



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

**CUIDADO HUMANIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA
CLÍNICA SAN FRANCISCO DE PORTOVIEJO**

**HUMANIZED CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT OF THE SAN FRANCISCO
CLINIC IN PORTOVIEJO**

Artículo profesional previo a la obtención del título de Magíster en Gestión del Cuidado con
mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Línea de Investigación: Salud integral, determinación social y desarrollo humano.

Autoría:

ARLET ELIZABETH RIVADENEIRA PALMA

EMILIO GABRIEL PISCO MANTUANO

Dirección:

DR. JUAN PABLO MINCHALA ÁVILA

Santo Domingo – Ecuador

Agosto, 2022



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN

**CUIDADO HUMANIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA
CLÍNICA SAN FRANCISCO DEPORTOVIEJO**

**HUMANIZED CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT OF THE SAN FRANCISCO
CLINIC IN PORTOVIEJO**

Línea de Investigación: Salud integral, determinación social y desarrollo humano.

Autoría:

ARLET ELIZABETH RIVADENEIRA PALMA

EMILIO GABRIEL PISCO MANTUANO

Juan Pablo Minchala Ávila, Dr.

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Verónica Karina Arias Salvador, Mg.

CALIFICADORA

Sandy Janeth Aules Merchancano, Mg.

CALIFICADORA

Yullio Cano de la Cruz, PhD.

**DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y
POSTGRADOS**



Firmado electrónicamente por:
**JUAN PABLO
MINCHALA**

Santo Domingo – Ecuador

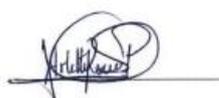
Agosto, 2022

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Nosotros, ARLET ELIZABETH RIVADENEIRA PALMA portadora de la cédula de ciudadanía No. 131568321-7 y EMILIO GABRIEL PISCO MANTUANO portador de la cédula de ciudadanía No. 131307980-6, declaramos que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.



Arlet Elizabeth Rivadeneira Palma
CI. 131568321-7



Firmado electrónicamente por:
**EMILIO GABRIEL
PISCO MANTUANO**

Emilio Gabriel Pisco Mantuano
CI. 131307980-6

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Yullio Cano de la Cruz, PhD

Dirección de Investigación y Postgrados

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad de director/a del Trabajo de Titulación de Postgrado de MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO CON MENCIÓN EN UNIDADES DE EMERGENCIA Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, titulado Cuidado humanizado en la unidad de cuidados intensivos de la Clínica San Francisco de Portoviejo realizado por los maestrantes: ARLET ELIZABETH RIVADENEIRA PALMA y EMILIO GABRIEL PISCO MANTUANO con cédula: No 131568321-7 y 131307980-6 respectivamente, previo a la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Santo Domingo, 28/08/2022

Atentamente,

Juan Pablo Minchala Ávila, Dr.

Profesor Titular Principal I



Firmado electrónicamente por:
**JUAN PABLO
MINCHALA**

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, gracias a Dios por la sabiduría, el entendimiento y la fuerza con la cual me permitió alcanzar este objetivo. A mis padres, hermano, esposo y mi hijo por su incondicional apoyo, motivación y por cada consejo positivo que me ayudo a salir adelante, gracias por compartir todo este proceso con un solo fin que es cumplir con este propósito en mi vida profesional.

A la pontificia universidad católica del ecuador sede santo domingo, a las autoridades y docentes que forman parte de esta prestigiosa institución, gracias por compartir sus conocimientos los mismos que aportan en nuestra formación como profesionales. A nuestro tutor MG. Juan pablo Minchala, por brindarnos su apoyo, paciencia, y dedicación durante la realización de este trabajo.

Arlet Elizabeth Rivadeneira Palma

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi madre por ser el primordial promotor de mis sueños, gracias por todos los días confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi esposa e hijos por estar preparados para acompañarme, por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por todas sus enseñanzas que me guiaron a lo largo de mi carrera profesional.

Agradezco a la Pontífice Universidad Católica del Ecuador, sede Santo Domingo por formarme con los mejores conocimientos a través de sus docentes.

Agradezco de sobremanera a mi tutor, la Dr. Juan Pablo Minchala, quien muy comedidamente y de forma acertada me guió en la elaboración del presente proyecto.

Emilio Gabriel Pisco Mantuano

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por estar a nuestro lado, guiándonos por el sendero del bien. A mis padres Yoryi y Cruz, mi esposo Antonio y mi hermano Cristhian por su constante apoyo, brindándome su cariño y valores que guían mi accionar, porque sin ustedes no hubiera logrado concluir satisfactoriamente mis metas.

A mi amado hijo Dylan Antonio que es la razón de mi vida.

Este trabajo de titulación de los dedico a ustedes, pues es el fruto de todo el apoyo y esfuerzo que siempre me brindaron.

Arlet Elizabeth Rivadeneira Palma

DEDICATORIA

Este proyecto está dedicado a mi madre Margarita Mantuano García, a mi esposa, Dra. Alexandra Rosero, mis ejemplos de vida, quienes con sabiduría me inculcaron en todo lo que soy, siempre creyeron y confiaron en mí; a mis hijos, que son mi razón de vivir, mi motivación de todos los días para ser un buen profesional y el impulso necesario me permitió seguir adelante.

Emilio Gabriel Pisco Mantuano

RESUMEN

La práctica del cuidado de la salud refleja actualmente una tensión constante entre el ser y el deber ser, hasta los límites en los que se puede hablar de deshumanización de los cuidados sanitarios. Bajo este contexto, el objetivo del presente artículo fue analizar el cuidado humanizado en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Francisco de Portoviejo. **Materiales y Métodos:** La investigación es de tipo descriptiva, cualitativa y transversal. Para la recolección de información se utilizó la técnica encuesta mediante un cuestionario realizado por este grupo de investigadores, el que está conformado por 10 preguntas relacionadas con la percepción del cuidado humanizado dirigido al personal médico y paramédico que labora en la UCI. Dicho instrumento, fue aplicado por medio de la herramienta Google Forms y procesado por el método analítico con el uso de la herramienta Microsoft Excel. **Resultados:** El 43,3% de los profesionales encuestados refirieron que se capacitan de manera frecuente con relación al cuidado humanizado y el 60% del personal considera que al involucrarse con el paciente se pierde objetividad. **Conclusiones:** Las actividades que realiza el personal de salud para brindar cuidado humanizado se identificaron algunos aspectos importantes, tales como la atención personalizada y el apoyo emocional hacia el paciente crítico. Asimismo, se logró evidenciar que gran parte de los profesionales colaboran con los familiares en el cuidado personal del paciente.

Palabras clave: Cuidado humanizado; personal de salud; unidad de cuidados intensivos.

ABSTRACT

The practice of health care currently reflects a constant tension between what is and what should be, to the extent that one can speak of the dehumanization of health care. In this context, the objective of this article was to analyze humanized care in the Intensive Care Unit of the San Francisco Clinic in Portoviejo. **Materials and Methods:** The research is descriptive, qualitative and transversal. For the collection of information, the survey technique was used through a questionnaire carried out by this group of researchers, which is made up of 10 questions related to the perception of humanized care addressed to medical and paramedical personnel who work in the ICU. Said instrument was applied through the Google Forms tool and processed by the analytical method with the use of the Microsoft Excel tool. **Results:** 43.3% of the professionals surveyed reported that they receive frequent training in relation to humanized care and 60% of the staff consider that when they get involved with the patient, objectivity is lost. **Conclusions:** The activities carried out by the health personnel to provide humanized care, some important aspects were identified, such as personalized attention and emotional support towards the critically ill patient. Likewise, it was possible to show that a large part of the professionals collaborate with the relatives in the personal care of the patient.

Keywords: Humanized care; health personnel; intensive care unit.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	4
3.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	11
4.	RESULTADOS	15
5.	DISCUSIÓN.....	26
6.	CONCLUSIONES	28
7.	RECOMENDACIONES.....	29
8.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
9.	ANEXOS	36

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes

Con respecto al tema planteado, en Europa se notificaron problemas asociados a la pérdida de valores éticos y de cuidado humanizado durante la prestación de servicios hospitalarios. Los profesionales sanitarios sugieren que esto se debe a las jornadas de trabajo extensas, la burocratización, la tecnificación del cuidado, la escasa formación en bioética y la falta de comunicación del personal, por lo cual España se ha catalogado como uno de los países más tecnificados y poco humanizados, excluyendo el aspecto humanitario que es esencial para el personal de salud (Consejería de Sanidad, 2019)

En este sentido, existe un panorama desfavorable en Latinoamérica con relación al cuidado humanizado que proporcionan los profesionales de la salud; como se refleja en un estudio realizado en Perú en donde solo el 9.7% de los pacientes mencionan que el trato humanizado del personal enfermero es alto (Ríos & Idrogo, 2021). En la misma línea, en Colombia el estudio de Joven & Guáqueta, (2019) demostró que el 42% de los pacientes de la UCI percibieron una buena comunicación de parte del personal de salud, concluyendo que los comportamientos humanizados son percibidos como -buenos en la categoría de priorizar al paciente como sujeto de cuidado, sin embargo, en otras categorías el promedio resultó bajo.

Bajo esta perspectiva, en Manabí-Ecuador Quiroz *et al.*, (2021) ejecutaron un estudio en donde señalaron que la falta de humanización en los cuidados de salud se da por la sobrecarga laboral que experimenta el personal asistencial, lo que ocasiona un déficit en la calidad de los servicios relacionados especialmente con el estrés laboral por el que pasan los profesionales sanitarios. Por otra parte, Calderón *et al.*, (2019) indicaron que en Ecuador impera el déficit de personal de salud, ya que para el 2016 se contaba con aproximadamente 19.890 licenciados de enfermería. En este sentido, por cada 10.000 laboraban 12,3 enfermeros. Bajo este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que los países que cuentan con menos de 23 profesionales de salud por cada 10.000 habitantes presentan dificultades para lograr las coberturas óptimas de asistencia.

1.2. Delimitación del problema

De acuerdo con la organización mundial de salud, la atención de calidad se refiere a los servicios brindados a la población que permiten alcanzar los resultados sanitarios deseados y que dependen de las capacidades y competencias de los profesionales sanitarios. La calidad implica promoción y prevención de enfermedades, planes terapéuticos, rehabilitación y cuidados paliativos. De esta forma, la calidad puede ser medida y mejorada constantemente a través de la atención basada en datos que expresen el nivel de atención, satisfacción del paciente y preferencias de los usuarios, familias y comunidades. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Mina (2021) nos dice que el desafío es transformar el modelo de atención técnico a uno que esté centrado en la atención humana, integrando las necesidades personales del paciente e implementando profesionales que estén dispuestos a realizar las actividades que implican el cuidado humanizado.

1.3. Formulación y sistematización del problema

1.3.1. Formulación del problema

- ¿Se aplica el cuidado humanizado en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Francisco de Portoviejo?

1.3.2. Sistematización del problema. Preguntas específicas

Pregunta general

- ¿Cuál es la percepción del cuidado humanizado presente en los profesionales de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Francisco de Portoviejo?

Preguntas específicas

- ¿Cuáles son las actividades que realiza el personal de salud para brindar cuidado humanizado?
- ¿Cuál es la importancia percibida por el personal sanitario acerca del cuidado humanizado?

1.4. Justificación de la investigación

La alta demanda de hospitalización de pacientes en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos sobrepasa la capacidad de atención del personal de salud. Además, la complejidad del cuidado del paciente crítico puede constituir un factor estresante para aquellos que están a cargo de su atención. En este sentido, el cuidado transpersonal puede ser puesto en un segundo plano. Por ello, la presente investigación se justifica en la necesidad de analizar la percepción del cuidado humanizado que tiene el personal de salud, ya que desde su autoconciencia será posible conocer qué tipo de cuidado se está brindado a la persona.

Con base en lo expuesto, la investigación contribuirá al incremento de conocimiento científico con relación al cuidado de calidad proporcionado por el personal que labora en la UCI de la Clínica San Francisco de Portoviejo. Asimismo, los resultados obtenidos podrán ayudar a mejorar la atención humanizada e implementar estrategias de capacitación para concientizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia del cuidado integral del paciente crítico, considerando los aspectos éticos en el cuidado brindado.

De esta manera, los beneficiarios del estudio serán los trabajadores que laboran en la UCI de la Clínica San Francisco de Portoviejo, dado que identificarán su nivel de cuidado humano, lo que servirá como base para fortalecer o mejorar la atención humanizada que otorgan a los pacientes que están bajo su cuidado. Por ende, los pacientes de dicha unidad de salud también serán beneficiados, ya que recibirán una atención y trato dignos por parte del personal.

1.5. Objetivos de la investigación

1.5.1. Objetivo general.

- Analizar el cuidado humanizado en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Francisco de Portoviejo.

1.5.2. Objetivos específicos.

- Identificar las actividades que realiza el personal de salud para brindar cuidado humanizado.
- Describir la importancia percibida por el personal sanitario acerca del cuidado humanizado.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Fundamentos teóricos

2.1.1. Cuidado humanizado

Según Pérez *et al.*, (2020) la humanización debe ser entendida como un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre individuos, dirigido a la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida. Desde el punto de vista de la salud, la intervención basada en la humanización, tiene el potencial sustancial para aumentar la cercanía física y emocional entre el paciente y los profesionales de la salud o entre los pacientes y sus familias. Desde una perspectiva psicológica, la humanización hace referencia a un estilo de relaciones interpersonales en el que intervienen varios procesos psicológicos, materializados en la adquisición de competencias personales.

De acuerdo al criterio de Meneses *et al.*, (2021) la humanización del cuidado es un elemento fundamental para lograr la promoción del bienestar durante los procesos de atención dentro de los sistemas de salud, puesto que el ambiente hospitalario se encuentra inmerso en un desequilibrio de emociones producto del sufrimiento y la angustia que vive el enfermo y la familia. Promover el cuidado humanizado durante el trabajo cotidiano de los profesionales de la salud implica promover la universalidad del derecho a la salud como elemento esencial donde no debe haber distinciones de ningún tipo. Esta debe ser desarrollada como una formación integral de todo profesional de la salud desde las aulas universitarias.

Para Busch *et al.*, (2019) el personal de salud en lugar de centrarse principalmente en los síntomas clínicos del paciente debería mostrar compasión y empatía hacia él, respetar sus valores, necesidades y preferencias individuales e involucrar al paciente en el proceso de toma de decisiones. La atención centrada en el paciente se orienta principalmente en una perspectiva más integral, considerando al enfermo como una persona con una historia única e inmiscuyendo a los cuidadores en el proceso de recuperación. En tal sentido, el cuidado humanizado requiere de proveedores de atención médica capacitados y de la formulación de políticas en pro de la calidad de atención.

Por lo expuesto, se entiende que el cuidado humano es un proceso que tiene lugar a través de la comunicación entre el trabajador de salud y el paciente. Bajo este contexto, dicho

cuidado se enfoca en tratar al paciente como una entidad holística con necesidades amplias que son atendidas por los profesionales sanitarios. Al llegar al hospital, el paciente descubre nuevas situaciones que le generan miedo e inseguridades, de esta manera, su percepción sobre el cuidado brindado se convierte en un conjunto de acciones que estimulan el bienestar y resultan en un trato con dignidad (Quispe, 2020).

2.1.2. Garantizar la calidad del cuidado

Para Aggarwal *et al.*, (2019) la atención de la salud es un sector muy complejo y la prestación de servicios sanitarios es fragmentada. Por esta razón, la calidad puede ser un paradigma común para abordar las necesidades de todos los grupos en el cuidado de la salud. La mejora de la calidad es el enfoque basado en procesos para los desafíos operativos de la organización, por lo que la iniciativa de abordar la calidad en la atención de la salud se ha convertido en un fenómeno mundial. Una revolución de calidad para la prestación de servicios con el paciente en el centro y los servicios a su alrededor es la demanda de la época.

Según March (2017) es indispensable la humanización del personal sanitario para garantizar la calidad de atención, ya que por años el servicio integral del cuidado fue vista como el cumplimiento de las necesidades físicas de los individuos, no obstante, con el fin de proteger la salud de la comunidad, los profesionales sanitarios no solo deben prevenir y curar enfermedades, sino que también deben garantizar el bienestar del usuario a nivel emocional, espiritual y social. Desde este enfoque, es necesario ahondar en la relación que existe entre pacientes y trabajadores sanitarios en un aspecto afectivo para asegurar una asistencia humana de calidad.

Para Andino (2018) las unidades que brindan servicios de salud deben estar conscientes de que la deshumanización influye en la calidad de atención. En este sentido, el autor señala que los términos calidad y humanización van de la mano y se entiende como el respeto por los valores, dignidad y derechos de los pacientes. Bajo el mismo criterio, Melles *et al.*, (2021) refieren que en los últimos años se han introducido nuevas formas de atención al paciente para garantizar un cuidado seguro y de calidad. Los ejemplos incluyen la organización de la atención en equipos multidisciplinarios dinámicos de profesionales médicos para coordinar la comunicación y el diagnóstico mutuos, orientar el tratamiento hacia los resultados que son importantes para los pacientes y la participación activa del paciente en todo el proceso de atención.

De esta manera, las intervenciones del equipo de salud deben incorporar sentimientos, pensamientos y emociones manifestados por los pacientes y usuarios que son atendidos en las unidades asistenciales. Para ello, es necesario considerar los valores, actitudes y conocimientos propios de cada profesional que son necesarios para proporcionar una atención con calidad y calidez. En este sentido, la gestión de cuidados humanizados hace parte de uno de los aspectos del cuidado más importantes para los profesionales. No obstante, este aspecto del cuidado representa un desafío constante para los trabajadores sanitarios, dado que existen múltiples factores en el sistema de salud que le impiden al personal brindar una atención integral. (Vidal, 2019)

2.1.3. El cuidado humanizado en la Unidad de Cuidados Intensivos

De acuerdo a Kanokporn *et al.*, (2018) los enfermos críticos son personas que tienen enfermedades potencialmente mortales o son muy propensas a padecer dichas patologías y en ocasiones, estas enfermedades aparecen de forma repentina e impredecible. Por ello, requieren la asistencia inmediata de personal médico y profesionales de enfermería que estén bien informados, instruidos y capacitados en la evaluación clínica, así como en el poder brindar cuidados críticos para prevenir complicaciones. Los pacientes críticos tienen las mismas necesidades que el público en general, no obstante, aunque estas necesidades son principalmente físicas, los cuidados humanizados llegan a ser una necesidad básica para vivir, dado que brinda seguridad, estabilidad, sentido de amor y pertenencia al paciente.

En la UCI es importante que los pacientes críticos reciban soporte vital, utilizando tecnología avanzada y tratamientos agresivos como, la anestesia, intubación, ventilación mecánica y monitorización invasiva, esto ayuda a los equipos médicos a utilizar todas las medidas posibles para conservar la vida del paciente. Sin embargo, muchas veces las medidas adoptadas no proporcionan una expectativa razonable de mejora o una posibilidad real de supervivencia ante una enfermedad terminal y pueden prolongar el sufrimiento, lo que no es lo mejor para los pacientes. En este punto, es necesario evaluar y determinar la posibilidad de discontinuar las terapias si son ineficaces y asegurar que el paciente tendrá una muerte más tranquila y digna, lo que hace parte de un cuidado humanizado (Yanez & Vargas, 2018).

En estos casos, el encuentro entre medicina intensiva y paliativa tiene objetivos diferentes, pero deben vincularse y complementarse para lograr un objetivo común, el cual es cuidar al paciente terminal al final de su vida, respetando su dignidad y protegiendo su

calidad de vida. En estas situaciones, es deber del personal de salud estar con el paciente, brindarle comodidad física, bienestar mental, ayudarlo a sobrellevar el dolor y el sufrimiento. Por tanto, el manejo de estos pacientes debe ser global y sus necesidades deben ser atendidas de forma personal, lo cual debe verse reflejado en cada trabajo que realizan los profesionales de salud (Gorki & Cieza, 2020).

La humanización en la UCI significa que los profesionales sanitarios deben tratar a los pacientes sobre la base de la convergencia del amor y el afecto. Hace ya varias décadas, se han venido desarrollando varias tecnologías para la ciencia médica especializada en servicios de atención en salud, lo que ha dejado a un lado el aspecto afectivo del cuidado. Sin embargo, existe la necesidad de un cuidado humano (Salazar, 2018). Desde este punto de vista, Asmat *et al.*, (2018) señalan que el cuidado que se adelanta a las atenciones, está orientando a priorizar el cuidado emocional y físico del paciente, hallando que hay carencia en la formación de vínculos emocionales con el paciente en la UCI, debido a la complejidad de las actividades realizadas.

Para Wilson *et al.*, (2019) la alta carga de trabajo y el agotamiento pueden hacer que el equipo de atención médica se vuelva insensible a los aspectos humanos de la enfermedad crítica. Las políticas y culturas de muchas UCI (como las visitas restrictivas) promueven la deshumanización, además, la prestación de atención fragmentada (trabajo por turnos) también puede impedir que los médicos y personal enfermero de la UCI conozcan a sus pacientes como personas. Si bien el personal puede tener un conocimiento experto de la atención crítica, pocos han experimentado la vida como paciente de la UCI o han pensado en cómo se sentiría esa experiencia. Para aquellos que han experimentado ser un paciente, la experiencia interna les ha enseñado la importancia de la presencia de la familia junto a la cama, el contacto físico, como tomarse de la mano y las palabras tranquilas de explicación, seguridad y apoyo.

Por otro lado, Galvin *et al.*, (2018) señalaron que los pacientes críticos a menudo están sedados, lo que reduce su capacidad para hacer contacto visual. El contacto visual es una poderosa herramienta de comunicación que transmite una gran cantidad de información social. La mirada directa desencadena una mayor actividad en la amígdala y la activación de respuestas relacionadas con el acercamiento, preparándonos para la interacción social. La mirada desviada desencadena sentimientos de desconexión y desinterés. En tal sentido, las enfermedades críticas en sí mismas son complejas, multifactoriales y difíciles de tratar, por lo

que la comunicación entre los profesionales de la salud requiere una apreciación rápida y precisa de los procesos complicados de la enfermedad.

2.1.4. Relación entre el paciente y personal de salud

Según González *et al.*, (2020) no es un secreto que la enfermedad provoca mucha inseguridad y ansiedad, con la consiguiente necesidad del paciente de obtener bajo estas circunstancias un poco de calor humano de parte de los trabajadores de salud y que todo miembro del equipo médico debe saber brindar, independientemente de su personalidad y nivel de desarrollo cultural, político y técnico. Sin duda, estas capacidades aumentarán con la selección de personalidades adecuadas y la mejora de los demás aspectos mencionados, lo que será generado por el continuo desarrollo de la sociedad. El nivel de conciencia de la importancia de las relaciones interpersonales positivas en la recuperación del paciente debe ser proporcional al nivel cultural y técnico de los trabajadores del establecimiento de salud.

En la relación entre el paciente y personal de salud debe existir un cuidado humano en donde se tiene la capacidad de percibir lo que siente la otra persona, comprender el dolor y actuar en consecuencia. Los miembros del equipo de atención, los pacientes del hospital, los seres queridos y los acompañantes también pueden tener necesidades emocionales. Estos se encuentran en situaciones de angustia cuando quieren evitar el sufrimiento y restaurar su salud. Adicionalmente, existen situaciones en las cuales la salud de los miembros del equipo médico ocasiona riesgos psicosociales como el síndrome de burnout en el ejercicio de su trabajo, que afecta las relaciones interpersonales con los pacientes, lo que constituye una falla en el aspecto psicológico del tratamiento (Mendoza, 2017).

De todas las relaciones humanas, la relación médico-paciente es una de las más complejas y estresantes. Involucra aspectos científicos, bioéticos y emocionales propios a dos totalidades que interactúan inmersos en contextos sociales, culturales y económicos cambiantes a lo largo del tiempo. Es comprensible que los pacientes se sientan impotentes cuando el profesional de salud no los escucha, aunque se puede tener un conocimiento previo respecto a su pronóstico es importante comenzar la interacción que comienza la construcción de los cimientos de cualquier relación personal como, la calidad del tiempo y la atención paciente. No se trata solo de cumplir unas ciertas pautas en el trato o cuidado que se brinda, sino que tras el diagnóstico es imprescindible que el trabajador de salud sepa menguar o

compartir junto con el paciente los sentimientos de ansiedad, e incluso enojo o quizás de impotencia (Mendoza, 2017).

Para Harbishettar *et al.*, (2019) la relación médico-paciente es crucial para la prestación de servicios de salud. En el pasado, la relación era vista como una entre un sanador y una persona enferma, sin embargo, en la era moderna, se ve como una interacción entre un proveedor de atención y un usuario del servicio. Un vínculo entre el médico y el paciente que se basa en la confianza ha sido una parte integral de la atención, promueve la recuperación, reduce las recaídas y mejora la adherencia al tratamiento. La creciente desconfianza de los pacientes hacia los médicos los lleva a cambiar de médico con frecuencia, y debido a esto, los pacientes corren el riesgo de perder el beneficio terapéutico de la relación médico-paciente. Las relaciones interpersonales terapéuticas son un componente principal de todas las interacciones de atención médica que facilitan experiencias positivas entre el médico y el paciente.

Según Sueiras *et al.*, (2017) dos modelos principales se han vuelto dominantes en la práctica de la medicina; medicina basada en evidencia y medicina basada en valores. Mientras que el primero enfatiza la investigación sistemática con la ayuda del avance; el último se centra en vincular la evidencia científica con los valores específicos y, a veces, contradictorios que operan tanto del lado del paciente como del lado de los médicos durante el tratamiento. No obstante, para cumplir con eficacia los fines de la medicina es primordial que se establezca un enfoque integral que unifique con éxito las prácticas basadas en evidencia y basadas en valores. En el caso de la práctica médica los valores epistémicos son centrales en la medicina basada en la evidencia, encontrar la causa de una enfermedad es muy importante, sin embargo, la medicina basada en valores incluye valores éticos que se relacionan con el humanismo.

2.1.5. Teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson

De acuerdo a Monje *et al.*, (2018) algunos autores han definido el cuidado humanizado, centrándose en el enfoque general y total que deben tener las intervenciones brindadas hacia los pacientes, recalando que debe existir un equilibrio entre el entendimiento de la ciencia y los valores humanos. En este sentido, es esencial la aplicación de los principios de bioética que deben dirigir el trabajo realizado por el profesional de la salud con la base moral y filosófica del cuidar. De esta manera, el autor expone que la Teoría

del Cuidado Humano expuesta por Jean Watson se fundamenta en la filosofía y la ética que combinan el entorno de atención médica actual, consciente de los costos y de alta tecnología, con prácticas de atención más humanas.

Además, integra conceptos humanísticos de cuidado y altruismo, valores y sensibilidad cultural y el establecimiento de una relación de ayuda entre los individuos, que sostiene las características psicosociales del sistema, afirmando que el cuidado de las personas se basa en valores como la benevolencia, la preocupación, el amor a sí mismo y a los demás. La relación de cuidado personal se basa en la capacidad del paciente para obtener una visión objetiva de su condición y la capacidad del cuidador para mostrar un interés genuino por el individuo en todos los ámbitos de la vida, creando un vínculo mental que ayuda en el enfrentamiento de la enfermedad. Tomando así una actitud trascendente ante el sufrimiento para que se logre la armonía interior (Tafur & Quesquén, 2021).

Según De la Nube *et al.*, (2021) la teoría de Jean Watson describe que cuidar es esencialmente una humano, moral, ético, fenomenológico y espiritual. Así, el personal de salud debe ejercer este absoluto desempeño del sentido vocacional con sólidos valores sociales y humanos. El cuidado es un acto que puede ser competencia de todos los profesionales, sin embargo, el personal de enfermería es quien dedica más tiempo, esfuerzo y dedicación. Las enfermeras son las que ofrecen a los usuarios del sistema de salud todos sus conocimientos técnicos y conocimientos científicos adquiridos durante su carrera de formación, se esfuerzan por realizar su trabajo con calidad, calidez, precisión y profesionalismo. Además, se ha demostrado que son quienes tratan al paciente de manera holística, es decir, consideran los aspectos biológicos, así como los sentimientos, pensamientos, hábitos y relaciones personales.

2.2. Predicción científica

- El personal de salud que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Francisco de Portoviejo brinda escasos cuidados humanizados a los pacientes allí internados.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Enfoque, diseño y tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva, cualitativa y transversal. Tiene como objetivo analizar el cuidado humanizado brindado por profesionales de salud de la Clínica San Francisco de Portoviejo.

3.2. Población y muestra

Con respecto al universo poblacional, se tiene a 30 profesionales de la salud, entre los cuales se encuentran 4 médicos residentes, 4 médicos especialistas, 10 licenciados en enfermería, 3 licenciados en laboratorio clínico y 9 auxiliares de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Francisco de Portoviejo.

3.3. Operacionalización de las variables

Variable	Dimensión	Indicadores	Escala
Variable dependiente: Profesionales de salud	¿Cuál es su profesión?	Cargo que desempeñan los profesionales de salud en la institución.	-Médico residente
			-Médico especialista
			-Licenciado/a en enfermería
			-Licenciado/a en laboratorio clínico
			-Auxiliar de enfermería
	¿Con qué frecuencia se ha capacitado respecto al cuidado humanizado?	Frecuencia en la que el personal de salud se ha capacitado en relación al cuidado humanizado.	- Frecuentemente
			-Poco frecuente
			-Nunca

	¿Con qué frecuencia considera que al involucrarse con el paciente pierde objetividad?	Frecuencia con la que el personal de salud se involucra con el paciente.	- Frecuentemente -Poco frecuente -Nunca
Variable independiente :	¿Con qué frecuencia llama al paciente por su nombre?	Frecuencia con la que el personal de salud llama a los pacientes por su nombre.	- Frecuentemente -Poco frecuente -Nunca
Cuidado humanizado	¿Con qué frecuencia se identifica y saluda al paciente antes de realizarle algún procedimiento?	Frecuencia con la que el personal de salud se presenta con el paciente y lo saluda antes de realizar algún procedimiento.	- Frecuentemente -Poco frecuente -Nunca
	¿Con qué frecuencia mira al paciente los ojos y lo escucha atentamente cuando se dirige a usted?	Frecuencia con la que el personal de salud mira a los ojos del paciente y escucha con atención.	- Frecuentemente -Poco frecuente -Nunca
	¿Con qué frecuencia explica el procedimiento a realizar al paciente, aunque esté inconsciente?	Frecuencia con la que el personal de salud explica los procedimientos antes de realizarlos.	- Frecuentemente -Poco frecuente -Nunca
	¿Con qué frecuencia usted anima al paciente cuando se siente	Frecuencia con la que el personal de salud anima al paciente.	- Frecuentemente -Poco

decaído?		frecuente
		-Nunca
¿Qué actividades asociadas al cuidado humanizado emplea Ud. con sus pacientes?	Actividades humanizadas que realiza el personal que labora en la UCI.	-Permite recibir visitas con más frecuencia -Permite que el familiar pase más tiempo en contacto con el paciente -Colabora Ud. con el familiar en el cuidado personal del paciente
¿Desde su punto de vista, cree Ud. que es importante el cuidado humanizado y por qué?	Percepción del cuidado humanizado por parte del personal de salud.	-Sí -No

3.4. Técnicas e instrumentos de recogida de datos

Para la recolección de información se utilizó la técnica encuesta mediante un cuestionario conformado por 10 preguntas relacionadas con la percepción del cuidado humanizado. Dicho instrumento, fue aplicado por medio de la herramienta Google Forms a 30 profesionales de la salud que laboran en la UCI de la Clínica San Francisco de Portoviejo.

El cuestionario mencionado fue elaborado por los autores de la investigación tomando en cuenta las variables implicadas en el estudio y los objetivos planteados. En este sentido, el proceso de validación se llevó a cabo con el apoyo de profesionales expertos en la temática planteada. Los criterios de los expertos permitieron confirmar la efectividad del instrumento elaborado y si proporciona una salida para los objetivos del estudio.

3.5. Técnicas de análisis de datos

Para realizar el análisis de datos se aplicó el método analítico por medio del cual se brindan explicaciones de los elementos básicos y específicos de la temática abordada. Ello se realizó mediante el análisis de la fundamentación teórica y a través de los resultados obtenidos del cuestionario aplicado. Bajo este contexto, se logró describir cuáles son las actividades relacionadas con el cuidado humanizado que realiza el profesional de salud e identificar en qué grupo de profesionales se presentan más dicho cuidado.

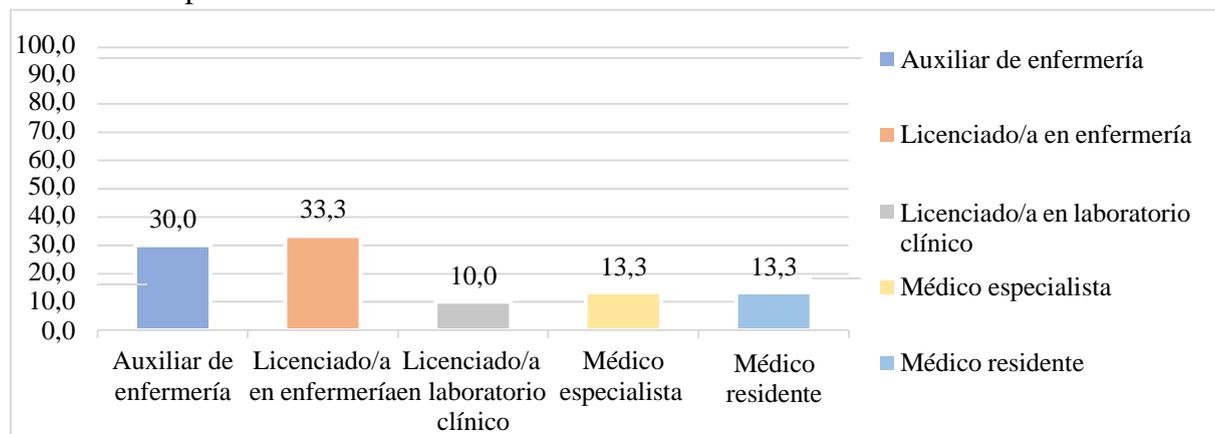
Asimismo, se aplicó el método estadístico para representar la relación entre las distintas variables. Para ello, se utilizó el software Microsoft Excel por medio del cual se tabularon los datos para posteriormente presentarlos en tablas y gráficos que permitieron la interpretación de los resultados obtenidos. Lo mencionado, dio paso al análisis de los datos a nivel cuantitativo y su discusión de acuerdo al criterio de diversos autores para finalmente realizar las conclusiones del estudio.

4. RESULTADOS

Para dar cumplimiento al primer objetivo específico relacionado con identificar las actividades que realiza el personal de salud para brindar cuidado humanizado, se presentan los siguientes resultados:

Gráfico 1

Profesión del personal de salud



Fuente: Encuesta dirigida al de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Francisco de Portoviejo

Elaboración: Propia de los autores

Análisis: De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 1, se denota que el 33,3% del personal es licenciado en enfermería, mientras que el 13,3% de ellos son médicos especialistas. De esta manera, se analiza que la mayoría del personal implicado en el estudio pertenece al área de enfermería.

Tabla 1

Frecuencia de capacitaciones sobre cuidado humanizado del personal de salud

Capacitaciones sobre cuidado humanizado	Frecuencia	%
Frecuentemente	13	43,3
Nunca	4	13,3
Poco frecuente	13	43,3
Total	30	100,0

Fuente: Encuesta dirigida al de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Francisco de Portoviejo**Elaboración:** Propia de los autores

Análisis: Con relación a los datos recabados en la tabla 1, se denota que el 43,3% de los profesionales refirieron que se capacitan de manera frecuente con relación al cuidado humanizado, otro 43,3% indicaron que con poca frecuencia se capacitan y el 13,3% señalaron que nunca se han capacitado en la temática descrita. En este sentido, se infiere que la mayoría del personal implicado en el estudio conoce poco sobre las actividades de cuidado humanizado que deben proporcionar al paciente crítico.

Tabla 2

Frecuencia con la que el personal de salud considera que al involucrarse con el paciente pierde objetividad

Perder objetividad	Frecuencia	%
Frecuentemente	2	6,7
Nunca	10	33,3
Poco frecuente	18	60,0
Total	30	100,0

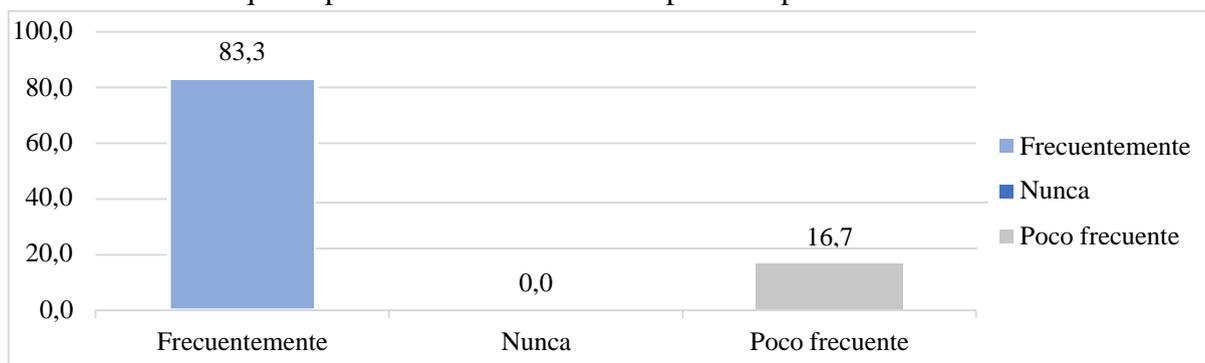
Fuente: Encuesta dirigida al de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Francisco de Portoviejo

Elaboración: Propia de los autores

Análisis: Con base en lo expuesto en la tabla 2, se interpreta que el 60% del personal refieren que con poca frecuencia consideran que al involucrarse con el paciente se pierde objetividad, mientras que el 6,7% lo hace de manera frecuente. Bajo este contexto, se analiza que los profesionales implicados en el estudio no se involucran con los pacientes por temor a perder objetividad en su trabajo.

Gráfico 2

Frecuencia con la que el personal de salud llama al paciente por su nombre



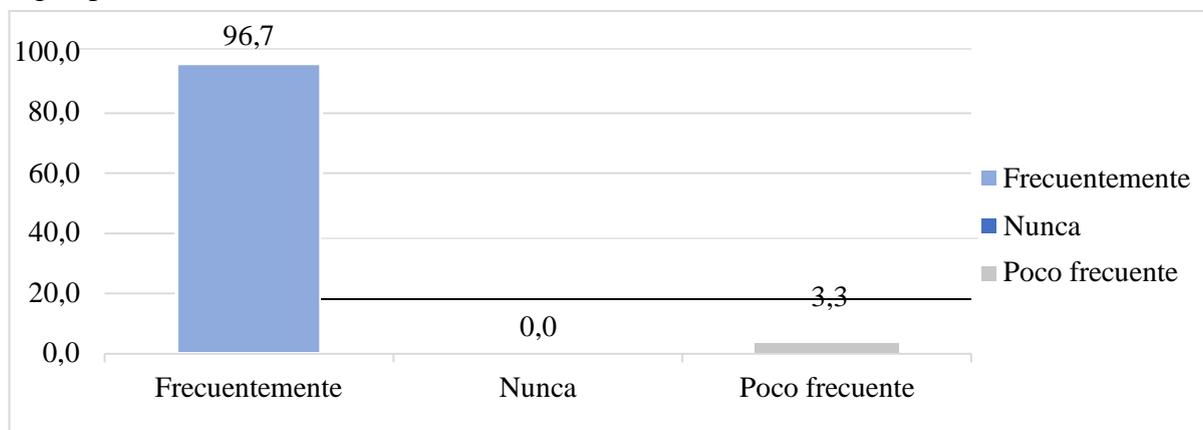
Fuente: Encuesta dirigida al de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Francisco de Portoviejo

Elaboración: Propia de los autores

Análisis: De acuerdo a los resultados obtenidos en el gráfico 2, se denota que el 83,3% del personal frecuentemente llama al paciente por su nombre, mientras que el 16,7% de ellos lo hace con poca frecuencia. En este sentido, se infiere que la mayoría de los profesionales brindan un trato humanizado al paciente por medio de dirigirse a ellos por su nombre.

Gráfico 3

Frecuencia con la que el personal de salud se identifica y saluda al paciente antes de realizar algún procedimiento



Fuente: Encuesta dirigida al de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Francisco de Portoviejo

Elaboración: Propia de los autores

Análisis: Con relación a los datos presentados en gráfico 3, se analiza que el 96,7% de los profesionales frecuentemente se identifican y saludan al paciente antes de realizar algún procedimiento, mientras que el 3,3% lo realiza con poca frecuencia. De esta manera, se analiza que la mayor parte de los profesionales de estudio brindan un cuidado humanizado a través de presentarse con el paciente.

Tabla 3

Frecuencia con la que el personal de salud mira al paciente a los ojos y lo escucha atentamente

Frecuencia con la que el personal mira al paciente y lo escucha	Frecuencia	%
Frecuentemente	30	100,0
Nunca	0	0,0
Poco frecuente	0	0,0
Total	30	100,0

Fuente: Encuesta dirigida al de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Francisco de Portoviejo

Elaboración: Propia de los autores

Análisis: De acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla 3, se denota que el 100% del personal refirió que frecuentemente mira a los ojos y escucha al paciente de manera atenta. En este sentido, se puede inferir que los profesionales de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Francisco de Portoviejo se preocupan por brindar un cuidado humanizado a los pacientes que están bajo su cargo.

Tabla 4

Frecuencia con la que el personal de salud le explica el procedimiento a realizar al paciente, aunque esté inconsciente

Explica el procedimiento a realizar al paciente inconsciente	Frecuencia	%
Frecuentemente	23	76,7
Nunca	2	6,7
Poco frecuente	5	16,7
Total	30	100,0

Fuente: Encuesta dirigida al de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Francisco de Portoviejo

Elaboración: Propia de los autores

Análisis: Con relación a los datos obtenidos en la tabla 4, se interpreta que el 76,7% del personal frecuentemente le explica el procedimiento a realizar al paciente, aunque esté inconsciente, sin embargo, un 6,7% de los profesionales señaló que no lo hace. De esta manera, se infiere que existe escasa humanización de parte del personal para con los pacientes inconscientes.

Tabla 5

Frecuencia con la que el personal de salud anima al paciente cuando se siente decaído

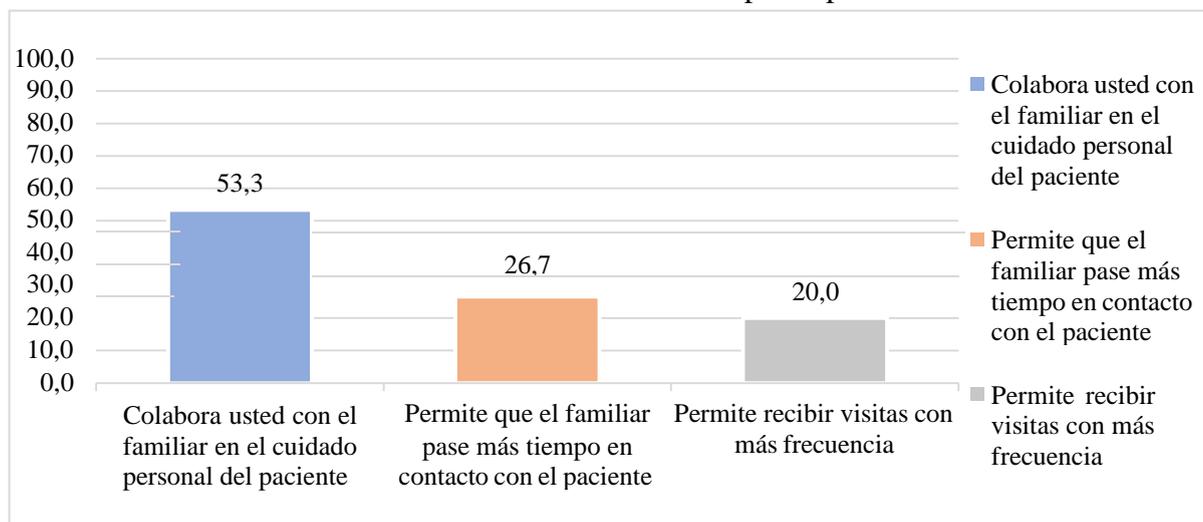
Frecuencia con la que el personal anima al paciente	Frecuencia	%
Frecuentemente	30	100,0
Nunca	0	0,0
Poco frecuente	0	0,0
Total	30	100,0

Fuente: Encuesta dirigida al de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Francisco de Portoviejo**Elaboración:** Propia de los autores

Análisis: Con relación a los datos obtenidos en la tabla 5, se interpreta que el 100% del personal frecuentemente anima al paciente cuando se siente decaído. A la luz de lo expuesto, se infiere que los profesionales encuestados se preocupan por los sentimientos del paciente y no sólo por su estado físico.

Gráfico 4

Actividades asociadas al cuidado humanizado realizadas por el personal de salud



Fuente: Encuesta dirigida al de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Francisco de Portoviejo

Elaboración: Propia de los autores

Análisis: Con relación a los resultados obtenidos en el gráfico 4, se analiza que el 53,3% de los encuestados colabora con los familiares en el cuidado personal del paciente, el 26,7% permite que el familiar pase más tiempo en contacto con el paciente y el 20% permite recibir visitas con más frecuencia. De esta manera, se entiende que la mayoría de los profesionales realizan alguna actividad propia del cuidado humanizado, sin embargo, no se reflejan porcentajes altos, lo que denota un déficit de humanización en la UCI.

Para dar cumplimiento al segundo objetivo específico sobre describir la importancia percibida por el personal sanitario acerca del cuidado humanizado, se plantea lo siguiente:

Tabla 6

Importancia de cuidado humanizado percibida por el personal de salud

Importancia del cuidado humanizado	Frecuencia	%
Sí	30	100,0
No	0	0
Total	30	100,0

Fuente: Encuesta dirigida al de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Francisco de Portoviejo

Elaboración: Propia de los autores

Análisis: Con relación a los resultados obtenidos en la tabla 6, se analiza que el 100% del personal cree que es importante el cuidado humanizado

De los 30 encuestados, sólo 20 profesionales respondieron por qué es importante el cuidado humanizado con lo que se detalla a continuación:

- *“Por su ayuda a su mejoría en todos los aspectos”*
- *“El cuidado humanizado es dado en forma regular y es necesario implementar estrategias, planes de mejoras y capacitación continua con la finalidad de generar la sensibilización del personal de enfermería para aplicar buen trato al paciente desde un abordaje basado en valores humanos”*
- *“Dar esperanza de vida”*
- *“Porque no me gustaría que en algún momento esté yo, así como ellos, y me atiendan mal por eso doy todo de mí, converso con ellos trato de hacerlos reír para que no estén amargados decaídos porque hay que tener bastante paciencia con ellos y ser un excelente ser humano con los demás”*
- *“Es importante el cuidado humanizado, ya que sobre todo estamos dando atención a un ser humano que merece recibir las atenciones respectivas por bienestar de su salud tanto mental y corporal”*
- *“Porque ayudar al paciente a su recuperación, demostrar empatía, aprecio y dedicación ese afecto ayudará a su pronta mejoría y él se sentirá bien cuidado y confiado de nuestro trabajo”*
- *“El cuidado humanizado es necesario en la práctica porque permite mejorar el cuidado que se brinda al paciente con el fin de proporcionar su calidad de vida o estadía en una sala de recuperación.”*
- *“Porque se brinda una atención de calidad y ayuda a acelerar el proceso de recuperación”*
- *“Tener más confianza con el paciente”*
- *“Porque ayudará al paciente a su recuperación demostrándole empatía, dedicación, afecto ellos se van a sentir mejor y tendrán una rápida recuperación porque se van a sentir seguros y confiados de nuestro trabajo”*
- *“Porque ayuda a la pronta recuperación de los pacientes”*
- *“Porque ayuda al paciente sentirse más cómodo en la unidad cuando uno le brinda su apoyo y lo escucha de manera que el paciente se sienta bien”*

- *“Por qué es el que nos permite mejorar en la atención de enfermería y tener un buen trato con el paciente y reconocer los valores humanos”*
- *“Porque hay que tener empatía humana y así lograr la recuperación pronta del paciente, en este caso es lo primordial.”*
- *“Permite a la recuperación oportuna del paciente”*
- *“Por el derecho que cada persona ejerce”*
- *“Hay evidencia científica que ayuda a la recuperación del paciente”*
- *“Porque el apoyo humanizado es importante, ya que permite el contacto con el paciente y los familiares para que haya una mejor recuperación”*
- *“Es importante el buen trato en todo aspecto. como individuo nos gusta que nos traten con respeto y empatía valores los cuales debemos aplicar al tratar a los pacientes como personas que merecen ser llamadas por su nombre recibir un buen trato darles alegrías sin cambiar el objetivo al que se quiere llegar a través de cuidado diario que se le brinda al paciente”*
- *“Es importante para que el paciente se sienta tranquilo en todo momento”*

A partir de los aspectos mencionados, se puede analizar que la mayoría de profesionales coinciden en que el cuidado humanizado cobra importancia, puesto que influye en la recuperación del paciente y hace parte del cuidado de calidad.

5. DISCUSIÓN

Con base en los resultados obtenidos, se denota que menos de la mitad del personal encuestado (43,3%) frecuentemente se ha capacitado sobre el cuidado humanizado, lo que puede afectar de manera negativa en la atención prestada por estos profesionales. De manera similar, Grisales y Acevedo (2019) en su estudio denominado -Evaluación de Humanización en Servicios de Saludl refirieron que sólo el 40% de los profesionales en estudio habían sido capacitados en temas relacionados con el cuidado humanizado. Lo que demuestra que este tipo de cuidado es un tema que en muchas ocasiones es dejado a un lado en la formación del personal de salud.

Una minoría de los implicados en este estudio (6,7%) frecuentemente consideran que al involucrarse con el paciente se pierde objetividad, mientras que el 16,7% de con poca frecuencia llama al paciente por su nombre, lo que puede indicar que hay un déficit en el cuidado humanizado hacia el paciente. Por el contrario, Borges *et al.*, (2019) indica que la pérdida de objetividad interfiere en la toma de decisiones del personal y sus capacidades profesionales.

De igual manera, difiere de lo señalado por Hanacek *et al.*, (2020) quienes indicaron que el 91,9% de los encuestados llama al paciente por su nombre. Bajo este contexto, se infiere que en el presente estudio existen ciertos aspectos del cuidado humanizado que deben ser fortalecidos, especialmente el hecho de llamar al paciente por su nombre, puesto que esto hace parte de un trato digno hacia los usuarios y constituye un derecho inherente que tienen todas las personas.

No obstante, el 100% del personal encuestado refirió que frecuentemente mira a los ojos y escucha al paciente de manera atenta cada que este le habla. De igual manera, el 100% de los profesionales anima al paciente cuando se siente decaído. Lo expuesto, difiere de los resultados expresados por López (2020) en donde únicamente el 47,5% de los pacientes refirieron que a veces el enfermero lo escuchó atentamente y le miró a los ojos durante la atención brindada.

De igual manera, el autor citado señaló que el 56,6% de los pacientes indicaron que a veces el enfermero trata de tranquilizarlo cuando se siente triste o deprimido por su estado de salud. En este sentido, se comprende que en la presente investigación los profesionales sanitarios se preocupan por el bienestar emocional de sus pacientes, lo cual constituye un

cuidado humanizado y forma parte esencial del cuidado de calidad que procura el bienestar integral del paciente y no solo de su estado físico.

Con relación a las actividades específicas de cuidado humanizado brindadas por el personal, el 53,3% colabora con los familiares en el cuidado personal del paciente, sin embargo, únicamente el 26,7% permite que el familiar pase más tiempo en contacto con el paciente y el 20% permite recibir visitas con más frecuencia. Lo último se considera un factor importante para la recuperación del paciente y hace parte fundamental del cuidado humanizado, en este sentido, Campiño *et al.*, (2019) indicaron que el 80% de los pacientes encuestados en su estudio refirieron que el personal de enfermería atiende oportunamente sus necesidades básicas, tales como higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal.

En semejanza, Aguado y Martín (2020) indicaron que existe la necesidad de crear una política de visitas de 24 horas, puesto que esto favorece a la recuperación del paciente y permite a los familiares compatibilizar el horario de trabajo con el cuidado. En este sentido, Morales *et al.*, (2017) evidenciaron que el 59% de los profesionales del área de UCI permiten dos visitas al día y concluyeron que la flexibilidad en el horario de visita resulta beneficiosa para el paciente y sus familiares, por lo que se necesitan cambios en la atención prestada al paciente crítico basados en la relación paciente-familia como estrategia para favorecer la humanización con un ambiente de seguridad y confianza para el paciente.

Finalmente, se logró evidenciar que la totalidad del personal considera importante el cuidado humanizado, aunque con diferentes razones, de esta manera, la mayoría señaló que este tipo de cuidado ayuda a la recuperación del paciente, otros indicaron que esto fortalece la confianza del paciente y otros refirieron al cuidado humanizado como parte de la atención de calidad. De manera similar, Díaz *et al.*, (2020) indicaron la importancia de establecer una relación personal de salud-paciente que vaya más allá del aspecto técnico y se centre en el aspecto emocional, ya que favorece el proceso de recuperación.

En concordancia con lo mencionado, Arriaga y Obregón (2019) manifestaron que el cuidado humanizado es importante, dado que le proporciona al personal de salud la seguridad necesaria en la toma de decisiones en función del cuidado integral del paciente en pro de su recuperación, además de conferirles la certeza de que su actuar y procedimiento es el más adecuado y éticamente correcto. Por todo lo expuesto, se puede señalar que el cuidado humanizado es fundamental en el cuidado del paciente crítico y por tanto debe estar presente en cada accionar de los profesionales sanitarios.

6. CONCLUSIONES

- Se analizó que el 43,3% de los encuestados manifiestan que frecuentemente la Clínica San Francisco de Portoviejo capacita al personal de salud sobre el cuidado humanizado que se debe tener con el paciente. A su vez el 53,3% del personal de salud colabora con el familiar para el cuidado personal y permite que pase más tiempo en compañía del paciente, al precisar en la humanización de los cuidados intensivos es fundamental que el personal, a través de una atención amable, humanizada y amena transmita confianza al paciente, lo cual es determinante para una pronta recuperación.
- Las actividades que realiza el personal de salud para brindar cuidado humanizado se identificaron algunos aspectos importantes, tales como la atención personalizada y el apoyo emocional hacia el paciente crítico. Asimismo, se logró evidenciar que gran parte de los profesionales colaboran con los familiares en el cuidado personal del paciente garantizando el bienestar del paciente atendiendo todas las dimensiones implícitas en el cuidado que van de lo biológico a lo emocional.
- La totalidad del personal de salud participante de la investigación percibe el cuidado humanizado como un factor importante en la atención sanitaria. En este sentido, los profesionales expresaron que este tipo de cuidado influye en la recuperación del paciente y hace parte de la calidad de atención, por lo que es fundamental que los trabajadores de la salud puedan ser capacitados en este tipo de temática con mayor frecuencia.

7. RECOMENDACIONES

- A las instituciones de educación superior, se sugiere llevar a los profesionales de salud a un aprendizaje sobre el cuidado humanizado desde su proceso de formación con énfasis en el tipo de actividades que hacen parte del cuidado humano, de modo que el trabajo del personal sanitario pueda trascender del cuidado técnico a un cuidado integral.
- A la comunidad científica, se recomienda continuar con la línea de investigación sobre el cuidado humano, puesto que este tipo de estudios sentarán una base para realizar futuras intervenciones que fortalezcan y contribuyan al establecimiento del cuidado humanizado en las unidades de salud.
- A nivel institucional se recomienda desarrollar talleres de capacitación con temas referentes al cuidado humanizado con la finalidad de que el personal de salud pueda brindar un cuidado de calidad hacia todos los pacientes.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aggarwal, A., Aeran, H., & Rathee, M. (2019). Quality management in healthcare: The pivotal desideratum. *Journal of Oral Biology and Craniofacial Research*, 9(2), 180-182. doi:10.1016/J.JOBCR.2018.06.006
- Aguado, M., & Martín, L. (2020). Humanización en cuidados intensivos. El confort y el bienestar de los pacientes. *Universidad Autónoma de Madrid*. Obtenido de <https://repositorio.uam.es/handle/10486/691417>
- Andino, C. (2018). La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud. *Revista Colombiana de Bioética*, 68(86), 13-2. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/1892/189258951006/html/>
- Arriaga, A., & Obregón, M. (2019). Conocimientos y actitudes sobre el cuidado humanizado en enfermeras de Lima. *CASUS: Revista de Investigación y Casos en Salud*, 4(2), 102-110. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7083960>
- Asmat, N., Mallea, Y., & Rodríguez, F. (2018). Comunicación y apoyo emocional de enfermería según el familiar del paciente crítico en un hospital de Lima Metropolitana, septiembre – diciembre 2018. *Universidad Peruana Cayetano Heredia*. Obtenido de <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/3970>
- Borges, L., Sánchez, R., Peñalver, A., Parra, E., González, A., & Gónzales, M. (2019). Bioética Sinfonológica aplicada al cuidado humanizado de la mujer durante el parto en Cuba. *Revista cubana de enfermería*, 35(4). Obtenido de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2856/504>
- Busch, I., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A., & Rimondini, M. (2019). Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. *Patient*, 12(5), 461-474. doi:10.1007/S40271-019-00370-1/TABLES/4

- Calderón, M., Herrera, M., & Solórzano, S. (2019). Condiciones laborales del profesional de enfermería ecuatoriano. *Revista Científica Sinapsis*, 2(15). doi:10.37117/S.V2I15.215
- Campiño, S., Duque, P., & Cardozo, V. (2019). Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado brindado por estudiantes de enfermería. *Universidad y Salud*, 21(3), 215-225. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072019000300215
- Consejería de Sanidad. (2019). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. *Comunidad de Madrid*, 1-232. Obtenido de https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/881_232_bvcm017902_0.pdf
- De La Nube, P., Mesa, I., & Coronel, A. (2021). Patient Family Perceptions of Nursing Staff's Humanized Care: Systematic Review. *International Journal of Innovative Science and Research Technology*, 6(4). Obtenido de <https://www.ijisrt.com/assets/upload/files/IJISRT21APR510.pdf>
- Díaz, ,. M., Alcántara, L., Aguilar, D., Puertas, E., & Cano, M. (2020). Orientaciones formativas para un cuidado humanizado en enfermería: una revisión integrativa de la literatura. *Enferm. glob.*, 19(58), 640-672. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000200020
- Galvin, I., Leitch, J., Gill, R., Poser, K., & McKeown, S. (2018). Humanization of critical care—psychological effects on healthcare professionals and relatives: a systematic review. *Canadian Journal of Anesthesia*, 65(12), 1348-1371. doi:10.1007/S12630-018-1227-7/TABLES/6
- González, R., Roberouis, E., & Armando, M. (2020). Las relaciones con el paciente en el marco institucional. *Revista Cubana de Medicina*, 14(4), 346-351. Obtenido de <http://www.revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/1024>

- Gorki, D., & Cieza, Y. (2020). Actitudes del enfermero frente a un paciente en etapa terminal, en un hospital del Perú. *Conecta Libertad*, 4(2), 48-62. Obtenido de <http://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/158>
- Grisales, D., & Acevedo, M. (2019). Evaluación de Humanización en Servicios de Salud. *Universidad Católica de Pereira*. Obtenido de <https://repositorio.ucp.edu.co/handle/10785/5507>
- Hanacek, V., Gomez, F., Medina, O., Canteros, M., Briend, N., & Luque, A. (2020). Humanización y bioética: aplicación de los principios bioéticos por parte de estudiantes de enfermería durante la práctica pre-profesional en el ámbito comunitario u hospitalario. *Universidad Nacional del Nordeste*. Obtenido de https://med.unne.edu.ar/wp-content/uploads/2022/06/2022_26.pdf
- Harbishettar, V., Krishna, K., Srinivasa, P., & Gowda, M. (2019). The enigma of doctor-patient relationship. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(4), 776. doi:10.4103/PSYCHIATRY.INDIANJPSYCHIATRY_96_19
- Joven, Z., & Guáqueta, S. (2019). Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería. *Avances en Enfermería*, 37(1), 65-74. doi:10.15446/AV.ENFERM.V37N1.65646
- Kanokporn, T., Thanapol, B., Somwang, R., & Soison, P. (2018). The Humanized Care for Crisis Patients: Perception from Nursing Students' Practicum. *Journal of MCU peace studies*, 6(4), 1320-1333. Obtenido de <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/journal-peace/article/view/118514>
- López, D. (2020). Calidad de la comunicación enfermero paciente desde la percepción del paciente hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital General de Jaén, 2017. *Universidad Nacional de Cajamarca*. Obtenido de <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/3934>

- March, J. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(5), 245-247. doi:10.1016/J.CALI.2017.10.001
- Melles, M., Albayrak, A., & Goossens, R. (2021). Innovating health care: key characteristics of human-centered design. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), 37-44. doi:10.1093/INTQHC/MZAA127
- Mendoza, A. (2017). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Rev. perú. ginecol. obstet.*, 63(4), 555-564. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400007
- Meneses, M., Suyo, J., & Fernández, V. (2021). Humanized Care From the Nurse–Patient Perspective in a Hospital Setting: A Systematic Review of Experiences Disclosed in Spanish and Portuguese Scientific Articles. *Frontiers in Public Health*, 9, 737506. doi:10.3389/FPUBH.2021.737506
- Mina, M. (2021). Percepción de cuidado humanizado en adolescentes con puerperio inmediato, Hospital Básico de Borbón, Esmeraldas. *Pontificia Universidad Católica del Ecuador*. Obtenido de <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/2496>
- Moll, P. (2012). Cuidados humanizados. *Universidad Nacional de Cuyo*. Obtenido de https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/10669/moll-patricia.pdf
- Monje, P., Miranda, P., Oyarzun, J., Seguel, F., & Flores, E. (2018). Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. *Ciencia y enfermería*, 24, 5. doi:10.4067/S0717-95532018000100205
- Morales, R., Lastre, G., Pardo, A., & De la Hoz, M. (2017). Diagnóstico de la situación de las visitas a pacientes recluidos en unidades de cuidados intensivos. *Duazary*, 14(1), 16-24. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/5121/512158787014/html/>

- Organización Mundial de la Salud. (2020). Servicios sanitarios de calidad. *OMS*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- Pérez, M., Herrera, I., Molero, M., Oropesa, N., Ayuso, D., & Gázquez, J. (2020). A Cross-Sectional Study of Empathy and Emotion Management: Key to a Work Environment for Humanized Care in Nursing. *Frontiers in Psychology, 11*, 706. doi:10.3389/FPSYG.2020.00706/BIBTEX
- Quiroz, M., Lucas, M., Cedeño, J., & Parrales, M. (2021). Análisis del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia desde una perspectiva de humanización. *Polo Del Conocimiento, 6*(2), 1174-1192. doi:10.23857/PC.V6I2.2784
- Quispe, C. (2020). Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de Lima, 2020. *Universidad Peruana Unión*. Obtenido de <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3095>
- Ríos, J., & Idrogo, M. (2021). Cuidado humanizado del profesional de enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital II - 2 MINSA Tarapoto. *Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto*. Obtenido de <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3926>
- Salazar, J. (2018). Cuidado humanizado en la unidad de cuidados intensivos desde la percepción del familiar Hospital Vitarte Minsa 2018. *Universidad San Martín de Porres*. Obtenido de <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4942?show=full>
- Sueiras, P., Romano, V., Vergil, A., De Hoyos, A., Quintana, S., Ruddick, W., . . . Altamirano, M. (2017). Today's medical self and the other: Challenges and evolving solutions for enhanced humanization and quality of care. *PLOS ONE, 12*(7), e0181514. doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0181514

- Tafur, C., & Quesquén, R. (2021). Paradigma de las Enfermeras en la Práctica Cuidadora a Pacientes Pediátricos del Hospital Regional Docente -Las Mercedes- - Chiclayo - 2017. *Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo Lambayegue*. Obtenido de <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/1560>
- Vidal, N. (2019). La gestión del cuidado humanizado de enfermería en la era digital. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(4), 3059. Obtenido de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3059>
- Wilson, M., Beesley, S., Grow, A., Rubin, E., Hopkins, R., Hajizadeh, N., & Brown, S. (2019). Humanizing the intensive care unit. *Critical Care*, 23(1), 1-3. doi:10.1186/S13054-019-2327-7/FIGURES/1
- Yanez, M., & Vargas, C. (2018). Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos de enfermería. *Persona y Bioética*, 22(1), 56-75. doi:10.5294/PEBI.2018.22.1.5

9. ANEXOS

Anexo 1.- Cuestionario dirigido al personal de salud

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Objetivo: Analizar el cuidado humanizado brindado por profesionales de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica San Francisco de Portoviejo.

Indicaciones: Este instrumento de recolección de datos es de carácter investigativo, guardando la confidencialidad y le solicitamos contestar con una X a las preguntas aquí planteadas, agradeciendo de antemano la información brindada.

1.- ¿Cuál es su profesión?

- Médico residente
- Médico especialista
- Licenciado/a en enfermería
- Licenciado/a en laboratorio clínico
- Auxiliar de enfermería

2.- ¿Con qué frecuencia se ha capacitado con respecto al cuidado humanizado?

- Frecuentemente
- Poco frecuente
- Nunca

3.- ¿Con qué frecuencia considera que al involucrarse con el paciente pierde objetividad?

- Frecuentemente

-Poco frecuente

-Nunca

4.- ¿Con qué frecuencia llama al paciente por su nombre?

-Frecuentemente

-Poco frecuente

-Nunca

5.- ¿Con qué frecuencia se identifica y saluda al paciente antes de realizarle algún procedimiento?

-Frecuentemente

-Poco frecuente

-Nunca

6.- ¿Con qué frecuencia mira al paciente a los ojos y lo escucha atentamente cuando se dirige a usted?

-Frecuentemente

-Poco frecuente

-Nunca

7.- ¿Con qué frecuencia le explica el procedimiento a realizar al paciente, aunque esté inconsciente?

-Frecuentemente

-Poco frecuente

-Nunca

8.- ¿Con qué frecuencia usted anima al paciente cuando se siente decaído?

-Frecuentemente

-Poco frecuente

-Nunca

9.- ¿Qué actividades asociadas al cuidado humanizado emplea Ud. con sus pacientes?

-Permite recibir visitas con más frecuencia

-Permite que el familiar pase más tiempo en contacto con el paciente

- Colabora Ud. con el familiar en el cuidado personal del paciente

1. ¿Desde su punto de vista, cree Ud. que es importante el cuidado humanizado y por qué?

-Sí

-No

Anexo 2.- Matriz de validación del cuestionario

CUESTIONARIO PARA VALORAR EL INSTRUMENTO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Estimado (a):

Como resultado fundamental de la investigación titulada: **"CUIDADO HUMANIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CLÍNICA SAN FRANCISCO DE PORTOVIEJO"**, sería de gran valor para esta investigación conocer sus valoraciones, en condición de experto, acerca del instrumento mediante este cuestionario.

Muchas gracias de antemano por sus opiniones.

Arlet Elizabeth Rivadeneira Palma y Emilio Gabriel Pisco Mantuano – Estudiantes de la maestría en gestión del cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos.

Datos generales.

Nombre y apellidos: <i>Jazmin Elena Castro Jabra</i>	Universidad: <i>Universidad Central del Sur de Ecuador</i>
Facultad: <i>Ciencias de la Salud</i>	Cargo: <i>Docente</i>
Categoría docente: <i>Titular Principal.</i>	PhD: <input type="checkbox"/> Máster: <input checked="" type="checkbox"/>
Años de experiencia en educación superior: <i>12</i>	Carreras: <i>Laboratorio Clínico</i>
Como docente: <i>12</i>	Asignaturas: <i>Neurología Clínica. Inmunología. Control de la Calidad. Epidemiología.</i>

Como directivo: 3 VAGASC

I- Preguntas para valorar el grupo de especialistas consultados.

- 1- Valore su competencia sobre el problema que se analiza, marcando en la escala de 0 (no tiene competencia sobre el problema) a 10 (posee información completa sobre el problema), que se presenta en la siguiente tabla.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							X			

- 2- Seleccione qué grado de influencia (alto, medio o bajo) tiene en sus opiniones las siguientes fuentes de argumentación:

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes en su argumentación		
	Alto	Medio	Bajo
Adecuación	/		
Procedencia	/		
Afinidad con el tema	/		
Recolección de datos necesarios	/		
Fuente de obtención de los datos	/		

Unidad de aplicación del instrumento	/		
Determinación de las características principales del tema	/		
Estructura del instrumento	/		
Confiabilidad	/		
Exactitud de medición	/		

Dr. Jacinto Castro López MSc.
DOCENTE UNESUM
CARRERA LABORATORIO

Jacinto Castro López
CLINICO

Firma



Estimado (a):

Como resultado fundamental de la investigación titulada: **"CUIDADO HUMANIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CLÍNICA SAN FRANCISCO DE PORTOVIEJO"**, sería de gran valor para esta investigación conocer sus valoraciones, en condición de experto, acerca del instrumento mediante este cuestionario.

Muchas gracias de antemano por sus opiniones.

Arlet Elizabeth Rivadencira Palma y Emilio Gabriel Pisco Mantuano – Estudiantes de la maestría en gestión del cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos.

Datos generales.

Nombre y apellidos: <i>Alexandra Rozero Onate</i>	Universidad: <i>UNESUM</i>
Facultad: <i>Ciencias de la Salud</i>	Cargo: <i>Docente</i>
Categoría docente: <i>Auxiliar Contratada</i>	PhD: Máster: <i>cuarto Nivel : Especialidad</i>
Años de experiencia en educación superior: <u><i>3 meses</i></u>	Carreras: <i>Laboratorio Clínico</i>
Como docente: <u><i>3 meses</i></u>	Asignaturas: <i>Anatomía Biología Titulación I</i>

Como directivo: —

1- Preguntas para valorar el grupo de especialistas consultados.

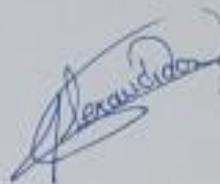
- 1- Valore su competencia sobre el problema que se analiza, marcando en la escala de 0 (no tiene competencia sobre el problema) a 10 (posee información completa sobre el problema), que se presenta en la siguiente tabla.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
									X	

- 2- Seleccione qué grado de influencia (alto, medio o bajo) tiene en sus opiniones las siguientes fuentes de argumentación:

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes en su argumentación		
	Alto	Medio	Bajo
Adecuación	/		
Procedencia	/		
Afinidad con el tema	/		
Recolección de datos necesarios	/		
Fuente de obtención de los datos	/		

Usabilidad de aplicación del instrumento	/		
Determinación de las características principales del tema	/		
Estructura del instrumento	/		
Confiabilidad	/		
Exactitud de medición	/		


Dra. Alexandra Rosero
ESPECIALISTA EN MEDICINA
GENERAL INTERNA
C.I.: 1717415028

Firma

Estimado (a):

Como resultado fundamental de la investigación titulada: "CUIDADO HUMANIZADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA CLÍNICA SAN FRANCISCO DE PORTOVIEJO", sería de gran valor para esta investigación conocer sus valoraciones, en condición de experto, acerca del instrumento mediante este cuestionario.

Muchas gracias de antemano por sus opiniones.

Arlet Elizabeth Rivadeneira Palma y Emilio Gabriel Pisco Mantuano – Estudiantes de la maestría en gestión del cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos.

Datos generales.

Nombre y apellidos:	Universidad:
BARCIA MENDOZA CRISTÓBAL POLIANO	UNIVERSIDAD ESTATAL SUR DE MANABI (UNESUM)
Facultad:	Cargo:
CIENCIAS DE LA SALUD	Docente
Categoría docente: AUXILIAR CONTRATADO	PhD: Máster: <input checked="" type="checkbox"/>
Años de experiencia en educación superior: <u>10</u>	Carreras: LABORATORIO CLINICO CIENCIAS DE LA EDUCACION
Como docente: <u>Si</u>	Asignaturas: CITOLOGÍA - BIOSEGURIDAD METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN PARACITOLOGÍA CLÍNICA - QUÍMICA GENERAL BIOLÓGIA MOLECULAR - ÉTICA PROFESIONAL SALUD PÚBLICA

Como directivo: MD

I- Preguntas para valorar el grupo de especialistas consultados.

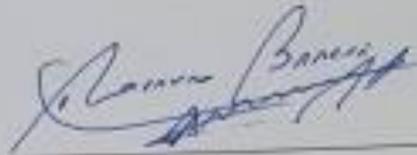
- 1- Valore su competencia sobre el problema que se analiza, marcando en la escala de 0 (no tiene competencia sobre el problema) a 10 (posee información completa sobre el problema), que se presenta en la siguiente tabla.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
							✓			

- 2- Seleccione qué grado de influencia (alto, medio o bajo) tiene en sus opiniones las siguientes fuentes de argumentación:

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes en su argumentación		
	Alto	Medio	Bajo
Adecuación	✓		
Precedencia	✓		
Afinidad con el tema	✓		
Recolección de datos necesarios	✓		
Fuente de obtención de los datos		✓	

Unidad de aplicación del instrumento	/		
Determinación de las características principales del tema	/		
Estructura del instrumento	/		
Confiable	/		
Exactitud de medición	/		



Firma