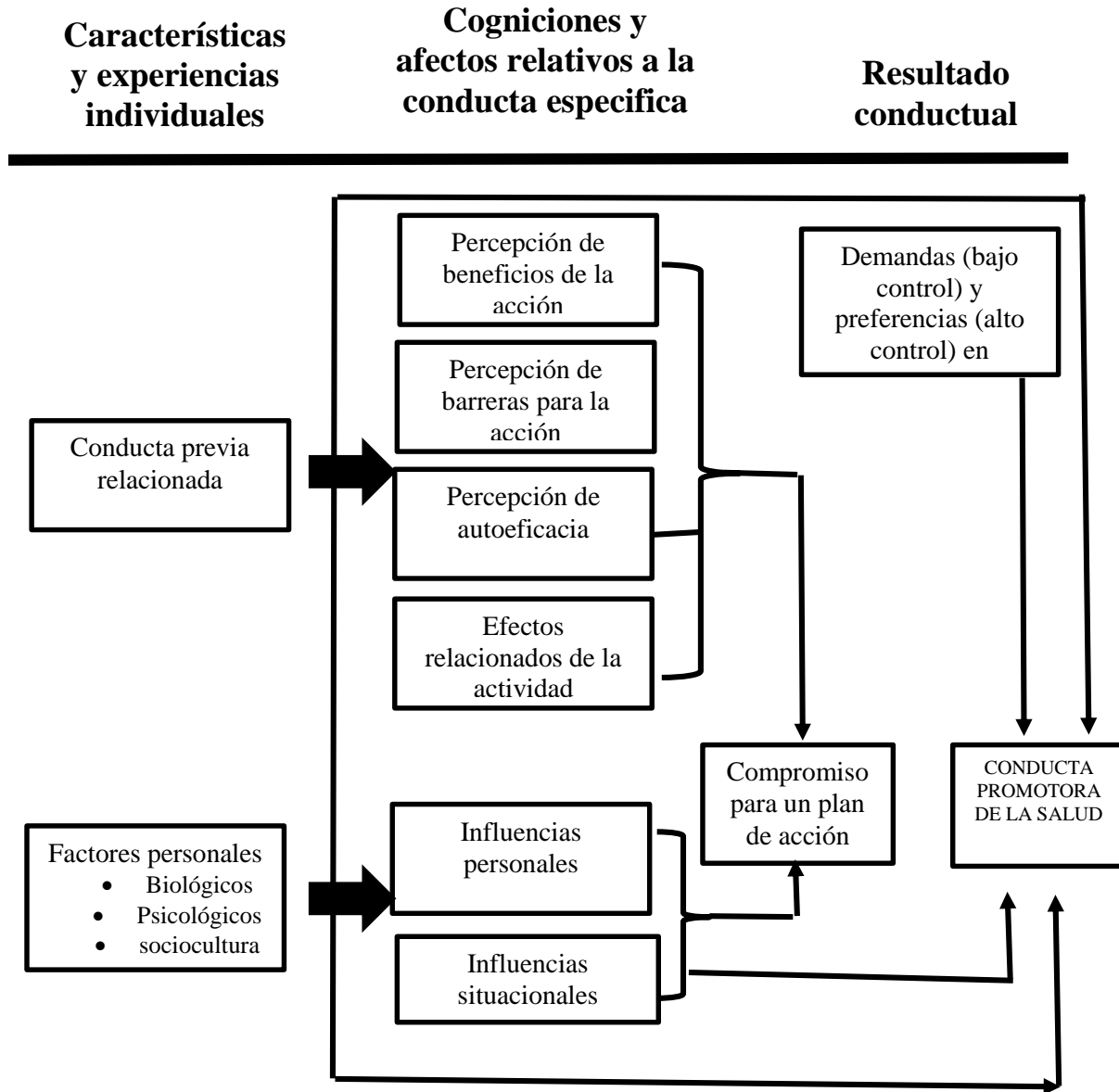
- Influencias situacionales en el entorno. Según como el usuario perciba su entorno, será el grado de compromiso que tendrá para recuperar su salud y/o aceptar su muerte.

Los componentes anteriores se relacionan e influyen en la toma de decisiones y de allí da lugar a la tercera columna del esquema:

Compromiso para un plan de acción: aquí influyen *demandas y preferencias contrapuestas* inmediatas de Bajo control como lo sería; el trabajo, la responsabilidad con la familia. Por otro lado, están las de alto control; como lo son acciones dirigidas a escoger algo

(Aristizábal, Blanco, Sánchez, 2011)

Figura 1



Nota. Reproducido de “Modelo de promoción de la salud” de Nola pender (2011)

1.2 Cuidado Humanizado

La Organización Mundial de la Salud (2019) Define *humanización* como: “Proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida.

La humanización es un imperativo ético que contribuye a salvaguardar la dignidad humana en armonía con la ética, la moral, los valores, los principios y la reglamentación deontológica que regulan las prácticas en un contexto de salud, entendiendo la dignidad como el valor único, insustituible e intransferible de toda persona humana (Carlosama, DM. Villota NG, 2019).

En cuanto al concepto, este nace ante la necesidad de brindar un servicio de calidad a la población por parte del personal de la salud, específicamente del personal de enfermería, ya que es quien destina mayor tiempo con el paciente. Por ello, se crearon competencias y deberes en la disciplina de enfermería para lograr atención al usuario sin ningún tipo de discriminación. Por otro lado, el incremento de la población y la mayor demanda de los usuarios en los centros sanitarios, así como también los avances tecnológicos y la modernización en la atención a los pacientes, han provocado conflictos en la interacción enfermera-paciente.

En relación con los puntos anteriores, y tomando como marco referencial a la teórica contemporánea, Dra. Margaret Jean Harman Watson la cual y gracias a su esfuerzo y dedicación en sus trabajos, los cuales se denominaron: filosofía, plan ético, paradigma y modelo conceptual. Así como su trabajo más notorio por su diseño filosófico y teórico: *Cuidado transpersonal*. En el año 1979 en su primera obra, creó “10 factores de cuidados centrales de enfermería” inspirada en la obra de Yalom (Watson 1979, como se citó en Raile Alligood, 2018) Mismo que, años más

adelante evolucionaría su obra, para incluir *caridad* y realizar una conexión entre caridad, amor y cuidado en el año 2008 (Raile Alligood, 2018).

Watson define Teoría como: *Agrupación imaginativa de conocimientos, ideas y experiencia que se representa de forma simbólica y tratar de arrojar luz sobre un fenómeno determinado* (Watson 1988) “Teoría es igual a ver, visualizar a la ciencia humana y llegar a una conclusión” (Watson 1988). La obra revisada y ya incluida caridad, dio como resultado: *10 procesos de caridad*, en los cuales el objetivo es la unión con otra persona, con una especial consideración por la persona completa y su estar en el mundo. (Raile Alligood, 2018)

Diez procesos de caridad:

1. Cultivo de la práctica del amor-bondad y ecuanimidad hacia uno mismo y los demás como base de la conciencia y la caridad.
2. Estar presente de verdad que se refiere a, posibilitar, mantener y hacer honor al sistema de confianza, esperanza y creencia profunda y al mundo subjetivo interno de lo propio/ajeno.
3. Cultivo de las propias prácticas espirituales del yo transpersonal y superación del ego propio.
4. Desarrollo y mantenimiento de una relación de cuidado a través de una relación de ayuda-confianza.
5. Estar presente y fomentar la expresión de sentimientos positivos y negativos
6. El uso creativo del yo y de todas las formas de conocimiento como parte del proceso de cuidado. Lo que significa, implicación en el arte de la enfermería de la caridad.
7. Implicación en una experiencia de enseñanza-aprendizaje auténtica que atiende a la unidad de ser y al significado subjetivo, tratando de permanecer dentro del marco de referencia del otro.
8. Creación de un entorno de curación a todos los niveles.

9. Administración de los actos sagrados en enfermería de cuidado-curación con atención a las necesidades humanas básicas.
10. Apertura y atención a los aspectos espirituales/misteriosos y a las dudas existenciales sobre la vida-muerte.

(Watson 2008, como se citó en Raile Alligood, 2018)

En estos diez factores, Watson intenta explicarles a las futuras generaciones de enfermería, que los pacientes deben estar preparados y ser capaces de afrontar la enfermedad, así como hacerse responsables, en función de recuperar su salud, de manera que la enfermera debe ser un guía iluminador para ellos, el cual, los acompañe a través del proceso de entendimiento, recuperación y/o aceptación de su padecimiento, que lo lleve de la mano y le proporcione las condiciones aceptables y favorables para el usuario.

Ahora bien, el metaparadigma que Jean Watson desarrolló pide que se utilice de manera eficaz y eficiente, para el cuidado de los pacientes, de una manera holística, permitiendo que los pacientes expresen sus emociones y sentimiento, en post de recuperar su salud en todas sus áreas. Según lo especifica en su teoría como: *El ser humano es en primer lugar, es un ser sintiente* (Watson, 2008).

Metaparadigma:

- **Persona:** “Ser humano, persona, vida, personalidad y yo.” Constituyendo una unidad de mente, cuerpo y espíritu (Gestalt) Es el locus de la existencia humana y el sujeto del cuidado de enfermería. Destacando lo espiritual/metafísico no existente en otras teorías.
- **Salud:** unidad y armonía entre mente, cuerpo y espíritu. (coherencia entre el “yo” percibido y el “yo” experimentado) Watson destaca que las enfermedades no siempre deben ser patologías físicas, también existe un malestar subjetivo, cuando no se encuentran en armonía entre los 3 factores primordiales.

- **Entorno:** para Watson el trabajo de la enfermera es la atención en los entornos, mentales, sociales, físicos y espirituales. Creando un lugar de protección y seguridad para el enfermo, además, afirma que: “Los espacios de curación se pueden emplear para permitir a los demás trascender a su enfermedad, dolor y sufrimiento” (Watson 2003, como se citó en Raile Alligood, 2018)
- **Enfermería:** *Nurse, igual a enfermero y cuidar.* Para la teórica contemporánea, enfermería significa un nombre y un verbo, significa conocimientos, pensamientos, valores, filosofía, compromisos y acciones. En su teoría, Watson pide que la disciplina de enfermería vaya más allá de los procedimientos, tareas y técnicas y que dedique su tiempo y esfuerzo en formar una relación terapéutica enfermero-paciente usando los “*Diez factores de caridad.*”

(Watson 2005, 2012, como se citó en Raile Alligood, 2018)

“El cuidado de enfermería, se caracteriza por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados”

(Báez-Hernández, Nava-Navarro, Ramos-Cedeño 2009)

1.3 Deshumanización

Según el teólogo Bermejo J.(2014) define este concepto como “Un proceso mediante el cual una persona o grupo pierden o son despojados de sus características humanas”

Características:

- Cuerpo-alma
- Espiritual
- Racional
- Ser sociable

Deshumanización: en salud, es la falta de reconocimiento humano, del ser humano como valor fundamental, la cosificación del ser que acude al profesional o al servicio de salud, que va más allá de la falta de cariño o ternura de una atención o de una forma para el saludo. Cuando las personas dejan de ser asumidas como seres humanos, cuando no se trata como a un igual y/o cuando se vulnera su autonomía, también cuando el paciente se vuelve cifras, patologías, es maltratado y considerado parte de una mesa de usuarios (Cenizales, 2016. Como se citó en Manizales, Caldas 2018).

1.4 Percepción

Al hablar sobre percepción, es hablar de un proceso complejo que depende de características personales como cultura, expectativas, factores personales, experiencias previas sobre determinada situación o padecimiento. Neisser (1988) lo define como proceso activo-constructivo donde el paciente antes de almacenar nueva información, crea un esquema con las experiencias vividas de forma anticipatorio. Por otro lado, Gibson (2002) explica que, en el estímulo se encuentra la información y no necesita procesamiento mental interno.

Un estudio realizado en la ESE Francisco de Paula Santander, dirigido a pacientes hospitalizados en el servicio de especialidades médicas, en Colombia. En dicho estudio, se utilizó el instrumento *Caring Assessment Questionare* (Care-Q) de Patricia Larson. Validado con 0,90 en Alpha de Cronbach, para medir el comportamiento de la enfermera. Adicionando al estudio una escala, siendo el 1 el de menor importancia y el 7 de mayor importancia. Se les pidió a los participantes entrevistados, clasificaran según su perspectiva las acciones, recibidas. Dando como resultado: Mayor importancia la categoría *conforta* que según el instrumento son comportamientos que permiten dar animo e involucrar a familiares y brindar las mejores condiciones para que el paciente se sienta cómodo. En Mediana importancia, clasificaron: *tener paciencia*, lo que se refiere a

procurar medidas de confort, como lo es, el control del ruido e iluminación adecuada. Así como también involucrar a la familia del paciente o cuidador a su cuidado.

Escobar-Saldarriaga en su investigación en las salas de parto, plantea que la relación interpersonal no se mide exclusivamente verbal, también se mide por el grado de interés que el personal de salud manifiesta con sus pacientes, brindándoles comodidad, privacidad y el ambiente que se le proporciona para su la aplicación de su cuidado (Escobar I, Castrillón MC,1992 como se citó en Bautista, 2008).

La percepción de cada uno de los pacientes está ligada según sus experiencias personales, el paciente puede juzgar la atención brindada del personal de enfermería, basándose en sus experiencias pasadas. El termino percepción se puede aludir a un proceso mental una idea significativa y clara en el interior de si mismo para crear conciencia de lo que lo rodea (Silva-Fhon, Ramon-cordova,2015)

En cuanto a la disciplina de Psicología, La teoría de Sercod y Beckman (1964) atribuyen 3 elementos básicos en el proceso de percepción de una persona:

La Persona Estímulo: Son las características físicas de la persona, la conducta motora y expresiva de la misma.

Variables del Perceptor: Factores que influyen en el receptor, como sentimientos, teoría implícita de la personalidad y los estereotipos que siga, así como el autoconcepto del sujeto perceptor

Impresión Resultante: Como resultado de los dos elementos anteriores, inmersos en un contexto o situación, se llega a una conclusión, ya sea de sentimientos hacia el sujeto o a la atribución de rasgos de personalidad. Los tres elementos se afectan mutuamente determinando los procesos que ocurren entre el sujeto perceptor y el producto final. Percepción (Salazar y Montero, 2012). Así mismo el concepto de percepción: Es un proceso cognitivo que permite, a través de los sentidos, recibir información y formar una representación del medio, en función de salud individual, en la

cual influyen factores como: el estado fisiológico del individuo, la personalidad, el grado de soporte social que recibe, el estado civil, así como también, el bienestar psicológico. (Salazar y Montero, 2012). Una vez entendido estos conceptos, es importante entender que la percepción humana está basada en experiencias vividas de la persona, por tanto: la percepción es una interpretación de la realidad personal, y no el reflejo exacto de la realidad, la cual es subjetiva.

(Cabrera-Vistoso, 2017).

1.5 Virus SARS COV-2/COVID-19

En la década de los 60, se registró por primera vez, el grupo de virus llamados coronavirus, sin embargo, a pesar de haber realizado intensas investigaciones, el origen exacto de este virus, aún no se ha podido establecer, pero desde aquella década, hasta la actualidad, los virus se han hecho más resistentes y han sufrido mutaciones, las cuales han permitido que infecten tanto a seres humanos, aves y mamíferos. Tal es el caso del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) y el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (M.E.R.S.) Por ello, es en el año 2017 que la OMS introdujo esta familia de virus a la lista de virus patógenos prioritarios (ISSSTE, 2021).

El virus SARS CoV-2, pertenece a la familia de los coronavirus, llamados así por su aspecto en forma de corona que los recubre, misma que utiliza para anclarse con los receptores de las células de la mucosa, de la nariz, boca e incluso ojos. Una vez dentro del cuerpo humano, el virus se multiplica y viaja hasta instalarse primordialmente en los pulmones. A partir de allí se origina la enfermedad llamada COVID-19. Esta enfermedad ataca el sistema inmunológico del huésped, ocasionando variaciones en las infecciones respiratorias, que pueden desarrollarse de manera leve, moderada o grave, según la respuesta del sistema inmune del huésped.

En Wuhan, China a finales del año 2019, el virus SARS, sufrió una mutación, dando origen a una nueva cepa de la familia de los coronavirus, la cual, afectó a 135 países en todo el mundo; colocándose en el tercer lugar dentro de la familia de los coronavirus humanos, altamente patógenos (ISSSTE 2020).

Actualmente se conoce que el virus es altamente contagioso, se transmite por gotitas de *Fúgge* que son el principal medio de trasmisión del virus SARS CoV-2, a través de contacto directo e indirecto, este último a través de fómites. La estimación actual del periodo que transcurre entre la exposición

al virus SARS-CoV 2 y la aparición de signos y síntomas de la enfermedad es en promedio de 6.4 días, con un rango de catorce días (ISSSTE, 2020).

En un estudio transversal retrospectivo, en el que se analizó el número oficial de casos confirmados durante los 3 primeros meses de iniciarse la pandemia, reportando 33,360 casos confirmados y 3,553 defunciones, basándose en los datos proporcionados por el gobierno de México (Padilla y Franco, 2020). En cuanto a la atención médica, procedimientos invasivos como: Intubación endotraqueal, broncoscopia, aspiración de secreciones abierta, tratamiento nebulizado, ventilación manual previa a la intubación endotraqueal, pronación física del paciente, desconexión del paciente del ventilador, ventilación no invasiva con presión positiva, traqueotomía y reanimación cardiopulmonar, por mencionar algunos, se consideraron de alto riesgo para el personal de salud, por ser generadores de aerosoles, dispersando partículas del virus y aumentando las probabilidades de contagio (Secretaría de Salud, 2020)

Al comienzo de la pandemia pacientes que presentaban enfermedades respiratorias eran atendidos siguiendo un protocolo de atención, con la finalidad de clasificar la gravedad de los signos y síntomas, identificando a los pacientes que requieran ser hospitalizados en unidades de cuidados intensivos bajo los criterios de ingreso establecidos; Taquipnea >30 RPM $SpO_2 <90\%$ aire ambiente Infiltrados pulmonares $>50\%$ Taquicardia >101 LPM, Diaforesis, Disnea, Hipertermia, manejando diagnósticos médicos de Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) y/o neumonía aguda severa (Secretaría de Salud, 2020).

1.6 Reconversión Hospitalaria.

Estrategia considerada con la finalidad de atender oportunamente la demanda de atención de salud de los pacientes que habrían sido contagiados con la enfermedad, así como medida preventiva de infecciones y de bioseguridad para limitar el riesgo de transmisión entre la población y los trabajadores de la salud. Estos últimos, debido a que se consideraron pieza esencial para lograr una gestión eficaz durante la pandemia, ya que fue una prioridad el cuidado integral de su salud.

Se nombró *reconversión hospitalaria* a la modificación de espacios para la atención de pacientes con enfermedades respiratorias agudas graves. Realizando cambios estructurales las cuales, se implementó, para que el acceso a los servicios de atención hospitalaria fuera posible, estableciendo un mecanismo de regionalización y criterios de referencia de acuerdo con la capacidad instalada y ampliada de cada una de las unidades médicas del país. Llevando a cabo el aislamiento de la manera más apegada posible a las guías de práctica clínica oficiales (Secretaría de Salud. 2020)

Para lograr esta estrategia, se tomaron en cuenta, las condiciones infraestructurales de los hospitales, así como la capacidad resolutive, el equipo multidisciplinario y se consideró los recursos técnicos de soporte (ventiladores, camas, tomas de oxígeno, insumos y equipamiento médico) con el que cada hospital contaba. La cual se llevó a cabo según la magnitud en los incrementos de casos positivos reportados en la entidad.

Fase 1: Capacidad instalada basal y ampliada: Se utilizaron el total de las camas de unidades críticas, el personal de dichas áreas se distribuyó, se priorizó la utilización de los recursos técnicos, materiales e insumos en áreas COVID. Así mismo se canceló consulta externa, cirugías ambulatorias y programadas.

Fase 2: Reconversión hospitalaria: Al agotarse los espacios de la primera fase, se adaptaron espacios de corta estancia, como: hospitalización, recuperación en quirófanos, y otras áreas que se

pudieron adecuar a las condiciones que los pacientes con enfermedades respiratorias presentaban (Tomas de oxígeno)

Fase 3: Expansión: Al incrementar los casos de infección respiratoria aguda grave, se tomó la decisión de la reconversión hospitalaria total. Ocupando todas las camas disponibles en el centro sanitario. De no ser suficiente se habilitarían espacios públicos para la atención de estos (Secretaría de Salud, 2020).

Una vez completadas las fases de reconversión hospitalaria, en la institución se identificaron nueve áreas principales para la atención a pacientes COVID-19. Las cuales se agruparon en 3 grupos según la complejidad en la atención a los pacientes.

1.6.1 Críticas

- Urgencias
- Hospitalización
- Unidad de cuidados intensivos

1.6.2 De Apoyo

- Auxiliares de diagnóstico. Laboratorio e imagenología
- Prevención y control de infecciones, inhaloterapia, CEyE, lavandería, RPBI, limpieza y nutrición
- Farmacia

1.6.3 Gestión Hospitalaria

- Epidemiología, salud pública
- Calidad y seguridad
- Administración

(Secretaría de Salud, 2020)

1.7 Aislamiento COVID-19

Al llevarse a cabo las fases de reconversión de manera oportuna, se designó un filtro sanitario llamado *Triage respiratorio* En el cual se llevaba a cabo la identificación y priorización en la atención de los pacientes con síntomas de enfermedades respiratorias y la del resto de las patologías. Usuario que se diagnosticaba como sospechoso o confirmado de la enfermedad de COVID-19, se ingresaba al área designada, según la gravedad de sus síntomas. A partir de ese momento el paciente era despojado de todas sus pertenencias y se instalaba en el área de aislamiento, apartado del mundo exterior y de sus familiares.

En los centros sanitarios se establecieron protocolos de acción, en los que todos los pacientes que requerían hospitalización se mantuvieran con medidas de aislamiento por contacto y gotas, desde su ingreso hasta su alta. Así como precauciones de vía aérea en procedimientos generadores de aerosoles. Se evito en la medida de lo posible la rotación del personal de las áreas de atención de los pacientes para limitar la exposición nosocomial, por el mismo motivo se implementó la restricción de visitas de familiares (Secretaría de Salud Pública, 2020). Una vez aplicados estos procesos, el único medio de comunicación con el medio exterior y familiares fue a través del personal de salud.

Para que el equipo multidisciplinario “COVID” brindará atención eficiente a los pacientes portadores de la enfermedad, se tuvo que implementar el uso de EPP siguiendo las recomendaciones de Organización Panamericana de Salud (OPS) y de las guías de práctica clínica actuales. Por ello, todo personal sanitario debía portar el EPP al estar en contacto con los pacientes sospechosos o con diagnóstico confirmado. SARS CoV-2

1.7.1 Equipo de Protección Personal

- Máscara o respirador N95
- Gorro y botas desechables
- Bata impermeable o resistente a líquidos de preferencia desechable
- 2 pares de Guantes de látex o polietileno (según el stock del hospital)
- Gafas de protección ocular o careta
- Overol impermeable completo de un solo uso

(Organización Panamericana de Salud, 2020)

Cabe destacar que la utilización del EPP dificulta los movimientos y modifica el desempeño manual, limita la visión simultáneamente durante la realización de procedimientos, por tanto, se debe capacitar y practicar para adquirir habilidad y control de emociones. Al hacerlo se adquiere confianza y seguridad durante el desempeño (Garduño-López, Guízar-Rangel, 2020).

Por medio de distintas plataformas de internet, se elaboraron guías, videos y cursos con el objetivo de instruir, principalmente al personal de salud sobre el uso y la práctica óptima del EPP, para frenar la cadena de transmisión y contagio del virus, en la atención de los pacientes portadores de COVID-19 y entre los propios profesionales de salud.

Una vez que el personal estaba debidamente capacitado en el correcto uso de EPP, se les pedía que cumplieran con los siguientes requisitos, antes de entrar a las áreas de atención de los pacientes enfermos de COVID-19 los cuales constan de:

- Estar vacunados contra la influenza

- Reportar a su jefe inmediato en caso de presentar uno o más síntomas respiratorios, antes de iniciar su jornada laboral
- Realizar higiene de manos. 5 momentos
- Contar con el EPP correcto y en excelentes condiciones.
- En caso de procedimientos, generadores de aerosoles: Utilizar un respirador para partículas (<5 micras)
- Recibir la correcta capacitación para la colocación y retiro de EPP
- Evitar en todo momento, el contacto con conjuntivas, mucosa oral o nasal al portar el EPP
- Se realizaron parejas de trabajo para asistencia al ingresar al área COVID.
- Al ingresar a las áreas contaminadas, no estaba permitido portar objetos personales (celulares, libros, tablas, calculadoras, estetoscopios, baumanómetros, plumas etc.)
- Todo material de trabajo, ocupado en áreas COVID debía ser uso exclusivo del área.
- Estaba estrictamente prohibido comer o beber agua, así como también utilizar los sanitarios en áreas COVID-19
- El equipo de protección, no se debía retirar hasta haber terminado el tiempo designado en áreas contaminadas.
- Se tenía que procurar mantener “sana distancia” con los pacientes en medida de lo posible

(Secretaría de Salud, 2020).

1.8 Equipo COVID-19

El 23 de marzo del 2020 el Diario Oficial de la Federación, dio a conocer el decreto en donde se estableció, el resguardo a trabajadores mayores de 60 años, a personal con alguna clase de discapacidad, o con enfermedades crónicas degenerativas y a mujeres embarazadas. Específicamente en el área de la salud, este decreto dejó a los hospitales públicos y privados sin el aproximadamente 40% de su planilla del personal adscrita. Dicho decreto se llevó a cabo para garantizar el bienestar físico del personal de salud. Al aplicarse en las instituciones de salud, los directivos, supervisores y jefes de servicio enfrentaron un gran desafío, pues sin ese personal, debieron reorganizar al personal restante para continuar con la atención de pacientes, no solo COVID-19, sino para la atención de las diferentes áreas de atención de las demás patologías que los pacientes cursaban.

Mientras tanto, para subsanar el desabasto de personal que se vivió durante las primeras semanas de la pandemia, el gobierno de México contrató cerca de 50 mil médicos y enfermeras en los primeros meses del año, según la prensa nacional. Se contrató 3,675 médicos especialistas, 1,502 enfermeras especialistas y 18,644 enfermeras generales. Esto para dar respuesta a las necesidades que planteó la pandemia. Considerando que, según la proyección, se necesitarán, cerca de 12,215 camas hospitalarias para la oportuna atención de los enfermos (Mendoza-Popoca, Suarez-Morales, 2020).

Capítulo 2. Planteamiento del Problema

La mutación del virus SARS CoV-2 se registró el 31 de diciembre del 2019 en la pequeña ciudad de Wuhan, China. Para el 15 de enero del año 2020, se registró el primer caso confirmado en Estados Unidos de América, por tanto, para el 30 de enero la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara emergencia sanitaria mundial. Ahora bien, tras expandirse por América latina, el 28 de febrero se dio a conocer en México el primer paciente portador del virus SARS CoV 2. Con la finalidad de combatir la enfermedad en el país, el 23 de marzo inició la campaña encabezada por el gobierno de México *Sana Distancia*. Siete días después, México declara al país en estado de emergencia sanitaria, con el primer pico más alto de contagios. Aproximadamente 2,244,268 casos totales y 203,664 defunciones totales por COVID-19.

En la ciudad de México, se concentró el mayor número de casos confirmados, representando un 27% del total de los casos, el siguiente estado con mayores casos fue el Estado de México, seguido de León, Guanajuato, Jalisco, Puebla y Querétaro. Al otro extremo, la ciudad de Campeche fue el estado con menor número de casos positivos confirmados, con un total de 8971 enfermos.

(Secretaría de Salud, 2021)

Tras el aumento considerable en el país de casos positivos de COVID-19, el número de ocupaciones de camas de hospital fue de igual manera, en incremento. Por ejemplo, en Morelos para el 29 de junio del 2021 se confirmaron 2,850 mil casos positivos, en esta misma fecha el porcentaje de ocupación de camas generales en los hospitales fue del 37% y de camas en la unidad de terapia intensiva del 29% (Secretaría de Salud, 2021). Las estadísticas que día con día se daban a conocer, en los diferentes medios de comunicación representaban a las personas que estaban necesitadas de atención hospitalaria, en su mayoría de cuidados intensivos.

La disciplina de enfermería fue el pilar esencial en la atención de las demandas en los cuidados para aquellos que enfrentaron el contagio, aislamiento y sobre todo el sufrimiento de ser portador de COVID-19. Sin embargo, es importante mencionar que, en los servicios de salud, en las áreas de hospitalización tanto general como en áreas de cuidados intensivos de los hospitales, se presentan a diario ambientes estresantes con cargas de emociones, las cuales desencadenan una gran variedad de emociones como lo pueden ser, dolor, tristeza, sufrimiento, así como también sentimientos de impotencia, tras una lucha constante de enfermedades y el deterioro en el estado de salud de los pacientes (Romero Contreras, 2016). De manera que el personal de salud a diario deben enfrentar dichas emociones, es parte del quehacer en su trabajo, pero al decretarse la pandemia por COVID-19 en el año 2020, las cargas emocionales incrementaron súbitamente, tomando en cuenta que, la atención y cuidados que los pacientes COVID-19 recibían por parte del personal de enfermería era limitada, dado el exceso de trabajo, la complejidad y desconocimiento de la enfermedad, así como también la dificultad que el equipo de protección ocasiona físicamente para el personal de salud. Por tanto, los pacientes sólo podían ver a personas con trajes blancos cubiertos de pies a cabeza, con gafas, mascarillas faciales y guantes, estos últimos impidiendo el tacto cálido en su piel. Por esta situación los pacientes no podían distinguir por parte de quien recibían la atención médica y los cuidados, de entre personal.

La comunicación verbal, fue algo que realmente se fragmentó, ya que los respiradores o mascarillas faciales que el personal sanitario usaba como parte del EPP disminuye en exceso el volumen de la voz. Otro factor fue la fatiga y el estado de hipoxia que presentan los pacientes de COVID-19, dado el cuadro clínico de la enfermedad, por tanto, impedía que estos se comunicaran asertivamente y transmitieran sus inquietudes y deseos con el personal.

Sintetizando el trabajo de investigación de González- Bueno (2018), realizaron un estudio basado en un caso clínico para proponer un modelo de prescripción centrado en la persona para mejorar la

adherencia terapéutica. Utilizando un cuestionario para pacientes con multimortalidades, con los resultados obtenidos se llegó a la conclusión de que una de las barreras principales para lograr el objetivo, fue el inadecuado conocimiento para continuar el tratamiento prescrito por falta de orientación. Motivo por el cual es necesario asegurar un adecuado conocimiento y habilidades en los profesionales de la salud, para que estos se impliquen en las técnicas de comunicación y otorguen entrevistas motivacionales, así como también, obtengan destrezas suficientes en el ámbito de la prescripción centradas en el paciente (González-Bueno, 2018)

Giannini H. Define *el cuidar* como: acto primariamente humano que ocurre entre dos sujetos al transmitir una acción propia. Sumando el acto de cuidar, este resultara en el cuidado humanizado entre el binomio enfermero-paciente. Considerando que, a través de los ojos, la mirada era el único *tacto* humanizado que recibían los pacientes en aislamiento. El cuidado de enfermería en situaciones de pandemia como la que vivimos desde 2020, y el rol de las y los enfermeros es crucial. De acuerdo con Stirling debe proveer cuidados directos, soporte emocional y educar a los pacientes. El personal de salud debe abogar por los enfermos y sus familias. (Ramírez-Pereira, 2021) Sin embargo, todo lo anterior representó un desafío para enfermería; por un lado, estaba el miedo al contagio de la enfermedad, así como el de ser un medio transmisor para su familia, y por otro, el deber con su profesión.

El desabasto de EPP y la falta de personal de enfermería disminuyeron la posibilidad de brindar atención especializada a cada uno de los pacientes, dado que conforme aumentaban los casos positivos en las entidades, el número de camas ocupadas por pacientes COVID sufría un incremento considerable. Asimismo, estos factores incrementan el desgaste físico por las largas jornadas laborales dentro de las áreas COVID-19, así como también, estrés y cansancio por el uso continuo del Equipo de protección Personal. Además, el EPP supuso una brecha física enorme en

la relación: Paciente- Enfermero, generando efectos muy nocivos para el cuidado del paciente y atención humanizada (Aplicadas, 2021).

Cabe destacar que el cuidado humanizado es más que brindar un buen trato o solo satisfacción al usuario, el cuidado humanizado debe ir más allá del cuidado físico, se debe cuidar en las cinco necesidades básicas: Privacidad, acompañamiento y visitas, actividad y movilidad e independencia y continuidad educativa (Cruz C. 2019). Se debe hacerle saber al paciente que tiene a alguien que se preocupa y vela por su bienestar físico y emocional.

2.1 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la percepción que los pacientes hospitalizados por COVID 19 tienen, respecto al cuidado humanizado durante su estancia clínica?

2.2 Justificación

Según la OMS (2021) “Trato humanizado a la persona sana y enferma, es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida” El cuidado es la esencia de enfermería, es un compromiso moral, social, ético y profesional que el personal de enfermería tiene para con sus pacientes, y es necesario en la práctica profesional, ya que permite mejorar el cuidado que se brinda al paciente con el fin de propiciar su calidad de vida. Cuando se introduce el cuidado humanizado en el hospital, los pacientes y los trabajadores se benefician, al punto que la comunicación mejora y tienen mayor autoestima y se fortalece el liderazgo institucional. La humanización no es algo que suceda de manera espontánea, sino que debe ser fomentada, aprendida y practicada (González-Hernández, 2015).

Una vez declarada la pandemia en México en el año 2020 a causa de la mutación de un virus de la familia de los coronavirus, se implementaron estrategias para minimizar el contagio y propagación de este virus. Siguiendo el ejemplo de países como China e Italia que, al iniciarse la pandemia, implementaron en la atención sanitaria, medidas de aislamiento estricto. En México el uso de EPP se volvió obligatorio en los centros sanitarios, al implementarse este supuso una barrera física de gran magnitud, entre el paciente y personal de salud, por su complejidad a la utilización y por los materiales con los que este hecho. De igual manera, al utilizarlo era imposible reconocer quien lo portaba, ya que el personal de salud estaba cubierto de cabeza a pies y para los pacientes fue difícil establecer un vínculo emocional, al no saber quién estaba tras el traje y la angustia que este

representaba para los pacientes. Además de estar en un ambiente hospitalario, con ropa de hospital, apartados de sus familiares e incomunicados. También, los pacientes, al estar hospitalizados, desencadenan un cierto grado de dependencia, ya sea física, emocional, psicológica y en ocasiones todas al mismo tiempo, por tanto, los pacientes contagiados por COVID-19 al estar en completo confinamiento en las unidades hospitalarias, el único apoyo físico y emocional lo recibió por parte del personal de enfermería. Como lo describió Florencia Nigthingale: “Enfermería representa una guía iluminadora al final del camino”.

Durante la pandemia en el transcurso de los meses al presentarse a diario el aumento de hospitalizaciones, cada día resultó más difícil destinar un tiempo de calidad, así como la adecuada atención para cada uno de los pacientes y sus necesidades vitales, debido al exceso de trabajo. Sin mencionar el estrés y miedo que el personal de enfermería vivía al brindar cuidados a dichos pacientes. A pesar de que enfermería es una disciplina dedicada al cuidado de los enfermos, con el brote del virus, dada la mortalidad y la rápida transmisibilidad resultó imposible evitar sentimientos de miedo y angustia, los cuales en ocasiones se afectaba el desempeño de sus labores. De hecho, profesionales de la salud de todo el mundo han tenido que tomar decisiones con un marcado componente ético, sobre todo en las unidades de hospitalización COVID-19 y en la atención a pacientes y familiares al final de la vida (González, García-Fernández y Feito, 2021).

En la vida las relaciones interpersonales en general, constituyen el mayor punto de apoyo entre dos o más personas, para satisfacer necesidades, intercambiar sentimientos y conocimientos. En la disciplina de enfermería, junto con el cuidado humanizado, constituyen la base esencial para el desempeño profesional. Así mismo, los pacientes portadores del virus SARS CoV 2 al estar en completo aislamiento y ser enfermería su único punto de apoyo, necesitan aparte del tratamiento farmacológico, apoyo emocional, psicológico y que sea tratado como un ser humano que siente y sufre tras el tratamiento de su enfermedad. Hay que mencionar, además el exceso de llenado de

formatos que impiden ver el fondo de la enfermedad y conllevan a realizar la atención hacia los usuarios mecánicamente.

Por otro lado, el equipo de protección significó para el personal un desafío al utilizarlo, ya que limita los movimientos, obstaculiza la visión, impide el tacto de piel a piel y utilizarlo requiere práctica continua. Pero representó tranquilidad emocional y como su nombre lo dice “protección” al estar en contacto y durante los procedimientos con los pacientes enfermos, pero fue una barrera para ofrecer un cuidado de calidad y calidez hacia los usuarios. Recordemos que el cuidado no es solo cuidar y ministrar medicamentos a los pacientes, es integrar el conocimiento biomédico, biofísico y hacer uno solo con el comportamiento humano para generar o recuperar la salud.

Durante la pandemia gran cantidad de emociones se vivieron a diario, tanto para el usuario como para el personal de enfermería. Separar los sentimientos del quehacer profesional es parte de la formación de enfermería, pero Watson en su teoría explica que, al intentar separar los sentimientos de la profesión, el profesional tiende a olvidar o minimizar los sentimientos que rigen al paciente durante su proceso de enfermedad.

El COVID-19 al ser una nueva enfermedad, se ha estudiado muy poco, la literatura existente mayormente se enfoca en el cuadro patológico, motivo por el cual el presente estudio nace de la necesidad de conocer las opiniones, las experiencias, así como las inquietudes que los pacientes hospitalizados por COVID-19 tienen respecto al cuidado humanizado, que se le brindo durante su estancia en áreas COVID. Al implementar el instrumento de valoración del cuidado humanizado, adaptado por González Hernández en su 3ra versión (Gonzalez-Hernandez, 2014). En el cual y a través los 32 ítems divididos en 3 categorías principales (Ver tabla 1) mide la percepción que los pacientes tienen sobre el cuidado humanizado.

Tabla 1

Definición de categorías a partir de la validez de constructo del instrumento PCHE 3 versión

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	ÍTEMS RELACIONADOS
Cualidades del hacer de enfermería.	Se destacan cualidades y valores que caracterizan al personal de enfermería durante la relación enfermera(o) - Paciente	1.- Le hacen sentir como una persona 2.- Le tratan con amabilidad 6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted 7. El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted 8.- Le generan confianza cuando lo(la) cuidan 15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado 17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores
Apertura a la comunicación enfermera(o) - paciente	Se refiere a la apertura por parte del enfermero mediante el proceso dinámico fundamental y la interacción con el paciente, a través de la comunicación.	4.- Le miran a los ojos, cuando le hablan 5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes 9. Le facilitan el diálogo 10. Le explican previamente los procedimientos Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas 12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos 14. Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud 19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud
CATEGORÍA	DEFINICIÓN	ÍTEMS RELACIONADOS
Disposición para la atención.	Disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado, que no se limita a un acto de	3.- Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización 13. Le dedican el tiempo requerido para su atención

-
- | | |
|--|--|
| observar, sino que indaga
en la realidad para
descubrir sus necesidades. | 16. Le llaman por su nombre
18. Le atienden oportunamente sus necesidades
básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria
e intestinal)
20. Le manifiestan que están pendientes de usted
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la
enfermedad y tratamiento
22. Responden oportunamente a su llamado
23. Identifican sus necesidades de tipo físico,
psicológico y espiritual
24. Le escuchan atentamente
25. Le preguntan y se preocupan por su estado de
ánimo
26. Le brindan un cuidado cálido y delicado
27. Le ayudan a manejar su dolor físico
28.- Le demuestran que son responsables con su
atención
29. Le respetan sus decisiones
30. Le indican que cuando requiera algo, usted les
puede llamar
31. Le respetan su intimidad
32. Le administran a tiempo los medicamentos
ordenados por el médico |
|--|--|
-

Nota: Reproducido de “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. PCHE 3era versión” (Clasificación de categorías) González Hernández, 2014.

Al aplicar el instrumento de valoración, la información obtenida y analizada dará a conocer de las áreas de oportunidad de mejora.

Actualmente (septiembre 2023) y gracias a la vacuna contra COVID-19 que el gobierno de México y a través de la Secretaría de Salud aplicó a la población en el año 2021, disminuyó considerablemente el número de hospitalizaciones, los casos positivos que se presentan en la actualidad generalmente cursan con la enfermedad de grado leve y el tratamiento puede ser llevado desde casa, a excepciones de la población los cuales no aceptaron vacunarse y/o cuentan con algún

padecimiento crónico degenerativo o enfermedades cardiopulmonares los cuales al contagiarse del virus SARS CoV-2 acelera las complicaciones e incrementa los índices de mortalidad.

Dado las anteriores observaciones al aplicar el presente estudio sobre cuidado humanizado en áreas COVID, por parte del personal de enfermería, podremos medir las fortalezas y deficiencias y áreas de oportunidad, en la atención al usuario. Al estudiar este tema, se podrá fortalecer al gremio en el tema de cuidado humanizado, para todos los pacientes, pero en específico a los pacientes que por su padecimiento esté indicado el uso de barrera máxima.

2.3 Objetivos

2.4 General:

Identificar un instrumento adecuado para medir la percepción que tienen los pacientes hospitalizados por COVID-19, respecto al cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería, durante su estancia clínica en hospitales de 2do y 3er nivel de atención.

2.5 Específicos:

- Analizar la literatura existente en diferentes fuentes de información como: Google Académico, Scielo, Elsevier, entre otros, respecto a cuidado humanizado a pacientes COVID-19
- Revisión sistemática de la información en teorías de enfermería e instrumentos de investigación validados, respecto cuidado humanizado.
- Seleccionar un instrumento de investigación validado con un puntaje, Alpha de Cronbach mayor al 0,92%, para la valoración de la percepción del cuidado humanizado. Aplicable a pacientes hospitalizados con diagnóstico COVID-19.
- Estructurar la propuesta de intervención, definiendo: objetivos, tiempos, recursos y espacios para su implementación en los hospitales seleccionados (áreas COVID-19).

Capítulo 3. Propuesta de intervención.

La presente propuesta metodológica de intervención en el área de investigación se creó con el objetivo de que se aplique en los hospitales de 2do y 3er nivel receptores de pacientes covid-19 en áreas críticas de hospitalización, en futuras investigaciones.

El instrumento de valoración que se propone en el presente trabajo cuenta con 32 ítems divididos en 3 categorías principales: **Cualidades del hacer de enfermería.** En esta primera categoría se valoran las cualidades del trabajador en la relación enfermera-paciente y está constituido por 7 ítems. **Apertura a la comunicación enfermera-paciente.** Lo estructura con 8 ítems. La segunda categoría se refiere al proceso de comunicación durante la relación de trabajo. Comunicación verbal, y no verbal. **Disposición para la atención.** En la tercera y última categoría, se exponen factores de cuidado, como: aseo personal, resuelve sus dudas sobre su tratamiento, etc. Y está constituido por el mayor número de 17 ítems.

El instrumento cuenta con más de 10 años de trayectoria, evaluando las características de la atención humanizada de enfermería. En 2014, Mtro. Oscar Javier González Hernández hizo la 3era versión, enfocándose al cuidado humanizado en escenarios hospitalarios.

Al aplicar el instrumento de valoración en pacientes hospitalizados COVID-19, podremos detectar las deficiencias en la atención humanizada, las cuales pudieron o no surgir en los abrumadores tiempos de pandemia, como el uso prolongado EPP en las jornadas de trabajo, el miedo a la exposición con el reciente virus y/o la sobre carga de trabajo. Con la información recabada de aplicar el instrumento PCHE 3ra versión, se pretende trabajar en las áreas de oportunidad para así poder fortalecer al gremio sobre el cuidado humanizado no solo a pacientes COVID, sino también a los usuarios que, por su patología, necesiten medidas de aislamiento estricto.

3.1 Objetivo General

Aplicar el instrumento de valoración “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ra Versión, Adaptada por González Hernández.” A pacientes COVID-19 en los hospitales de 2do y 3er nivel de atención.

3.2 Objetivos Específicos

- Explicar a las autoridades de los hospitales objetos a estudiar, la importancia de conocer la percepción respecto al cuidado humanizado de los pacientes hospitalizados por COVID-19
- Mostrar la utilidad del instrumento de valoración: “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ra Versión, Adaptada por González Hernández”
- Analizar los resultados obtenidos del instrumento de valoración, aplicado a la muestra de pacientes.
- Identificar las áreas de oportunidad para mejorar los procesos y la atención que se les otorga a pacientes COVID-19 y pacientes con medidas de aislamiento estricto.
- Organizar un programa de capacitación para trabajar en las áreas de oportunidad de los resultados obtenidos del estudio.

3.3 Participantes

3.4 Criterios de Inclusión

Hombres y mujeres, hospitalizados en las áreas críticas de atención COVID-19 de segundo y tercer nivel de atención hospitalaria, con Diagnóstico de COVID-19 confirmado. Con un rango de edad de 20 a 50 años. Los cuales, acepten participar en el estudio, firmar el consentimiento informado y que se encuentren con adecuada salud neurológica.

3.5 Criterios de Exclusión

Pacientes menores y mayores del rango de edad establecido (20 - 50 años), usuarios que no deseen contribuir al estudio, que no cuenten con un diagnóstico confirmado de COVID-19 y/o pacientes que no se encuentren neurológicamente aptos.

3.6 Criterios de Eliminación

Se prescindirá de los participantes que, durante la realización del estudio, presenten complicaciones de salud, que no acepten firmar el consentimiento informado y/o no contesten el cuestionario en su totalidad.

3.7 Lugar

Se sugiere la aplicación del presente estudio a hospitales de: Segundo y tercer nivel de atención, receptores de pacientes con diagnóstico COVID-19, en Cuernavaca Morelos México.

3.8 Fecha

Se considera la realización y aplicación del presente estudio, en un lapso de 4 meses consecutivos.

El periodo de tiempo se obtuvo utilizando el método: Estimación por tres valores. PERT. (**Figura 2**)

3.9 Aspectos Éticos

El presente estudio se basa en la Ley General de Salud, Capítulo II Atención Médica: Capítulo VII: De la Transparencia, Control y Supervisión del Manejo de los Recursos del Sistema de Protección Social en Salud.

1. Artículo 32.- En el que se plasma el conjunto de actividades que se otorgan al paciente, con la finalidad de proteger, promover y restaurar la salud.
2. Así mismo el artículo No. 33.- en el que se explican las actividades de la atención médica, siendo el No. 4 “Paliativas, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario” (Secretaría general, 2009)
3. Título quinto: investigación para la Salud. Capítulo único, Art. 100, apartado 4 en donde establece que se podrá realizar la investigación siempre y cuando se cuente con un consentimiento informado firmado por el objeto a estudiar, o en su defecto por su representante legal, en caso de invalidez. El cual deberá contar de manera explícita el procedimiento, objetivos y posibles consecuencias, positivas o negativas para el sujeto de investigación.

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Capítulo I:

Disposiciones comunes.

1. Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar
2. Artículo 16.- - En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.
3. Artículo 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o representante legal deberá recibir una explicación clara y contundente sobre el estudio a realizar. Explicando a detalle cada una de las fases de este. (Secretaría de servicios parlamentarios, 1987)

Capítulo 4. Procedimiento

4.1 Fase de Preparación

El estudio se realizará de forma cuantitativa, descriptiva, transversal y metodológica utilizando una muestra no probabilística. Se dará a conocer a los pacientes entrevistados, el objetivo del presente estudio, se les hará llegar el consentimiento informado 24 horas antes de la aplicación del estudio, con la finalidad de que los participantes tengan el tiempo suficiente para leer con determinación, y decidir o prescindir de la participación de este.

4.2 Fase II: Ejecución

Antes de iniciar con el cuestionario, se explicará de manera detallada y verbal a cada paciente seleccionado sobre el presente estudio, se resolverán dudas e inquietudes.

Al iniciar el cuestionario, el participante contará con 2 horas para contestar en su totalidad. Se debe agregar que, en dado caso que el participante requiriese del acompañamiento o ayuda de algún familiar, le será permitido, siempre y cuando sea el paciente quien plasme su opinión en el cuestionario.

4.3 Fase III: Evaluación.

Una vez aplicado el instrumento en los pacientes seleccionados, se recomienda utilizar el programa: **SPSS de IBM MÉXICO** por sus siglas en inglés: Statistical Package for the Social Sciences (<https://www.ibm.com/mx-es/spss>) para el procesamiento de la información. Dicho programa es una herramienta para analizar los datos recolectados y así determinar frecuencias y

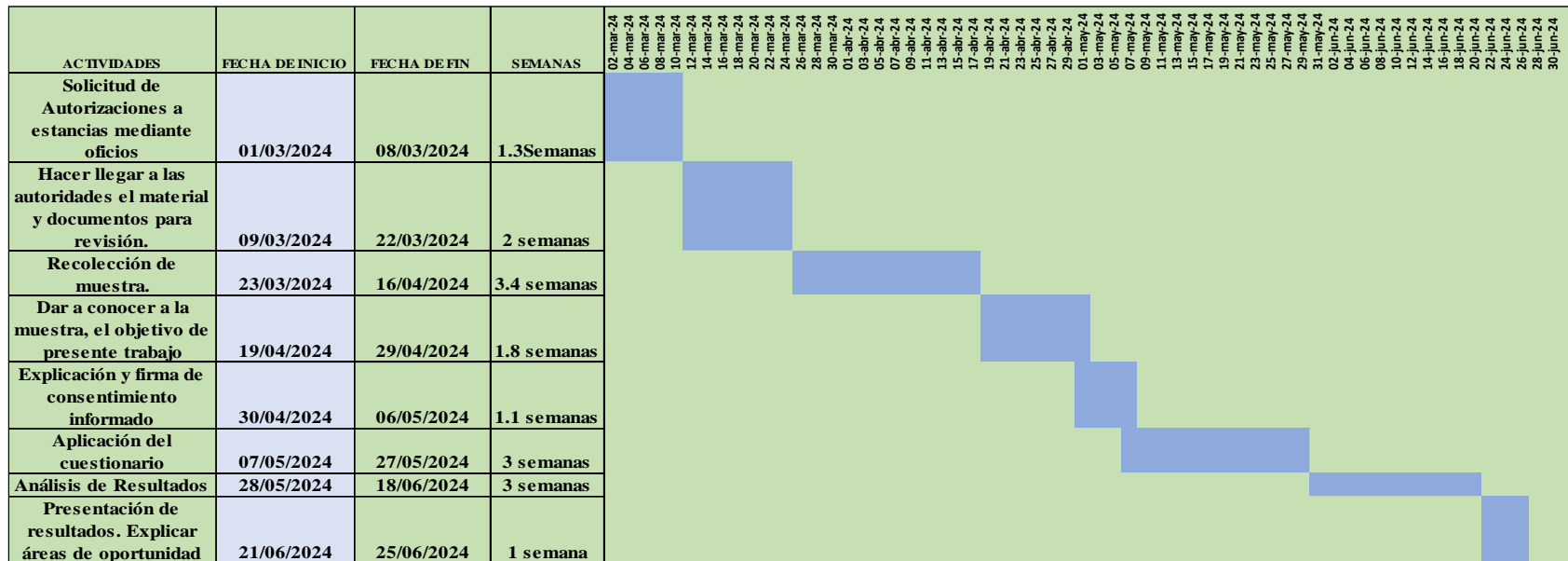
porcentajes. La herramienta puede ser utilizada en los sistemas operativos Microsoft Windows y Apple.

Los resultados obtenidos, les serán informados a los pacientes participantes, familiares y al personal de enfermería a cargo de dichas áreas. Así como también a los jefes de servicio y al personal de jefatura del hospital seleccionado.

Capítulo 5. Cronograma de Actividades

A continuación, se realiza un ejemplo en representación gráfica del tiempo estimado por el método PERT para la optimización de tiempos en la aplicación del estudio. Cabe destacar que dicho ejemplo contiene el vínculo para la modificación de fechas en su formato original.

Figura 2
Diagrama de Gantt



Nota: El periodo de tiempo designado para cada actividad se calculó utilizando el método: Estimación por tres valores. PERT

Conclusiones

El cuidado humanizado ha sido desde el inicio de la profesión de enfermería, la piedra angular del trabajo, pero al evolucionar y actualizarnos en procedimientos y técnicas sistematizadas para una atención estándar para el paciente, la enfermería ha relegado a segundo plano el objetivo de la profesión. Cultivar el desarrollo evolutivo moralista debe ser parte fundamental y para lograrlo el personal debe dejar de centrar su atención en la patología, que de esta se encarga el personal médico, y enfocarse en conceder mayor tiempo al cuidado emocional, psicológico y espiritual del paciente. Siguiendo con la teoría de Watson enfermería debe estudiar para tener nuevos paradigmas, para entender nuevos temas y formular hipótesis, que despierten las ganas del conocimiento en áreas como las emociones y el cuidado que se le otorga al paciente.

El virus SARS CoV-2 será parte de nuestra vida. Como cepa de cualquier otro virus, aprenderemos a vivir con este, pero debemos tomar la pandemia como ejemplo y referencia de todas aquellas situaciones que vivimos como aprendizaje para evolucionar en el cuidado humanizado. El equipo de protección se ha utilizado de manera regular con los pacientes en aislamiento, pero no fue hasta que llegó COVID para enseñarnos la importancia de conocer su correcta utilización, para el cuidado del paciente y del propio.

El cuidado humanizado debería estar normado y obligado en la atención hacia los usuarios, al recordar que se trabaja con personas que sienten dolor, tristeza incluso soledad, como lo fue durante la pandemia. Por ello enfermería debe acompañar y contar con la suficiente preparación para poder lidiar con los sentimientos y dudas que aquejen al paciente. Puesto que, a veces el

simple hecho de tomarle de la mano, en silencio y un abrazo son más útiles que cualquier medicina.

Cuidar significa ir más allá de la atención y/o cura de la enfermedad, representa el interés del personal de enfermería hacia su paciente, el interés por su bienestar físico, emocional, psicológico, biológico social y sobre todo espiritual. Así como también, atender todas aquellas dolencias y angustias que el enfermo manifieste.

Al estudiar el cuidado humanizado brindado a los pacientes de COVID-19, nos podremos dar cuenta de los errores y/o omisiones cometidas por el personal de enfermería por falta de pericia, entrenamiento y/o conocimiento, considerando que, hasta la fecha son escasos los estudios que se han realizado los cuales aborden el tema. Con esto quiero decir que, al aplicarlo se podrá estudiar los errores y darles solución, además dicha información, no solo podrá ser aplicada a los pacientes portadores de COVID-19, sino que también servirá para los pacientes los cuales por su diagnóstico médico sean portadores de enfermedades potencialmente contagiosas, por tanto, representan un riesgo para el personal de salud, motivo por el cual es necesario la utilización de medidas de aislamiento estricto, en la hospitalización.

Se debe agregar que, todos los pacientes tienen derecho a recibir trato digno y respetuoso, de igual modo, se les debe proporcionar atención de calidad y calidez y no olvidarnos que ellos también necesitan una mano amiga, de una palabra de aliento y ser para ellos, luz dentro del caos que por su estado de salud y o emocional se encuentren actualmente.

Con esto quiero decir que, para los especialistas en atención al adulto, la mayoría los pacientes se encuentran bajo sedación, por tanto, no les es posible expresar sus inquietudes, de la misma forma como lo definió la precursora de enfermería, Florencia Nightingale: enfermería debe desarrollar habilidades como la observación inteligente, la perseverancia y el ingenio para atender todo aquello que el paciente no puede expresar, pero necesita. Debe ser capaz de mirar



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS UAEM
FACULTAD DE ENFERMERÍA



más allá del tratamiento y de la enfermedad. Recordemos que son seres humanos, que sienten y que en casa hay alguien que los espera. Brindarles cuidado humanizado a los pacientes que sufren durante su rehabilitación o en su defecto en los últimos días de su vida, debe ser lo primordial dentro de las responsabilidades del personal de enfermería.

Referencias

Báez Hernández F. Nava Navarro V. Ramos Cedeño L. (2009) El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Universidad de la Sabana, Colombia.

Bermejo J.C. (2014) Humanizar la asistencia sanitaria, 2da edición. ISBN:978-84-330-3710

Universidad Católica de Manizales (2018) Aprendiendo sobre la humanización en salud. ISBN: 978-958-8022-82-6

DM, Villota NG, Benavides VK, Villalobos-Galvis FH, Hernández EL, Matabanchoy SM. Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura.

Pers Bioet. 2019; 23(2) Cabrera, Vistoso. (2017) Capítulo II Percepción social, cognición Encolombia. (2008). Revista de actualizaciones de enfermería, Fascículo 10 N°4. Obtenido de "teoría del cuidado humanizado de Jean Watson"

Salazar J Montero M., Muñoz C., Sánchez E., Santoro E., Villegas J., (2012) Percepción Social, en Psicología Social.

Guía operativa para el manejo clínico de la Infección Respiratoria Aguda Grave por COVID-19 (2021) ISSSTE

ISSSTE s. d. (2020). Guía de recomendaciones para la prevención de COVID-19. ciudad de México.

Secretaria de Salud (2021) Comunicado técnico diario:

[CP_Salud_CTD_coronavirus_COVID-19_29jun20.pdf.pdf](#)

Lineamiento de reconversión hospitalaria (abril,2020) Gobierno de México. Secretaria de la salud

Colocación del Equipo de Protección Personal. (2020) Organización Panamericana de la Salud.

Garduño López A. Guízar Rangel M. (2020) Manejo perioperatorio de paciente con COVID-19.

Revista Mexicana de Anestesiología.

Mendoza Popoca C. Suarez Morales M. (junio 2020) Reconversión hospitalaria ante la pandemia

COVID-19. Revista Mexicana de anestesiología.

Secretaría de Salud (2021) Subsecretaría de prevención y promoción de la salud.

Gonzalez-Hernandez, O. (2015). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería 3ª versión.

Javier González-Bueno, Elena Calvo-Cidoncha, Daniel Sevilla-Sanchez (Feb 2018) Modelo de prescripción centrado en la persona para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con multimorbilidad. es. <https://dx.doi.org/10.7399/fh.10961>.

Ramírez Pereira M. (2021). El cuidado de enfermería, relevancia en el contexto de la pandemia COVID-19. Obtenido de <http://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2184>

Aplicadas, C. t. (octubre de 2021). El desafío de brindar un cuidado humanizado en las unidades de Cuidados intensivos, durante la pandemia por la COVID-19.

Cruz C. (2019) La naturaleza del cuidado humanizado. ISSN: 2393-6606. Doi: <http://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2146>

Gonzalez-Garcia, M., Fernández-Feito, A., & Lana, A. (29 de 01 de 2021). ORIGINAL. Recuperado el octubre de 2021, de Cambios en los valores profesionales enfermeros durante la pandemia por Covid-19.

Secretaría general (2009) Ley General de salud. <https://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-salud/gdoc/>

Secretaría de servicios parlamentarios (1987) Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. DOF 02-04-2014 https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Anexos

En el presente trabajo se ocupó el cuestionario " Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE *Clinicontry* 3ra versión" Adaptado por Gonzalez-Hernandez (2014)

Instrumento de valoración

Instrucciones de llenado:

Apreciado señor (A): A continuación, le presentamos un Cuestionario que describe los comportamientos de cuidado del personal de enfermería (incluye profesionales y auxiliares de enfermería).

Es para nosotros de suma importancia conocer su perspectiva sobre la atención brindada durante su estancia, ya que con dicha información se podrá evaluar la atención, así como encontrar áreas de oportunidad que mejorar, cada día la atención por parte del personal de enfermería. El cuidado humanizado es el objetivo primordial para el personal de enfermería, por tanto, usted debe recibirlo en cada momento y sin importar en qué circunstancias se encuentre.

Así que se le pide amablemente, en cada afirmación, marque con "X" la respuesta que según su percepción corresponde a la forma en que se presentaron estos comportamientos durante su hospitalización

ITEM	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. Le hacen sentir como una persona				
2. Le tratan con amabilidad				
3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización				
4.- Le miran a los ojos, cuando le hablan				
5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes				
6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted				
7. El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted				



. 8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan				
9. Le facilitan el diálogo				
10. Le explican previamente los procedimientos				
11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas				
12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos				
13. Le dedican el tiempo requerido para su atención				
14. Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud				
15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado				
16. Le llaman por su nombre				
17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores				
18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)				
19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud				
20. Le manifiestan que están pendientes de usted				
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento				
22. Responden oportunamente a su llamado				
23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual				
24. Le escuchan atentamente				
25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo				
26. Le brindan un cuidado cálido y delicado				
27. Le ayudan a manejar su dolor físico				
28. Le demuestran que son responsables con su atención				



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS UAEM
FACULTAD DE ENFERMERÍA



29. Le respetan sus decisiones				
30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar				
31. Le respetan su intimidad				
32. Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico				

Nota: Reproducido de “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería.

PCHE 3era versión” (cuestionario) González Hernández, 2014.

Consentimiento Informado

Cuernavaca Morelos a ____de ____de 2023

Nombre del Investigador Principal: _____

Nombre del sujeto de investigación: _____

A través de este documento que forma parte del proceso para la obtención del consentimiento informado, me gustaría invitarlo a participar en la investigación titulada:

**“PROPUESTA METODOLÓGICA PARA EVALUAR LA PERCEPCIÓN SOBRE CUIDADO
HUMANIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19”**

Por favor tómese el tiempo que usted necesite, para leer la siguiente información cuidadosamente y pregunte cualquier cosa que no comprenda. Si usted lo desea puede consultar con personas de su confianza (Familiar y/o Médico tratante) sobre la presente investigación.

Esta investigación se llevará a cabo en el presente hospital y tiene como objetivo, determinar la percepción del cuidado humanizado brindado por el personal de enfermería a pacientes como usted, que fueron hospitalizados por COVID 19 durante el periodo de tiempo de pandemia; con la finalidad de conocer las deficiencias y fortalezas que el personal de enfermería tiene respecto al cuidado humanizado que le fue brindado, al momento de la ejecución de las intervenciones. Usted

ha sido invitado a formar parte de esta investigación, porque cumple con las características necesarias para el objeto de este estudio.

Participación:

Su participación es **voluntaria, anónima y confidencial**, No habrá impacto negativo alguno, si decide no participar en la investigación, y **no limitará de ninguna manera la calidad de la atención** que reciba en el Instituto, en término de sus derechos como paciente.

- Su participación consistirá en lo siguiente:
- Aceptar y Firmar el consentimiento informado
- Responder una serie de preguntas relacionadas a la percepción de los cuidados humanizados,

El presente trabajo de investigación tiene una duración de cuatro meses del año

Si está de acuerdo en participar, le pediremos que escriba nombre completo y firme el presente documento.

Nombre Completo y Firma



Cuernavaca, Morelos, 11 de octubre de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

*En mi carácter de revisor de la Tesina, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el Diploma de la Especialidad en Enfermería con opción terminal: Atención al Adulto en Estado Crítico, de la estudiante **NOLASCO PÉREZ HEBLIN MARLEN**, con matrícula **10053519**, con el título **PROPUESTA METODOLOGICA PARA EVALUAR LA PERCEPCION SOBRE CUIDADO HUMANIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19.**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.*

*Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESINA**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.*

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

DRA. CLAUDIA RODRIGUEZ LEANA
Docente de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

CLAUDIA RODRIGUEZ LEANA | Fecha:2023-10-12 12:17:31 | Firmante

HpDc3tPgqjUQofHbaFX5F5AjBPazSBpFAOJNQd1bMj8aLf6dX2tkMfiqdoE75bwYbntb25AxmEAYa6Ea0UeG1jb8KligZ1hD/Ycn7lwHkX9EtjxNs8ZUFA9xwq/oOYMIA0xtZj5+nqI8a7pmq0KjuhqXVPofJtXG0pFyzBD8Vuow1FFqR/nL0+du8Kfj7SQGI06dNiocK9VKAGXF9xl0gDK4J1b0hVS1ygysk+FMq0obplih6Hs0LSvqCjAheNziJ20PfHkVKdUALhagBW87IGV uKL2I8+G6gudHQ94yYSOelozEdfLXBntR7edVE2FJMMxo5NNYrOv6x1BsQWVnag==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[oilkq4d2R](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/zp2rKP5S0Ek3cHwmgIprkVFVQAR6ivdk>





Cuernavaca, Morelos, 11 de octubre de 2023.

E.E. Viridiana Mariely Solías Díaz
Coordinadora de las Especialidades en Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

*En mi carácter de revisor de la Tesina, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el Diploma de la Especialidad en Enfermería con opción terminal: Atención al Adulto en Estado Crítico, de la estudiante **NOLASCO PÉREZ HEBLIN MARLEN**, con matrícula **10053519**, con el título **PROPUESTA METODOLOGICA PARA EVALUAR LA PERCEPCION SOBRE CUIDADO HUMANIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19.**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.*

*Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESINA**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.*

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

DRA. NOHEMÍ ROQUE NIETO
Docente de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

NOHEMI ROQUE NIETO | Fecha:2023-10-11 15:08:33 | Firmante

r1cGn6/Vb3pIRMHCXsfFnbHANw1wdQs4gChcGDsoYePLZ6XhGhWX13rCgTo/OKn9wNsKuAbdNjtUu8GopSZumw8BI7ArKBlybipcim2Qbscz7OywHm/yqjRX+hH9dJXRj+2HNS744IUonuUn8jnTVRSsV44G/pe2yxOLsb8YdPv6WN0vaUJqqo+jjG9jQtP9ljLLIGPRJqev9Gha/QO7SS0iE3FhIhKBNU+j1vWAmVHnTvYqHLZMPGxwecH/xMhJN5+6EumTLbF7dCPAIBLgUwrnY6/DYMro5s5YTa0YbLcM8qgzzfunPhmTBmwDINJ2k0C8bP5oaCKWfb1hVrmA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[prmyWw3sx](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/83Kbv7one8zfWtgyul6aD9rcOvJp4K>



Cuernavaca, Morelos, 11 de octubre de 2023.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

*En mi carácter de revisor de la Tesina, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el Diploma de la Especialidad en Enfermería con opción terminal: Atención al Adulto en Estado Crítico, de la estudiante **NOLASCO PÉREZ HEBLIN MARLEN**, con matrícula **10053519**, con el título **PROPUESTA METODOLOGICA PARA EVALUAR LA PERCEPCION SOBRE CUIDADO HUMANIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19.**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.*

*Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESINA**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.*

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

E.E. VIRIDIANA MARIELY SOLIS DIAZ
Docente de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

VIRIDIANA MARIELY SOLIS DIAZ | Fecha:2023-10-12 11:27:13 | Firmante

sLFVe+SkLMem2MeB0lhBJu0o3efn1N/Cai+wGL5VcLJJDsSMJfVBSRqrHIH0l3yliNvrCgDXmqodIWA5q4SecM0TYNnjAMXpgKXtISQOKnmFKGnuhTfNvb1HG57phAAKGDG/M
MulFcV7dACM6T5nnt2t4ky2IVs9BEc6ioeBdZVVVjc/k03wThx9zf7pO9POECPK/V8uoFcMoKRe+ONyN29wAAO1A2GtQIYMCPlg6xhs7bT85SEdKlfgFpymUBwt3QZayg4iCOFuq
3iWjt7EeAFuDZwVtvfhU9MFB3MHvXrYLSAJwrRRpTiL117+TV8C/WVWrRZIs7w4u+g5ryyASg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[jf3NsnguZ](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/nl1LbXK9fPASOFIkMJEZjL9GikMjxms>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



Jefatura de Posgrado

Cuernavaca, Morelos, 11 de octubre de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

*En mi carácter de revisor de la Tesina, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el Diploma de la Especialidad en Enfermería con opción terminal: Atención al Adulto en Estado Crítico, de la estudiante **NOLASCO PÉREZ HEBLIN MARLEN**, con matrícula **10053519**, con el título **PROPUESTA METODOLOGICA PARA EVALUAR LA PERCEPCION SOBRE CUIDADO HUMANIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19.**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.*

*Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESINA**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.*

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

M.E. BEATRIZ LIZBETH RODRIGUEZ BAHENA
Docente de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

BEATRIZ LIZBETH RODRIGUEZ BAHENA | Fecha:2023-10-11 14:58:30 | Firmante

hGcjHeljQz0YEdV2tJ6MuQBGLcmJZgjCdg/jmJazj5yzLt+0bzbWEzn3CEitYmm+XPW3XiHeX3ObLWzXRuKlvczRDnY9yVTWckW6ixSg/c2ysr3wWNJdDWxNHHMG+zu5N181zZQVRabSFCmwnCzuOWiUMuDCzqMJq20oe7rX3M1K42rHERrHKZtCzaUATIDq62ZUiLatqb96tBYT1975gSZc8zsJ63pxC5X1YN+ViiHyP21pgrU3ODCWEVOBAPeL0lybHBVTxGHEQ9ieakGC8S70p9TUH0604tXBHJ6W0oSK19+B4ClmDj0pNs6Xvtn1z9GeficT5cpMXM/X1JYcg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[h4lnK1Rru](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/HpJBw538VOLBo9zzJzhwWiGdLFk20dd7>





Cuernavaca, Morelos, 11 de octubre de 2023.

Dra. Nohemí Roque Nieto
Secretaria de investigación
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Presente

*En mi carácter de revisor de la Tesina, hago de su conocimiento que he leído con interés el documento que, para obtener el Diploma de la Especialidad en Enfermería con opción terminal: Atención al Adulto en Estado Crítico, de la estudiante **NOLASCO PÉREZ HEBLIN MARLEN**, con matrícula **10053519**, con el título **PROPUESTA METODOLOGICA PARA EVALUAR LA PERCEPCION SOBRE CUIDADO HUMANIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19.**, por lo cual, me permito informarle que después de una revisión cuidadosa, concluyo que el trabajo se caracteriza por el establecimiento de objetivos académicos pertinentes y una metodología adecuada para su logro. Además, construye una estructura coherente y bien documentada, por lo que considero que los resultados obtenidos contribuyen al conocimiento del tema tratado.*

*Con base en los argumentos precedentes me permito expresar mi **VOTO DE APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TESINA**, por lo que, de mi parte, no existe inconveniente para que la estudiante continúe con los trámites que esta Secretaría de Investigación tenga establecidos para obtener el grado mencionado.*

Atentamente
Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

MTRA. CLAUDIA MACIAS CARRILLO
Profesora de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma del Estado de Morelos



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

CLAUDIA MACIAS CARRILLO | Fecha:2023-10-11 17:01:27 | Firmante

G0Jg9hVekmPi4C4kf8l5jc5wRZOeibZEA/gTvrck1hfllHACXA6lV9hRG8SEsceaAaSKaqmPAOcqSop531HfrW4fDH7N86/4u+VghGyvVMrOzVnOoCj0koihpd1vx2F0wTPFH04tr991gT4BsVGkH1KLpUEZMUQvd9ls3w+kTI9boUa27EsKo/OXjjZ+8H6VzpLKWVeYTe2rG22fTab9qoyUVqU9RWL8PzlkWuNal11cGIUftVl565iyIDoDS+me7h59VdxYrc8szBvuW843yKSEHJJPvxMMzr0dVV4c83SNGb5lMKAQQvYRJRfReMtJhBaf8DeARG1K8li4GADwagQ==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[kTwWAJ9IK](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/W7ud5LFalYvpm3B3Vf4FgT0p3sPVoOTQ>

