DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA DE PERCEPCIONES PARA USUARIOS, FRENTE A LA HUMANIZACIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICO DESDE UN ENFOQUE EN COMUNICACIÓN.

AUTORES

ANNY JULIET FORERO URREA

ANGIE KATHERINE PARDO PARDO

MELISSA ALZATE SEPULVEDA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN FONOAUDIOLOGIA EN CUIDADO CRÍTICO

OCTUBRE 2019

DISEÑO DE UNA HERRAMIENTA DE PERCEPCIONES PARA USUARIOS, FRENTE A LA HUMANIZACIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICO DESDE UN ENFOQUE EN COMUNICACIÓN.

AUTORES

ANNY JULIET FORERO URREA

ANGIE KATHERINE PARDO PARDO

MELISSA ALZATE SEPULVEDA

DOCENTE ASESOR

LISBEY MORENO PEREZ

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN FONOAUDIOLOGIA EN CUIDADO CRÍTICO

OCTUBRE 2019

Agradecimientos

Agradecemos a Dios, a nuestras familias, amigos y docentes que nos acompañaron y motivaron durante el desarrollo de nuestro trabajo de grado.

A nuestra docente asesora Lisbey Moreno por su apoyo, trasmisión de conocimiento, experiencia y motivación para culminar de forma exitosa nuestra investigación.

A los jueces expertos del Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal Lucy Inés Fajardo, Olga Pereira y Magdalena Delgado.

A los jueces expertos de construcción de instrumentos Lina Paola Bonilla, Sandra Orozco y Alberto Méndez.

A los jueces expertos de humanización en contextos clínicos Damaris Parada, Carol Bernal y Daniel Domínguez.

Anny Forero, Katherine Pardo y Melissa Álzate.

"Hay un momento en que todos los obstáculos se derrumban, todos los conflictos se apartan, y a uno se le ocurren cosas que no había soñado, y entonces no hay en la vida nada mejor que escribir" (Márquez, G. 1982).

Contenido

Introducción ..... - 5 -

Capítulo 1. Descripción general del proyecto ..... - 7 -

Problema de investigación ..... - 7 -

Planteamiento del problema. ..... - 8 -

Objetivos ..... - 8 -

Objetivo General. ..... - 8 -

Objetivos Específicos. ..... - 8 -

Justificación ..... - 9 -

Capítulo 2. Marco de referencia ..... - 12 -

Marco Teórico ..... - 12 -

Antecedentes históricos. ..... - 12 -

Antecedentes normativos. ..... - 12 -

Antecedentes internacionales. ..... - 17 -

Antecedentes nacionales. ..... - 19 -

Marco Conceptual ..... - 21 -

Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal (MSCHI). ..... - 21 -

Humanización ..... - 24 -

Humanización en salud. ..... - 24 -

Comunicación interpersonal ..... - 25 -

Encuesta ..... - 25 -

Unidad de Cuidado Crítico ..... - 26 -

Capítulo 3. Marco Metodológico ..... - 26 -

Tipo de estudio ..... - 26 -

Alcance ..... - 26 -

Población ..... - 27 -

Tipo de Muestra ..... - 28 -

Criterios de inclusión. ..... - 28 -

Criterios de exclusión. ..... - 28 -

Procedimientos ..... - 28 -

Técnicas para la recolección de la información. ..... - 31 -

Técnicas para el análisis de la información. ..... - 32 -

Capítulo 4. Resultados ..... - 33 -

OBJETIVO 1. - 33 -
CARACTERIZACION DE LOS PARTICIPANTES - 34 -
OBJETIVO 2. - 40 -
Trasfondo cultural. - 41 -
Reglas del Macrocontexto - 48 -
Variaciones sociolingüísticas - 54 -
Participación social. - 58 -
OBJETIVO 3: - 65 -
Capítulo 5. Discusión - 74 -
Capítulo 6. Conclusiones. - 80 -
Capítulo 7. Recomendaciones - 84 -
Referencias - 86 -

Índice de tablas

TABLA 1. APORTE NARRATIVO DE PERSONAS POR EXPERIENCIA DE VIDA - VARIABLE TRASFONDO CULTURAL ..... - 34 -
TABLA 2. APORTE NARRATIVO DE PERSONAS POR EXPERIENCIA DE VIDA - VARIABLE REGLAS DEL MACROCONTEXTO ..... - 35 -
TABLA 3. APORTE NARRATIVO DE PERSONAS POR EXPERIENCIA DE VIDA - VARIABLE VARIACIONES SOCIOLINGÜÍSTICAS ..... - 38 -
TABLA 4. *APORTE NARRATIVO DE PERSONAS POR EXPERIENCIA DE VIDA - VARIABLE PARTICIPACIÓN SOCIAL* ..... - 39 -
TABLA 5. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 1 ..... - 42 -
TABLA 6. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 2 ..... - 42 -
TABLA 7 . APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 3 ..... - 43 -
TABLA 8. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 4 ..... - 44 -
TABLA 9. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 5 ..... - 45 -
TABLA 10. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 6 ..... - 46 -
TABLA 11. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 7 ..... - 47 -
TABLA 12. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 8 ..... - 48 -
TABLA 13. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 9 ..... - 49 -
TABLA 14. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 10 ..... - 50 -
TABLA 15. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 11 ..... - 51 -
TABLA 16. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 12 ..... - 52 -
TABLA 17. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 13 ..... - 53 -
TABLA 17. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 14 ..... - 54 -
TABLA 19. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 15 ..... - 55 -
TABLA 20. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 16 ..... - 56 -
TABLA 21. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 17 ..... - 57 -
TABLA 22. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 18 ..... - 58 -
TABLA 23. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 19 ..... - 59 -
TABLA 24. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 20 ..... - 60 -
TABLA 25. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 21 ..... - 61 -
TABLA 26. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 22 ..... - 62 -
TABLA 27. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 23 ..... - 63 -
TABLA 28. APORTE CUALITATIVO DE JUECES EXPERTOS – PREGUNTA 24 ..... - 64 -
TABLA 29. ANÁLISIS CUALITATIVO VARIABLE - TRASFONDO CULTURAL ..... - 66 -
TABLA 30. ANÁLISIS CUALITATIVO VARIABLE - REGLAS DEL MACROCONTEXTO ..... - 67 -
TABLA 31. ANÁLISIS CUALITATIVO VARIABLE - VARIACIONES SOCIOLINGÜÍSTICAS ..... - 68 -
TABLA 32. ANÁLISIS CUALITATIVO VARIABLE: PARTICIPACIÓN SOCIAL ..... - 69 -

Índice de figuras

FIGURA 1. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 1 ..... - 41 -
FIGURA 2. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 2 ..... - 42 -
FIGURA 3. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 3 ..... - 43 -
FIGURA 4. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 4 ..... - 44 -
FIGURA 5. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 5 ..... - 45 -
FIGURA 6. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 6 ..... - 46 -
FIGURA 7. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 7 ..... - 47 -
FIGURA 8. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 8 ..... - 48 -
FIGURA 9. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 9 ..... - 49 -
FIGURA 10. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 10 ..... - 50 -
FIGURA 11. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 11 ..... - 51 -
FIGURA 12. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 12 ..... - 52 -
FIGURA 13. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 13 ..... - 53 -
FIGURA 14. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 14 ..... - 54 -
FIGURA 15. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 15 ..... - 55 -
FIGURA 16. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 16 ..... - 56 -
FIGURA 17. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 17 ..... - 57 -
FIGURA 18. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 18 ..... - 58 -
FIGURA 19. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 19 ..... - 59 -
FIGURA 20. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 20 ..... - 60 -
FIGURA 21. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 21 ..... - 61 -
FIGURA 22. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 22 ..... - 62 -
FIGURA 23. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 23 ..... - 63 -
FIGURA 24. VALIDACIÓN CUANTITATIVA - PREGUNTA 24 ..... - 64 -

Introducción

El trato humanizado en las instituciones prestadoras de servicios de salud se ha convertido en una política obligatoria desde los últimos años y ha evolucionado favorablemente, trayendo con ella un gran auge que favorece principalmente a los usuarios, las familias y a los mismos trabajadores, convirtiéndose en un ítem clave para clasificar hacia un servicio de alta calidad obteniendo con esto reconocimiento y generando la necesidad de crear, estructurar y aplicar continuamente múltiples estrategias que aseguren la humanización a la hora de prestar un servicio de salud.

Las instituciones que manejan este tipo de políticas se pueden identificar en cualquiera de los niveles de atención desde una atención hospitalaria básica o primaria hasta un servicio de atención de alta complejidad, como lo son las Unidades de Cuidado Critico (UCC). Castañeda, Orozco y Rincón (2015) refieren la UCC como un área asistencial compleja ya que por las características de su planta física, equipos médicos y personal capacitado es la más idónea para brindar un servicio diferencial a personas que presentan un alto grado de afectación del estado de salud y/o se encuentran en peligro de muerte, dando paso a un incremento del tiempo de estancia hospitalaria y a un aislamiento drástico de su núcleo familiar, contextos laborales, sociales y culturales convirtiéndose en seres vulnerables física, emocional y espiritualmente.

Lo anterior ha sido uno de los motivos principales para incrementar las investigaciones relacionadas con la humanización en salud, conllevando a la creación de diversas herramientas que concienticen, verifiquen y promuevan la aplicación del trato humanizado en un entorno clínico principalmente en las UCC cuyos protagonistas principales son el equipo médico, personal de enfermería, grupo terapéutico o cualquier profesional de la salud en conjunto con la familia y usuario de un servicio.

La comunicación, considerada uno de los valores fundamentales en la humanización y medio principal para ejercerla de manera óptima, en muchas

ocasiones se ve ignorada por las constantes limitaciones, restricciones y tipo de cuidado que se ofrece en un lugar como lo es la UCC, alterando la naturaleza social y comunicativa del hombre que requiere de continua interacción con los seres más cercanos.

Como guía principal para trabajar la comunicación en humanización aparece el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal (MSCHI) propuesto por la Corporación Universitaria Iberoamericana, basado en un modelo biopsicosocial Bernal, Pereira y Rodríguez (2018) el cual ofrece una mirada desde diferentes perspectivas todas direccionadas a mejorar la calidad de vida de las personas a nivel comunicativo sin importar la situación en la que se encuentre e invalidando el concepto simplista del hombre a modo biológico vinculándolo a manera de ser biopsicosocial. Maneja dimensiones denominadas intrapersonal, interpersonal y sociocultural que ofrecen una amplia visión de la comunicación desde aspectos poco explorados clínicamente como lo es el sociocultural en cuidado intensivo, relevante al hablar plenamente de humanización.

En consecuencia de lo anterior, la presente investigación expone como finalidad general, Diseñar una herramienta que permita conocer las percepciones de los usuarios en la humanización de unidades de cuidado crítico desde la comunicación interpersonal, deseando contribuir en las estancias hospitalarias humanizadas en las UCC, además de motivar hacia el empoderamiento fonoaudiológico en comunicación para la humanización.

Para lograr unos resultados objetivos y acordes con el interés investigativo, se trabajó bajo una metodología mixta que permitió el análisis de información cualitativa y cuantitativa orientado bajo las variables el Modelo Sistémico de Comunicación Humana Interpersonal en su dimensión sociocultural logrando vincular novedosamente los aspectos culturales, familiares, lingüísticos y sociales claves en humanización por medio de la comunicación en las UCC.

Capítulo 1. Descripción general del proyecto

Problema de investigación

El concepto de humanización permite por definición, reconocer que toda acción realizada tiene naturaleza humana cuando es realizada por y para personas Correa (2016). En la prestación de servicios de salud, este concepto se hace real en condiciones de vulnerabilidad tales como una condición de salud desfavorable y en ocasiones irreversible. En los últimos años, la humanización se convierte en un eje central siendo contemplada como plan de mejoramiento en la calidad de la atención en salud en el año 2015 mediante políticas publicas aplicadas por las entidades prestadoras de servicio y sus profesionales adscritos.

En transpolación a la realidad, la percepción de los usuarios difiere a definición anteriormente expuesta ya que manifiestan en continuas ocasiones sus inconformidades acerca del servicio prestado tales como desinformación antes y durante de los procedimientos, la ejecución de acciones sin anticipación o consentimiento del usuario como rutina de aseo o cambio de posición. Estas percepciones fueron encontradas durante la implementación de un programa de humanización realizado en Esencial IPS por las estudiantes de fonoaudiología de octavo semestre de la Corporación Universitaria Iberoamericana en el año 2017 - I, de igual manera en el artículo “Percepciones de las gestantes en torno al cuidado humanizado por enfermería” de Herrera y Cols (2016) donde madres gestantes manifiestan en diversas percepciones la omisión de normas de cortesía siendo la comunicación una de las variables con percepciones más desfavorables a comparación de otras como infraestructura o acceso a la tecnología.

A pesar de la existencia de herramientas que permiten medir la aplicación de los procesos de humanización en ámbitos clínicos desde la perspectiva del familiar, personal, y profesionales implicados en el servicio de salud, durante diferentes momentos de la hospitalización y posterior a esta; no existe un instrumento que evalué

exclusivamente la comunicación desde una amplia perspectiva a pesar de ser una variable transversal en cada uno de los estudios consultados, destacando que es una de las variables con mayor conflicto, así mismo se genera la duda del porqué el fonoaudiólogo no hace parte del equipo interdisciplinar teniendo en cuenta que es el profesional idóneo para intervenir esta variables, siendo esta su unidad de estudio. Reconociendo las falencias investigativas y la falta de análisis de la comunicación desde la percepción del usuario se crea la necesidad el diseño de una herramienta que analice netamente la comunicación humana y sus desórdenes desde el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal propuesto por Bernal et al., (2018) tomando la dimensión sociocultural y su reconocimientos ante situaciones de vulnerabilidad y dificultades de comunicación secundario a su cuadro clínico.

Planteamiento del problema.

¿Cómo diseñar de una herramienta basada en las percepciones de los usuarios, frente a la humanización en las Unidades de Cuidados Crítico desde el enfoque en comunicación interpersonal propuesto por el MSCHI?

Objetivos

Objetivo General.

Diseñar una herramienta que permita compilar las percepciones de los usuarios en la humanización de unidades de cuidado crítico fomentando la comunicación a través de la dimensión sociocultural como eje central de análisis.

Objetivos Específicos.

1. Identificar las necesidades comunicativas que presentaron usuarios con antecedente de hospitalización en unidad de cuidado crítico a partir del análisis de la dimensión sociocultural.

2. Establecer la validación del diseño de la herramienta y variables de análisis mediante la revisión de jueces expertos identificando falencias en contenido y estructura que puedan alterar la confiabilidad de la herramienta.

3. Reestructurar el diseño de la herramienta acorde al juicio de expertos estableciendo parámetros cualitativos y cuantitativos de forma objetiva permitiendo el ajuste de la herramienta.

Justificación

Al hablar de humanización en un contexto clínico se hace referencia a todos los servicios de salud, vinculando y enfocando a todo el personal que trabaja en una entidad de salud para brindar una atención oportuna, segura, de bienestar y confort, a partir del momento en el que la persona ingresa a las instalaciones, desde un simple saludo de bienvenida, hasta en la ejecución de algún trámite administrativo o en medio de un duelo por perdía, recientemente se ha demarcado uno de los servicios donde se percibe un mayor requerimiento de un servicio de salud a través del trato humanizado, donde se enfoca toda la atención y apoyo en el tema son en las Unidades de Cuidado Critico (UCC) o Cuidado Intensivo (UCI).

Considerando la postura de Escudero, Viña y Calleja (2014) quienes describen la UCC como un lugar hermoso ya que da vida, pero también es un lugar hostil, con luz excesiva y ruido permanente provocado por respiradores, alarmas de monitorización y frecuentes conversaciones de profesionales sanitarios que causan molestias, son distorsionadas por la medicación y provocan una mayor confusión. Los pacientes además tienen dolor, miedo, dificultad para dormir, desorientación y se encuentran separados de su familia por una política de visitas restrictiva. Es por esto que actualmente nos enfrentamos a una perspectiva donde es necesario un trato humanizado a partir de cualquier servicio brindado en un entorno de salud donde el

usuario sienta comodidad y se dignifique durante la prestación del servicio, así como se busca la satisfacción del profesional al prestar un servicio de calidad.

A partir de la identificación de esta necesidad, recientemente se han venido incrementando los estudios de investigación, enfocados en humanización, exponiendo las posibles causas, consecuencias y brindando estrategias que orienten al personal de salud a saber manejar situaciones complejas que se viven en la UCC, estas investigaciones han arrojado resultados donde dan a conocer que una de las posibles causas de la “despersonalización” es la inadecuada comunicación, pues una persona con imposibilidades en la producción de su habla por soportes ventilatorios u otra alteración que impida una interacción verbal natural podría presentar una de las peores situaciones que puede experimentar el ser humano como el no lograr comunicarse y darse cuenta de esto (Bernal et al., 2018).

A partir de la identificación de la necesidad, los pocos avances que se han obtenido en cuanto a la humanización en los ambientes de salud y la falta de vinculación por parte de los Fonoaudiólogos como profesionales de salud y participantes dentro de los procesos de humanización, se vio la necesidad de indagar de manera exhaustiva acerca de las acciones de los fonoaudiólogos en la elaboración de proyectos o investigaciones enfocadas en comunicación para la humanización, a partir de la comunicación y sus desordenes como objeto de estudio fonoaudiológico. Los resultados encontrados generaron gran reflexión, puesto que los líderes en comunicación a favor de la humanización en clínica lo tiene el gremio de enfermería con la construcción de múltiples instrumentos y pruebas que miden comportamientos humanizados, dan a conocer experiencias y brindan pautas para favorecer la relación enfermero – paciente, haciendo énfasis significativo en la comunicación con el manejo de aspectos verbales, no verbales y suprasegmentales del habla que interfieren en la recuperación del usuario y en el poder sentirse persona por medio de un equipo asistencial humanizado.

Es por eso que este proyecto de investigación surge para brindar una mirada diferente de la comunicación en humanización propia de las UCC a partir de un enfoque fonoaudiológico, pues así como se han estudiado las diferentes formas y modalidades de comunicación, se evidencio que los aspectos socioculturales de los usuarios con un estado de salud critico son omitidos, dejando de lado la visión biopsicosocial de persona todo enfocado hacia la percepción propia del paciente. Como es referido por (Alberto y Yanet, 2017) quien en su trabajo toma la postura de la Doctora Watson (1996) en su “teoría del cuidado”, donde exponen como la comunicación muchas veces se encuentra en segunda vista ante la demanda constante por cuidados básicos y estados críticos de salud.

La herramienta guía que se implementó para abordar la comunicación desde diferentes perspectivas y en especial vinculando aspectos socioculturales, fue el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal dado que ofrece tres dimensiones con las que se pueden asociar aspectos que conforman a una persona como ser integral con su cuerpo, capacidad de interacción comunicativa y social.

Según Cano et al, (2016) el punto de vista de los usuarios, sus necesidades, percepciones, significados y experiencias, generalmente no son tenidos en cuenta y las actividades y programas están comúnmente organizadas con base en el punto de vista de los técnicos o profesionales de la salud, desconociendo las necesidades y expectativas de la comunidad, partiendo de lo anterior y según los resultados en la búsqueda, no se encontró ningún instrumento creado para registrar la experiencia de los usuarios en las UCC que permita identificar aspectos positivos para mantener o por el contrario para mejorar, implementar o abolir en pro de la humanización aspectos como espiritualidad, acercamiento y presencia del grupo familiar, manejo de vocabulario adecuado para facilitar la comprensión del estado de salud y su pronóstico, entre otros.

Por lo tanto, con esta investigación se pretende ofrecer el diseño de un instrumento tipo encuesta que registre la experiencia que los usuarios de las UCC respecto a la

comunicación en humanización, permitiendo reconocerlo como un ser único e importante, en donde su testimonio es relevante para crecer en el trato humanizado y disminuir la presencia de experiencias negativas en las personas próximas a ingresar a las UCC, además de empoderar al fonoaudiólogo a manera del profesional principal en el manejo de la comunicación en humanización trabajando de la mano con la familia en su rol del ser el medio principal de progreso y sinónimo de mejoría para el usuario.

Es un proyecto enriquecedor ya que beneficia primeramente a los usuarios, sus familiares y es un apoyo para los demás trabajadores de salud, logrando mayores cambios en atención humanizada. De la misma forma, resalta el trabajo de la Corporación Iberoamericana que ha llevado durante largos años de esfuerzo e investigación en la construcción del Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal, sin dejar atrás el dar a conocer un campo poco explorado de la fonoaudiología como lo es la comunicación en humanización en UCC.

Capítulo 2. Marco de referencia

Marco Teórico

Antecedentes históricos.

En la búsqueda por avanzar en la atención de salud, se han descrito conceptos bases desde una mirada negativa como la concepción de la misma enfermedad, es así, como la deshumanización se ha descrito, con estrecha relación a la despersonalización asociada a la tecnología, sin dar cuenta que la humanización es algo intrínseco en cada individuo ya sea desde la posición de paciente o profesional de salud. Por tanto, humanizar se convierte en adaptar algo al ser humano como lo es en este caso la atención en salud.

Por definición, la humanización es una característica principal de lo humano, siendo imposible de desligar en la atención de todo lo referente a la humanidad usado principalmente en ámbitos como la guerra, la educación y salud (Díaz, 2017). Aplicado en contextos de atención en salud se reconoce como un atributo imperativo y ético teniendo en cuenta que los beneficiarios de los servicios de salud son personas de derecho manteniendo relaciones de dignidad y cubrimiento de necesidades básicas.

En Colombia, la humanización se ha puntualizado específicamente en la guerra debido al conflicto armado que se ha venido desarrollando durante las últimas décadas victimizando a la mayoría de la población tanto a nivel rural como urbano. Este proceso de humanización se ha desarrollado a partir de velar por los derechos humanos fundamentales, la prohibición de la violencia sexual dentro de la guerra y las minas antipersonas.

Según lo expuesto por Díaz (2017) en Colombia los procesos de humanización en salud no se desarrollaron de la misma forma que en los otros escenarios siendo evidente en la atención no oportuna, de baja calidad y las diferentes percepciones de los usuarios acerca de las diferentes falencias del sistema pero sobre todo del servicio prestado por los profesionales siendo necesario fortalecer los protocolos de atención humanizada.

Durante la guerra y la priorización de atención para personas caídas en combate, Bonica, médico asignado como jefe de anestesia en la segunda guerra mundial, se interesó por aliviar el dolor en promoción de la anestesia regional ante el bajo inventario de medicamentos y el gran número de heridos en combate, entendiendo el dolor como un fenómeno físico y emocional. Este concepto, dio cabida al concepto de cuidado paliativo, manejando el dolor tanto físico como emocional que este genera donde el médico debe *“entender a cada enfermo en el contexto de la enfermedad”* John Ryle (1950). Entonces, cuidado paliativo contempla acciones de control y disminución de síntomas hasta la desaparición de la enfermedad o fin de vida, así mismo, se integra concepto de humanización como brindar calidad de vida tanto a nivel físico como

manejo del dolor, así como apoyo emocional a partir del acompañamiento constante durante su enfermedad. López Sánchez, J. R., & Rivera-Largacha, S. (2018)

También, la humanización tiene una estrecha relación con el la bioética ya que la humanización, no es un concepto aislado de la atención de salud, sino que se trata de acciones interdisciplinares buscando con único fin dar calidad de vida y dignificar a la persona. Como ya es mencionado, la atención en salud no solo se limita a curar una patología, sino a una intervención integral de la enfermedad Acosta 2015. En conclusión, la bioética no solo es capaz de intervenir en los aspectos asistenciales de la prestación del servicio, sino en los componentes administrativos habilitando instituciones que cumplan con el funcionamiento con calidad propendiendo por el trato humanizado.

La humanización debe contemplarse en el plan de atención de cada institución prestadora dentro de la misión y visión, generando políticas administrativas y transversales teniendo como objetivo velar y cuidar con respeto y oportunidad a la persona enferma cumpliendo con su derecho a la atención, propendiendo por que los recursos destinados para dicha acción sean usados para el fin brindando una atención integral también para su familia.

Así mismo, la humanización comprende aspectos como respeto hacia la individualidad de la persona entendiendo que a pesar de la condición de vulnerabilidad secundaria a un estado de salud, este individuo es único e irremplazable siendo miembro de una familia donde, como segundo aspecto a resaltar, el contexto familiar debe ser incluido como principal red de apoyo en el proceso de intervención de la enfermedad siguiendo la premisa de intervención integral. Higuera J (2014)

La calidad de vida e intervención en la misma, debe ser guiada a buscar mejores y crear condiciones favorables ante una situación, sin embargo, esta búsqueda por mejorar, no se debe caer en el error de establecer relaciones paternalistas ni de resolución de cada una de las falencias donde la responsabilidad de la persona

atendida no pueda ser involucrada, dando solución a cada una de las precariedades, más bien si, gestionando y brindando atención con los componentes presentes en el entorno

La muerte, con connotación de fatalidad en la cultura occidental, en el cuidado humanizado se comprende con un aspecto positivo concebido que para Homedes y Ugalde permite preparar a la familia para el final de la vida del paciente como una forma de terminar de sanar y calmar el dolor desde la dignificación mediante cuidado paliativo.

Antecedentes normativos.

Conforme la presente investigación se toma como antecedentes normativos cuyas normas, leyes o decretos que hacen referencia a la normatividad que rige el quehacer del fonoaudiólogo y demás leyes que garantizan un servicio de salud humanizada y de calidad.

A partir de la ley 1751 del 16 de febrero de 2015, se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, donde se define el sistema de salud como un "conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades; obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud" Por lo que se pretende que cada persona tenga a su disposición entidades de salud que cumplan con las normativas expuestas por el gobierno.

Adicionalmente en los ambientes clínicos es necesario contar con personal del área de la salud idóneo que cumpla con lo establecido en la ley 1164 de 2007 donde se exponen los principios generales que rigen el talento humano de "equidad, solidaridad, calidad, ética, integralidad, concertación y efectividad", que permita garantizar un

correcto quehacer profesional y buen trato a los usuarios de los servicios de salud, de igual manera es necesario realizar un ajuste a los servicios de salud en otros aspectos diferentes a los prestadores de servicios y como consecuencia surge la Ley 1122 de 2007 que tiene como objetivo “realizar ajustes al Sistema Genera de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, con este fin se hacen la reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud”

Sin embargo hasta el año 2010 se creó el Concejo Nacional de Bioética, a partir de la ley 1374 creado con el fin de ”establecer un dialogo interdisciplinario para formular, articular, y resolver los dilemas que plantea la investigación y la intervención sobre la vida, la salud y el medio ambiente, con énfasis en la valoración de la dignidad de la persona humana y el respeto por el pluralismo étnico, religioso, de género y cultural”, a partir de este momento podemos decir que se determina un avance en cuanto a los procesos de salud más humanizados, sin ser llamados de igual forma, pero que generan un cambio significativo en la percepción de la salud y el trato del personal del área de la salud a las personas beneficiarias de sus servicios.

En el año 2011 se dispone la ley 1438 que busca “el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia atención primaria en salud permita la acción coordinada del estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo” a partir de este momento se concibe una idea más cercana hacia los temimos de humanización a partir del deseo de un servicio de salud incluyente y de calidad para todos los residentes del país.

A partir de lo mencionado es relevante incluir el fonoaudiólogo dentro de los profesionales prestadores de servicios de salud, los cuales son cubiertos por ley 376 de 1997 por la cual se reglamente la fonoaudiología y se dictan las normas para su

correcto ejercicio en Colombia, por lo que “se entiende por Fonoaudiología, la profesión autónoma e independiente de nivel superior universitario con carácter científico. Sus miembros se interesan por, cultivar el intelecto, ejercer la academia y prestar los servicios relacionados con su objeto de estudio. Los procesos comunicativos del hombre, los desórdenes del lenguaje, el habla y la audición, las variaciones y las diferencias comunicativas, y el bienestar comunicativo del individuo, de los grupos humanos y de las poblaciones”, este profesional es el encargado en los procesos comunicativos y de alimentación, por lo que debería ser considerado como personal indispensable en las Unidades de Cuidado Critico, sin embargo en la actualidad no se encuentra explícito en la ley como parte vital del personal de salud en esta unidad específica.

Antecedentes internacionales.

En los procesos de atención en salud, a nivel internacional se han realizado diversos estudios donde se han validado diferentes herramientas de medición, hasta el planteamiento y ejecución de programas de humanización. Los países abanderados en investigaciones en este campo son Brasil, España, Estados Unidos e Italia.

En el año 2010 Trad, Leny, Esperidião y Monique en Brasil en la investigación "Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste” para la cual su principal objetivo fue reconocer el desempeño de los equipos de trabajo para fomentar relaciones comunicativas efectivas y aumentando el valor a la dimensión interpersonal como estrategias de intervención en familia favoreciendo la implementación de los procesos de humanización. Para la ejecución de este proyecto se usó como metodología estudio de casos múltiples de tipo cualitativo – cuantitativo con predominio del enfoque cualitativo tomando como muestra poblacional dos municipios que cumplían con los criterios de inclusión, de cobertura e implementación de estrategias de salud familiar.

Así mismo, Machado, Ferreira y Quadros (2012) buscan rescatar la individualidad del usuario en la investigación titulada “A model for humanization in critical care.” Mediante la solución de conflictos en entornos complejos como lo son las unidades de cuidado crítico donde muchas veces los profesionales de salud se encuentran expuestos a problemas existenciales, morales y éticos usando como estudio de caso mediante alcance de tipo descriptivo.

En torno al tema de identificación de percepciones en usuarios aparece también una investigación llevada a cabo en México por Müggenburg et al. (2015) titulada como: “Evaluación de la percepción de pacientes sobre el comportamiento de comunicación del personal de enfermería: diseño y validación en población mexicana. *Salud mental”* en donde se buscaba identificar la percepción que tenían los pacientes frente a la comunicación con el personal de enfermería a parir de la práctica cuidado, el tratamiento y la calidad de la atención. El análisis de esta investigación se desarrolló a partir de la validación de un instrumento de 23 reactivos medidos con escala Likert por 150 pacientes beneficiarios de los diferentes servicios.

Las diferentes investigaciones mencionadas, se basan en favorecer los procesos de atención en pro de la humanización, a su vez, Bosia y Darvo (2015) plantean el análisis de la calidad de la atención médica no solo nivel asistencial sino también gerencial y estructural que es igual de importante en su investigación titulada “Le linee guida per l’umanizzazione degli spazi di cura”, donde implementaron un enfoque de análisis de actividades ejecutadas por los usuarios en la implementación de encuestas de satisfacción.

Hasta ahora las investigaciones consultadas se basan en procesos de humanización en general, sin embargo la investigación titulada “Nursing team and communication with tracheostomized patients” realizada por Gaspar, M. (2015) es centrada en la identificación de las percepciones del equipo de enfermería de la comunicación en el cuidado de los usuarios traqueostomizados, como apoyo a los procesos de intervención y tratamiento mediante un estudio cualitativo y cuantitativo con la

recolección de datos a través de cuestionarios analizados bajo prueba Ji cuadrado de independencia.

Con el fin de conocer el grado de satisfacción tanto de los familiares como de los usuarios dados de alta del servicio de UCI los autores Peña, Ruiz, Artiga, García, et al (2015), titulado como “Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares”, donde se aplicó un diseño de tipo transversal, observacional y prospectivo durante 5 meses en el hospital Márquez de Valdecilla de Santander en su investigación, obteniendo resultados referentes a los servicios de salud brindados.

Posteriormente Rodríguez, Melita, Jara, Ignacio y Luengo (2018) realizaron una adaptación sociolingüística y posterior validación del instrumento “percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en enfermería en la Clínica del Country” de los autores Rivera y Triana (2007) de cuidado humanizado para ser aplicado en población chilena en su trabajo titulado “Adaptación transcultural y validación de un cuestionario de cuidado humanizado en enfermería para una muestra de población Chilena” utilizando la metodología de estudio de valoración de cuestionario en dos fases; la primera de adaptación y la segunda de evaluación de consistencia interna y validez de constructo con una muestra poblacional de 60 personas.

Antecedentes nacionales.

La humanización ha sido hoy por hoy el tema más investigado por los profesionales de la salud en específico, la profesión de enfermería que ha construido y validado diferentes herramientas e instrumentos que permiten recopilar información acerca las diversas percepciones de los usuarios y personal de salud, acerca de los procesos de humanización. A sí mismo, se han generado proceso de retroalimentación en el quehacer diario, no solo en los procesos de intervención en enfermería sino también en los diferentes servicios con profesionales de diferentes disciplinas.

Por ejemplo, en la investigación planteada por Gonzales en el año 2015 en su investigación “Validez y confiabilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3ª versión”. Presenta un estudio metodológico con 3 fases de ejecución desarrollando pruebas psicométricas al instrumento PCHE; en la primera realiza un ajuste semántico con una muestra poblacional de 176 persona; en la segunda fase, ejecutaron un análisis de validez con 18 jueces y por último, aplicaron pruebas de validez de constructo y confiabilidad. En los resultados obtenidos se identificó niveles de concordancia del 92% y validez de contenido del 98% en el análisis realizado por los jueces expertos. Dentro del análisis factorial ejecutado mediante prueba de KMO se determinar la validez y confiabilidad de la pruebas.

A su vez, Valencia y Cols en el año 2015, en su investigación “Empoderamiento”, una utopía posible para reconstruir la humanización en unidades de cuidado crítico.” Indaga sobre la aplicación de los modelos de empoderamiento en las unidades de cuidado crítico y los procesos de humanización en los cuidados y sus barreras fortaleciendo políticas y estamentos institucionales acerca de dicho proceso. Para esto, enmarcan su investigación en un paradigma epistemológico – interpretativo permitiendo un análisis reflexivo y conceptualizado presentando un diseño mixto facilitando una interpretación reflexiva. Este estudio se correlaciona con la investigación en curso ya que permite conocer el estado del arte en los procesos de humanización en los diferentes servicios de salud planteando un punto de partida para el diseño de la herramienta en investigación.

Por su parte Zambrano (2016) plantea en su investigación “La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado” donde nos lleva a realizar un abordaje reflexivo sobre la imperiosa necesidad de brindar una atención más humanizada respondiendo a las aspiraciones del usuario teniendo en cuenta su condición como persona, que solo se puede lograr situándonos en su perspectiva. Esta investigación fue desarrollada mediante revisión científica usando palabras claves tales

como cuidado y humanización analizando artículos de los últimos 10 años de autores tanto nacionales como internacionales específicamente latinoamericanos. Dentro de los análisis de los resultados, se determina que cada vez el usuario /paciente se invisibilidad como un ser de derechos convirtiéndose en un cliente genérico sin la aplicación oportuna de los procesos de humanización.

Cano, Giraldo y Forero (2015) en su investigación “Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia.” Exponen el diseño de una herramienta de humanización con el fin principal de recopilar las experiencias y significados que tienen los beneficiarios del régimen subsidiado en la atención en salud en la comuna 16 en Medellín. Para esto, plantean una investigación cualitativa etnográfica permitiendo un análisis a profundidad de cada una de las percepciones de los usuarios. Dentro de los resultados obtenidos se identifica que el concepto de calidad varía de acuerdo a las diferentes etapas de los procesos y severidad de los diagnósticos teniendo relación directa con el objetivo de la investigación en curso.

Marco Conceptual

Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal (MSCHI).

Modelo centrado en la interacción comunicativa, construido a partir de cuatro marcos de referencia como la Teoría de la acción comunicativa por Jürgen Habermas, interaccionismo simbólico por George Herbert Mead, personalismo dialógico por Scheler, Et al, y Escuela de Palo Alto California de Gregory Bateson, Paul Watzlawick y Don Jackson, donde el análisis y resultados de cada uno de estos aporta al MSCI una amplia perspectiva a la comunicación principalmente de manera conceptual, tomándola como un proceso dinámico, holístico y fundamental para el desarrollo del ser humano y su aprendizaje (Bernal et al., 2018).

El modelo se constituye a partir de tres dimensiones básicas para su implementación como la intrapersonal, interpersonal y sociocultural, para efectos de la investigación y teniendo presente que se desea medir la humanización en un espacio que clínico y social, se tendrá en cuenta solo lo relacionado con la dimensión sociocultural.

Dimensión intrapersonal.

Para las autoras (Bernal et al., 2018) Apartado encargado de las condiciones, capacidades y potenciales del individuo y determinantes de las persona como un ente comunicativo a través de su historia personal, roles y su desarrollo integral como persona durante todo su ciclo vital, en esta dimensión intervienen las variables biológica, variable psicológica, variable lingüística y variable psicolingüística.

Variable biológica.

La cual determina aspectos relacionados con las estructuras anatómicas y fisiológicas del cuerpo humano, las destrezas y habilidades físicas y cognoscitivas (Bernal et al., 2018).

Variable psicológica.

Según Bernal, Pereira y Rodríguez (2018) relacionada con los procesos de pensamiento y lenguaje, y como estos intervienen en el adecuado procesamiento de la información.

Variable lingüística.

Esta variable corresponde al estudio del lenguaje y la lengua, desde la perspectiva de una facultad interior humana, la cual le permite al hombre significar y simbolizar su realidad y le permite hacer uso de signos para comunicarse (Bernal et al., 2018).

Variable psicolingüística.

A partir de esta variable se determinan las capacidades o dificultades que posee el usuario para procesar los mensajes verbales, no verbales y su modalidad comunicativa, los cuales pueden ser analizados con el uso de instrumentos estandarizados o pruebas estructuradas (Bernal et al., 2018).

Dimensión interpersonal.

Según Bernal et al., (2018).se estipula que los individuos establecen o cumplen o no el intercambio comunicativo dando a conocer sus necesidades, conocimientos, emociones, entre otros.

Dimensión sociocultural.

Tomándolo como la dimensión básica para la elaboración del presente proyecto y haciendo referencia a lo expuesto por Bernal, Pereira y Rodríguez (2018) ya que lo catalogan como aporte fundamental en el proceso comunicativo que ayuda a ver las alteraciones humanas no como patológicas sino con una mirada socio antropológica y vital para el individuo en su etapa de adultez. La dimensión sociocultural es el medio principal para evitar el aislamiento social y para descubrir un sentido de pertenencia a un grupo e identidad de una persona, va ligado en gran medida a la herencia cultural y

comunicativa de la vida familia, creencias y valores de cada sujeto convirtiéndose en un comunicador capaz de extraer de sus experiencias la interacción con otros.

Humanización.

Según Plumed (2013), La humanización implica contemplar con seriedad planteamientos bioéticos que dan respuestas a la evidencia real de cada día. La humanización aplica la doctrina social recta a la gestión de los centros sanitarios y a las actuaciones de cada uno de los profesionales de la salud, según unos valores conocidos y establecidos, según una cultura.

Por otra parte Redrado y Gurina (2003) consideran que todas las personas implicadas en el mundo de la salud, están comprometidas en la tarea de crear, conservar y perfeccionar el ambiente y clima favorables para que el enfermo – usuarios de cualquier centro de salud sea considerado en la totalidad de su persona y reciba una atención integral que satisfaga sus exigencias somáticas, biológicas, sociales y espirituales.

Humanización en salud.

Para Hoyos H, Cardona R, Correa S (2008) la humanización hace referencia al abordaje integral del ser humano, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica y conductual, mediante la búsqueda del bienestar propio y de los demás ante cualquier circunstancia. De esta manera, se encuentra asociada con las relaciones que se establecen, al interior de una institución de salud, entre el paciente y el personal de la salud, administrativo y directivo.

Por otro lado, se toma como “la construcción de justicia, generación de salud y solidaridad en un medio de fragilidad humana orientados por valores humanos y

respetando los derechos universales” (Bermejo Carlos, 2014, p. 73), complementando con esto la noción de persona como ser integral que ante una alteración de salud se encuentra en un estado de completa vulnerabilidad y dependencia tanto física como emocional, logrando cambios al encontrarse con comportamientos del personal de salud basados en empatía, comprensión y servicio.

Comunicación interpersonal.

Según Bernal et al.,(2018) la comunicación interpersonal es una esfera constituyente del desarrollo humano donde se cuenta con un propósito comunicativo teniendo claridad en el mensaje comunicativo ya sea en diferentes modalidades tales como verbales orales, verbales escritas o verbal visogestual, estas se pueden dar de manera aislada o simultánea.

Apoyando la conceptualización de la autora que se referencia y según el MSCHI, se afirma que la comunicaciones interpersonal no se basa en el habla, lenguaje y audición, sino que trasciende por completo a interacción o actos comunicativos que se desarrollan en una situación comunicativa permitiendo el desarrollo completo de la persona como ser humano.

Encuesta.

La encuesta es una técnica de recogida de datos, una forma particular y practica de un procedimiento de investigación. Permite recoger datos según un protocolo establecido, seleccionando la información de interés, procedentes de la realidad, mediante preguntas en forma de cuestionario (Kuznik, Hurtado y Espinal, 2010).

Unidad de Cuidado Crítico.

Según Castañeda, Orozco y Rincón (2014) las Unidades de Cuidado Critico son espacios destinados para el trabajo asistencial y de conocimiento avanzado por parte de los profesionales, donde prima el bienestar sistémico del individuo que carece de buen estado de salud y se encuentra en estado de vulnerabilidad cercano a la muerte, también es descrito como una planta física con características particulares a nivel visual y auditivo por equipos tecnológicos que puede estar entre una línea muy delgada de humanización y despersonalización hacia el indefenso.

Capítulo 3. Marco Metodológico

Tipo de estudio

La presente investigación se encuentra construida bajo los parámetros del tipo de investigación *mixto con diseño transformativo secuencial (DITRAS)* ya que según Hernández, Fernández y Baptista (2014) es un diseño que aparte de trabajar los enfoques cualitativo y cuantitativo permite incorporar un modelo teórico o guía de estudio como lo es en esta investigación el Modelo Sistémico de Comunicación Humana Interpersonal (MSCHI) en su dimensión sociocultural, facilitando y orientando al investigador en el análisis y recolección de datos con mayor especificidad.

Alcance

El alcance es descriptivo – exploratorio, dado que se cuenta con una estadística descriptiva que permite recolectar información y crear un análisis de diversas variables para el diseño de la herramienta, por otro lado, es un proyecto innovador poco trabajado, teniendo presente que toma como eje principal la comunicación en aspectos socioculturales para favorecer la humanización en las UCC e invita a

continuar con este tipo de proyectos al gremio de la fonoaudiología vinculándose a un equipo interdisciplinario experto en humanización.

Población

Teniendo presente el objetivo de estudio del presente trabajo se tomó como población blanco a jueces expertos seleccionados por su conocimiento, experiencia y experticia en comunicación a través del MSCHI, humanización en contextos clínicos, en la construcción de instrumentos de medición tipo encuesta con un enfoque investigativo, así mismo se contó con la participación de jueces por experiencia de vida que colaboraron para la construcción del diseño, siendo estos últimos un grupo de personas adultas con antecedente de hospitalización en UCC no mayor a un año que durante su estancia hospitalaria contaron con un óptimo nivel de conciencia que les permitió dar a conocer su experiencia y necesidades comunicativas.

Se convocó en su totalidad a nueve jueces profesionales para realizar la validación de contenido clasificados de la siguiente manera: tres para la validación de la implementación del MSCHI en la dimensión sociocultural, tres validar el contenido orientado en la humanización, tres expertos en la construcción de encuestas en cuanto a estructura y sintaxis.

Como resultado de esta convocatoria se logró la participación en total de los nueve jueces caracterizados por ser el 70% mujeres y 20% hombres, 90% fonoaudiólogos y 10% que corresponde a la participación de un profesional en psicología, 20% candidatos a doctorado con maestría, 40% con maestría y el 30% especialistas, es relevante resaltar que se tuvo el privilegio de contar como jueces expertos a dos de las creadoras y pioneras del MSCHI.

Tipo de Muestra

Se establece una muestra no probabilística por conveniencia teniendo presente que se realiza una solicitud de participación a determinados jueces expertos convocados según el criterio de los investigadores, siendo estos jueces capaces de decidir si participan o no en la validación de la herramienta.

Criterios de inclusión.

Se establecen los siguientes criterios de inclusión teniendo presenta la experiencia y trayectoria de los jueces expertos: a) Los jueces encargados de la validación según el contenido y estructura deben ser profesionales con mínimo dos años de experiencia en el área encargada a evaluar. b) Teniendo presente la participación de los jueces por experiencia de vida, se requiere estar en edad adulta consiente de su experiencia, con un nivel de comprensión optimo en procesos de lecto escritura, habla funcional y sin deterioro o déficit cognitivo.

Criterios de exclusión.

Teniendo presente las características de inclusión no se plantean criterios de exclusión para jueces expertos profesionales. Para los jueces por experiencia de vida se considera relevante no haber contado con estancia mayor a un año en la UCC dado que podría limitar la recolección de información objetiva.

Procedimientos

En un inicio la investigación se basó en definir y organizar la idea de investigación tomando como datos claves la importancia del trato humanizado en el paciente hospitalizado en una UCC y el papel que cumple la comunicación como medio principal para llegar una humanización. Ya definida la idea y orientado el proyecto hacia el diseño de una herramienta que permita conocer la percepción de

humanización en unidades de cuidado crítico desde la comunicación se tomó como guía teórica el Modelo Sistémico de Comunicación Humana Interpersonal (MSCHI) con el fin de contribuir a la identificación de factores de riesgo en calidad de atención con un enfoque sociocultural.

Se establecieron seis fases básicas para la validación del diseño de la herramienta que permitieron obtener resultados objetivos acompañados de sustento científico:

Fase 1: Revisión teórica: Esta fase se hace referencia a la búsqueda de material investigativo que dio cuenta al estado actual de los instrumentos o herramientas implementadas para evaluar o acreditar procesos de humanización en las UCC, se indagaron en diferentes bases de datos como EBSCOhost, Tandfonline, entre otros, que brindaron artículos específicos que demuestran la existencia de instrumentos de medición para pacientes, familia y equipo médico manejando la comunicación de manera trasversal, omitiendo aspectos socioculturales como el respeto y manejo de una cultura, contacto con familiares, nivel educativo, etc.

Fase 2: Construcción o diseño basado en la teoría: Teniendo presente la información recolectada y con la orientación del MSCHI en su dimensión sociocultural se establecieron y manejaron variables como reglas del macrocontexto haciendo referencia a las formas de interacción propias de cada individuo y acorde a su cultura que contribuyen a identificar diversas practicas comunicativas, como segunda variable aparece el trasfondo cultural en donde toma mayor relevancia el factor geográfico para determinar características sociolingüísticos propias de los individuos, y por último la variable de participación social que parte del derecho universal de todo ser humano para pertenecer a una sociedad adquirir deberes y derechos promoviendo la integración de las personas. Partiendo de lo anterior se elaboraron veinticuatro preguntas acordes con las necesidades de una persona hospitalizada en una unidad actual colombiana referente a la dimensión sociocultural del MSCHI.

Fase 3: Selección y validación de jueces expertos: Partiendo del énfasis y características del proyecto en humanización, clínica e investigación, se vio la necesidad de solicitar la participación de tres tipos de jueces expertos. El primer grupo, expertos en el Modelo Sistémico de Comunicación Humana Interpersonal (MSCHI), el segundo con amplia experiencia en aspectos de humanización en servicio de salud principalmente con usuarios hospitalizados y el último con conocimientos en la construcción de instrumentos de medición tipo encuesta, manteniendo contacto por vía e- mail. Por otro lado y con la finalidad de abordar las necesidades de las personas hospitalizadas en las UCC, se contactó y conto con la participación de tres sujetos que brindaron su experiencia como pacientes de UCC de manera narrativa para orientar a los investigadores sobre las necesidades comunicativas reales en las UCC. En total se contó con la participación de nueve jueces expertos distribuidos en tres para cada grupo según el tipo de juez y con tres personas que aportaron según su experiencia de vivida.

Fase cuatro: Resultados: El manejo de los resultados se estructuro acorde con los objetivos del proyecto de investigación. De manera inicial y según el primer objetivo, se identificaron las necesidades comunicativas basadas en la experiencia de vida de usuarios con antecedente de hospitalización en UCC contando con la participación de tres personas quienes por medio de su aporte narrativo describieron sus vivencias y las de sus familias abarcando aspectos positivos y negativos claves para la finalidad de la investigación. El segundo objetivo hace referencia a la validación de contenido por jueces expertos, los cuales brindaron aportes cuantitativos y cualitativos acorde a la metodología de la investigación, manejando parámetros de calificación de suficiencia, coherencia, pertinencia, claridad y cohesión con un aporte descriptivo opcional para cada pregunta, una vez recolectada la información referente a la validación se organizó de tal manera que facilitara el análisis de cada objetivo, variable y preguntas brindando específicamente un análisis cuantitativo.

Por último y como tercer objetivo se realizaron las modificaciones pertinentes y acordes con las sugerencias de los jueces realizando ajustes de vocabulario, estructura

y contenido para la elaboración final del diseño de la herramienta, creando su logo, diseño y contenido respecto a la introducción y el paso a paso sencillo para el posterior diligenciamiento del posible participante o encuestado de la herramienta.

Fase 5: Discusión y aportes del diseño de la herramienta: Se compararon los resultados obtenidos en las fases anteriores principalmente la validación del instrumento por los jueces expertos, cuya experiencia es superior a los dos años y cuentan con una amplia trayectoria en las áreas evaluadas (MSCHI, humanización en clínica y en la elaboración de instrumentos de medición tipo encuesta), así como el aporte descriptivo de los jueces expertos según su experiencia de vida como usuarios de la UCC, realizando el respectivo análisis cualitativo y cuantitativo en conjunto con la evidencia científica consultada.

Con lo anterior, se identificó y sustento la importancia del presente proyecto que favorece los aspectos comunicativos en humanización para las UCC logrando ser pioneros en la implementación del MSCHI en su dimensión sociocultural en humanización clínica y demostrando los múltiples beneficios que se pueden rescatar de su implementación para las mejoras de los servicios de atención humanizada en UCC.

Fase 6: Elaboración y postulación del artículo del proyecto: Basados en los resultados obtenidos e importancia del proyecto investigativo, como investigadores se buscó trascender y ofrecer una evidencia o base para futuras investigaciones por medio de la elaboración de un artículo científico en donde se plasmó los aspectos más representativos de la investigación, postulándose a la revista de la facultas de medicina de la Universidad de Chile que cuenta con un énfasis en Bioética.

Técnicas para la recolección de la información.

Teniendo presente el tipo de muestra implementada en la presente investigación: No probabilística por conveniencia y la población blanco de trabajo, se realiza una búsqueda de profesionales expertos en el Modelo Sistémico de Comunicación Humana

Interpersonal, en humanización en contextos clínicos, elaboración de encuestas y personas que aporten a la validación de la herramienta desde su experiencia de vida como usuario de una UCC, siendo contactados de la siguiente manera:

De manera inicial se indago sobre los profesionales con amplia trayectoria y destacados en el campo que contaran con un tiempo significativo de experiencia en el tema, seguido de esto de contactaron vía telefonía o e-mail dando a conocer por medio de una carta el tipo y contenido de la investigación, invitación a participar, función como juez experto e importancia de su participación para la validación del instrumento. Adjunto a lo anterior, se hace envío del diseño inicial de la herramienta con el correspondiente instructivo de calificación que incluyo parámetros de suficiencia, coherencia, pertinencia, claridad y cohesión favoreciendo los resultados cuantitativos del proyecto, por otro lado se contó con una columna específica para el aporte narrativo o cualitativo de los jueces, siendo opcional o de su decisión propia el diligenciarlo.

Técnicas para el análisis de la información.

En relación con la metodología de investigación tipo mixta, se utilizaron los aportes cualitativos y cuantitativos obtenidos de los jueces expertos, una vez recolectados los datos se organizaron de manera estratégica para ser trabajados de la siguiente forma:

Los datos cuantitativos fueron analizados por medio de las hojas de cálculo de Microsoft Excel versión 2010 elaborando graficas de columnas con porcentajes en la unificación de los resultados en conjunto con una estadística descriptiva. Respecto al análisis cualitativo se presentan los resultados descriptivos por medio de unas matrices estructuradas por medio de subdivisiones acordes a los ítems a evaluar.

Capítulo 4. Resultados

Los resultados obtenidos por los jueces expertos se clasificaron de manera cuantitativa y cualitativa conforme a la metodología de la investigación, se expondrán a continuación de acuerdo con la postulación de los objetivos específicos y en relación a las variables de la dimensión sociocultural del Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal (MSCHI).

Las variables analizadas hacen referencia, según Bernal y colaboradores en el 2008, primero al Trasfondo Cultural relacionado con las formas de interacción de cada sujeto conforme a su contexto geográfico y prácticas sociales que determinan su rol en la sociedad, segundo las Reglas del Macrocontexto tomadas como la normativa propia de cada cultura que determinan la interacción y participación social, la tercera variable son las Variaciones Sociolingüísticas siendo estos aspectos determinados por el uso social de una lengua en diferentes contextos, y por último la variable de Participación Social en donde son prioridad los derechos y deberes en relación con la dignidad y autonomía como ser humano social y cultural.

OBJETIVO 1.

1. Identificar las necesidades comunicativas que presentaron usuarios con antecedente de hospitalización en unidad de cuidado crítico a partir del análisis de la dimensión sociocultural.

Se logró identificar las necesidades comunicativas de los usuarios hospitalizados en las UCC por medio de la participación voluntaria de tres personas quienes por medio de su experiencia de vida y de manera narrativa permitieron a los investigadores reconocer las posibles problemáticas, disconfort y aspectos a mejorar relacionados con la comunicación desde la dimensión sociocultural y las variables antes

mencionadas con preguntas a nivel de identidad, familia, cultura, autonomía y dignidad, aspectos relevantes en la humanización.

Los resultados obtenidos se presentan a continuación de acuerdo a cada variable:

CARACTERIZACION DE LOS PARTICIPANTES

Participante 1: Hombre de 62 años de edad con estadía de 3 días en la Unidad de Cuidados Intensivos por patología cardiovascular.

Participante 2: Hombre de 36 años de edad con estadía de 8 días en la Unidad de Cuidado Intensivo por trasplante renal.

Participante 3: Hombre de 58 años de edad con estadía de 3 meses en la Unidad de Cuidado Intensivo por Síndrome de Guillan Barre.

Tabla 1*. Aporte narrativo de personas por experiencia de vida - variable Trasfondo Cultural*

TRASFONDO CULTURAL		
PARTICIPANTE	EXPERIENCIA	ANÁLISIS DE DATOS
1	Refiere sentirse confirme con los beneficios recibidos por el servicio pues conto con guía religioso y libertad para orar o realizar diálogos espirituales. Felicita a los profesionales con lo que compartió en la unidad pues de ellos recibió diálogos de apoyo y motivación para continuar con su proceso de recuperación. Por otro lado, referencio que no todos los medios se prestaban para un diálogo empático, pero él comprende y no juzga su comportamiento. Considera que es difícil lograr un estar de confort y plena confianza en una UCI, esto debido a su delicado estado de salud y las ganas de estar en casa.	Los participantes hacen énfasis en situaciones comunicativas presentadas en la UCC, a formas de interacción verbal y no verbal que se les brindaron a ellos y a sus familias, coincidiendo en los siguientes aspectos: - Es importante mantener un dialogo entre los usuarios y cualquier trabajador de la salud que tenga contacto con ellos, brindando respeto, empatía y confianza intercambiando información que favorezca su proceso de recuperación dentro de la UCC.
2	El participante da a conocer su estado	- La escucha, interpretación de

	espiritual como no creyente, refiere que por su tendencia al ateísmo en un ambiente clínico crea bastante controversia, en el momento de su estadía en la UCI tuvo la oportunidad de dar a conocer por qué no necesita de un guía espiritual siendo escuchado y respetado. A nivel comunicativo, menciona un periodo difícil al inicio de su hospitalización, dado que se encontraba intubado y consiente, no conto con un sistema que facilitara manifestar sus necesidades solo con leves movimientos de cabeza y algunos gestos.	sus necesidades y soluciones a sus preguntas son claves para sentirse cómodos. - Se valora en gran medida todos los esfuerzos que realizan el personal de salud para comunicarse con sus pacientes, hacen visible la importancia de contar con un sistema de comunicación alternativo que cuente con entrenamiento a ellos como usuarios, a su familia y a todo el personal de salud. - El respeto por la inclinación o creencia religiosa, o ateísmo, es importante para no generar situaciones incomodadas durante la hospitalización. - El permitir orar genera bienestar al usuario y a la familia.
3	Menciona que logro realizar sus oraciones y recibió apoyo de un guía espiritual, sin embargo, debido a su alteración del habla por su patología base, simplemente se disponía a escuchar las oraciones del guía y oraba mentalmente. Por solicitud de la familia, el participante refiere que le permitieron utilizar un tablero de comunicación tipo abecedario, lastimosamente no todas las personas que tenían contacto con él sabían que existía o como implementarlo, a partir de lo anterior, refirió sentirse incómodo con algunos profesionales que no interpretaban adecuadamente sus necesidades. Comenta que las conversaciones con los médicos no eran muy motivantes, debido a que repetían continuamente las grandes dificultades que tenía para volver a caminar y a comer.	

Tabla 2. *Aporte narrativo de personas por experiencia de vida - variable Reglas del Macrocontexto*

REGLAS DEL MACROCONTEXTO		
PARTICIPANTE	EXPERIENCIA	ANÁLISIS DE DATOS
1	El participante comento sentirse satisfecho respecto al trato que recibió él como usuario	Teniendo presente aspectos relevantes y propios de esta

	del servicio y a su familia pues fue amable, cálido y respetuoso, de la misma forma, afirma haber contado con la información necesaria, clara y oportuna sobre su estado de salud y procedimientos a realizar. Refiere conformidad con el horario de visitas debido a que le permio lograr un contacto suficiente con los miembros de toda su familia. En cuanto a la normatividad de la unidad, el participante refiere fácil adaptabilidad.	variable como las reglas de interacción social y la participación, se logran identificar en los testimonios aspectos significativos como: - El rol de la persona hospitalizada cambia por la presencia de la enfermedad convirtiéndose en un ser vulnerable que necesita del otro para dar solución a sus necesidades diarias, ocasionándole pausas en su desempeño laboral, familiar, social, entre otros. Apareciendo dependencias para la ejecución de sus rutinas cotidianas y necesidades básicas, es por esto que los participantes hacen referencia a la necesidad de contar con manifestaciones verbales y no verbales de amabilidad y empatía como cortesía, interacciones comunicativas con mensajes de positivismo, verdad, claridad y comprensión, sin discriminaciones o actos de lastima. - Otro aspecto importante en donde se hace fuerte énfasis es en el contacto continuo con la familia como medio de comunicación con el exterior en cuanto a amistades, estado de las personas de su núcleo familiar, temas laborales y culturales. - Teniendo presente la
2	Menciona un trato cortes, amable y asertivo para él y su familia, de la misma forma en cuanto a la información sobre su estado médico. El participante hace referencia al respeto por la normatividad clínica en cuanto a los horarios de visita, en donde ni él ni su familia presentaron dificultades en seguirla y respetarla.	
3	El participante hace referencia al cambio que se va presentando con el transcurrir de la hospitalización, en cuando al contacto con la familia, relaciones con el personal de salud manejo de la información. Comenta sobre el tiempo tan limitado que le era otorgado para compartir con su familia y la sensación de impotencia al no lograr modificar los horarios aunque sea una sola vez. Por otro lado menciona que muchos de los procedimientos que le fueron realizados y autorizados por la familia no eran explicados adecuadamente, pues ellos tiempo después le mencionaron que nunca dimensionaron los efectos secundarios de estos.	

necesidad del contacto y comunicación frecuente con la familia, los participantes mencionan las dificultades en la calidad y cantidad de tiempo permitido para interactuar con sus seres queridos. El tiempo destinado para la visita diaria lo describen como un aspecto importante respecto a la normativa del centro hospitalario en donde es su deber como usuario seguir y respetar dicha norma, sin embargo, la sensación de limitación e impotencia por no poder contar con un tiempo suficiente para compartir con su familia es una cualidad en común de los testimonios brindados por los participantes.

- El lograr identificar las características comunicativas para la interacción tanto del personal del salud como de los usuarios y de la familia es un proceso que se va desarrollando en el transcurrir de la hospitalización en las UCC, orientado por el respeto, la paciencia, la tolerancia y otras cualidades que permiten interactuar efectivamente y acorde a la personalidad de cada sujeto.
- El respeto al rol y papel que desempeña cada miembro de la familia es fundamental para la toma de decisiones respecto al estado de salud de la persona vulnerable.

Tabla 3. *Aporte narrativo de personas por experiencia de vida - variable Variaciones Sociolingüísticas*

VARIACIONES SOCIOLINGÜÍSTICAS		
PARTICIPANTE	EXPERIENCIA	ANÁLISIS DE DATOS
1	El participante refiere haber comprendido todos los términos implementados por los especialistas, a pesar de su bajo nivel de formación logro dimensionar su situación de salud. No refiere situación de discriminación o rechazo comunicativo hacia él o su núcleo familiar.	Lo cambios en el vocabulario y contenido de información que se le brinda al usuario y a la familia deben ser acorde con su nivel de formación, procedencia geográfica y grupo socioeconómico, dado que son fundamentales para crear un estado de tranquilidad y confort en las UCC. Los aspectos en común manifestados por los participantes abarcan los siguientes aspectos: - Reconocen al personal de salud la intensión de comunicar de forma clara y especifica el estado de salud, normatividad y trámites administrativos, sin embargo, describen falencias para presentar la necesidad del uso de medicamentos y procedimientos abarcando pros y contras de los mismos, requiriendo solicitar de forma autónoma mayor información de estos aspectos, posiblemente esta situación se presenta por ser un aspecto que se abarca de manera general sin tener presente las múltiples dudas que podrían surgir al usuario o familia, aspecto dependiente al nivel de formación o experiencia en el tema del usuario o la familia. - Un aspecto que genera cuestionamientos respecto a
2	El participante cuenta con un nivel de formación como profesional, refiriendo que en diversas ocasiones no comprendió nombres de procedimientos, medicamentos u otras ayudas, por lo tanto tuvo que tomar la iniciativa de indicarle al especialista encargado que detallara de manera clara cada término desconocido.	
3	El participante cuenta con un nivel de formación como bachiller y refiere múltiples situaciones en donde no comprendió el vocabulario que utilizaba el equipo médico principalmente por su barrera comunicativa, comenta solo expresar respuestas monosilábicas sin lograr que los especialistas se aseguran que la información era comprendida en su totalidad. Por otro lado, refiere por algunas personas haberlo discriminado, dado que con el requerían más tiempo para interactuar y hacer un uso correcto del tablero de comunicación.	

		las facilidades que se le brinda a los usuarios en la UCC con alteraciones en su habla para su interacción comunicativa, es el no contar con los medios de comunicación alternativa para manifestar sus dudas o reglamos respecto a su estado de salud, generándole al personal de salud el dar por hecho que la información fue comprendida, o llevando a actos de aislamiento o discriminación.

Tabla 4. *Aporte narrativo de personas por experiencia de vida - variable Participación Social*

PARTICIPACIÓN SOCIAL		
PARTICIPANTE	EXPERIENCIA	ANÁLISIS DE DATOS
1	Refiere experiencias positivas respecto a la amabilidad de las personas para tratarlo mirándolo a los ojos y llamándolo por su nombre, sin embargo comenta que le hubiera gustado contar con un momento de dialogo abierto no específico de temas de salud. Menciona que recibió comentario de apoyo y motivación para continuar con el tratamiento y recuperación.	Los participantes mencionan aspectos relevantes en cuanto a temáticas de deberes, derechos, dignidad y autonomía durante su estancia hospitalaria en la UCC. Compartiendo ideas como: - El cumplimiento de la normatividad por parte de la familia, el usuario y el personal de salud, es clave para lograr una ambiente de armonía, confianza y respeto a pesar de sentir en ocasiones la necesidad que querer modificar reglas para beneficio propio o familiar. - Fomentar el trato digno y el promover la autonomía, son factores fundamentales basados en la comunicaciones efectiva con contenido de
2	El participante menciona que durante su estadía buscaba estar tranquilo y alegra, así mismo brindar un turno agradable a todos los profesionales en la UCI, por esto siembre conto con normas como el contacto visual, el uso correcto de su nombre y el de los miembros de su familia. Hace énfasis sobre la importancia de mantener la motivación y normas de cortesía para lograr superar con mayor facilidad una situación compleja.	
3	Refiere que en la mayoría de situaciones no lo	

	miraban a los ojos para interactuar con él, supone que por dificultad comunicativa el profesional creía que no era necesario. Hace referencia al estado de ánimo óptimo que sostuvo durante su hospitalización, el cual le ayudo a no sentirse discriminado o aislado por su estado de salud.	motivación, perseverancia, constancia y aliento para superar su periodo de enfermedad.

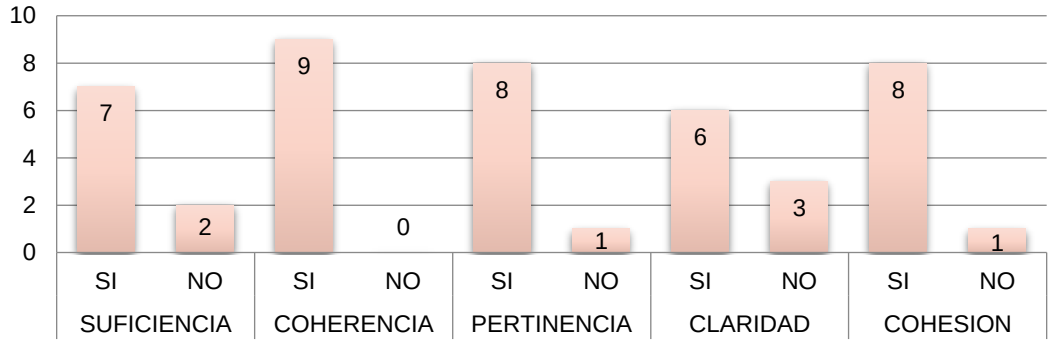
OBJETIVO 2.

1. Establecer la validación del diseño de la herramienta y variables de análisis mediante la revisión de jueces expertos identificando falencias en contenido y estructura que puedan alterar la confiabilidad de la herramienta.

El diseño de la presente herramienta logro la revisión y validación de nueve jueces expertos clasificados según su destreza y conocimiento en áreas claves según la finalidad del proyecto, conto con tres jueces en el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal (MSCHI), tres con amplia experiencia en humanización clínica y tres en la construcción de instrumentos de medición, quienes se reconocen por su amplia experiencia y experticia, brindando bases solidad para la construcción objetiva de la presente investigación. Es importante aclarar que a partir de la pregunta número seis uno de los jueces toma la decisión de suspender para algunos ítems de calificación su aporte cuantitativo, basándose en aportes descriptivos o cualitativos, modificando con esto la estructura de las gráficas y arrojando resultados de 0 notándose la participación de solo 8 jueces expertos.

Los resultados obtenidos se presentan según el número de pregunta, la variante de la dimensión sociocultural y se especifican los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos.

Trasfondo cultural.



¿Respetaron sus creencias religiosas?

Figura 1. Validación cuantitativa - pregunta 1

Aporte Cuantitativo

La pregunta formulada recibe un puntaje del 100% (n°9) de los jueces indicando que es coherente, el 88.8% (n°8) la describen como pertinente y con adecuada cohesión, el 77.7 (n°7) asegura que es coherente y el 66.6% (n°6) como clara. El 33.3% (n°3) de los jueces asegura que se encuentra con poca claridad, el 22.2% (n°2) que no es suficiente y el 11.1% (n°1) con debilidades en pertinencia y cohesión.

Tabla 5. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 1*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Diferenciar entre la primera pregunta y la numero 3.	Se debe ampliar la categoría teniendo en cuenta otras variables de análisis al dialecto o lengua, así mismo, se deber tener un factor diferenciador entre esta pregunta y otras que se puedan asemejar contextualizando al participante acerca de lo que se le va a preguntar.
HUMANIZACIÓN	Verificación de aspectos que hacen parte de la variable del trasfondo cultural adicional a la religión. Por otro lado sugieren vincular el conocimiento de los derechos y deberes en la UCC.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Preguntas que permitan interiorizar en la experiencia de cada participante realizando un encabezado previo a la pregunta con el fin de contextualizar.	

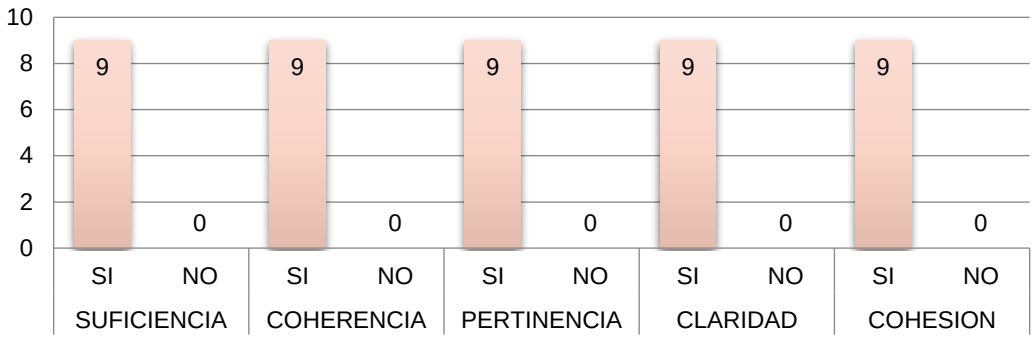


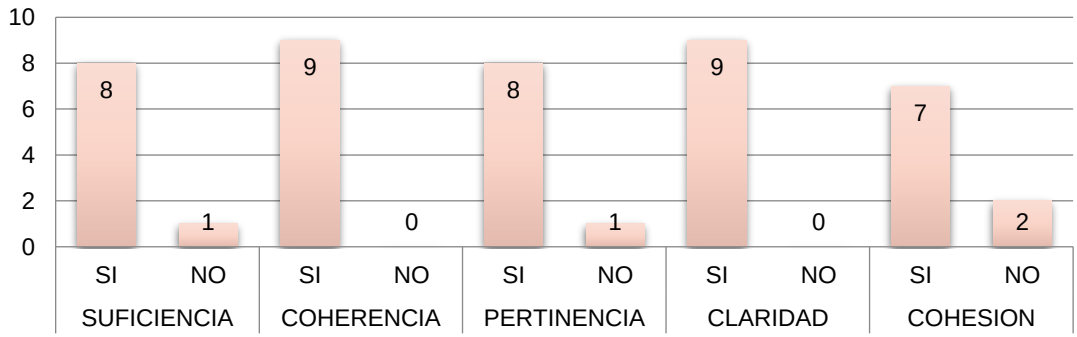
Figura 2. Validación cuantitativa - pregunta 2

Aporte Cuantitativo

El 100% (n°9) de los jueces aseguran que es una pregunta suficiente, coherente, pertinente, clara y con adecuada cohesión, no presenta un porcentaje negativo.

Tabla 6. Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 2

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Los jueces de este enfoque de análisis, no realizan aportes cualitativos a esta pregunta.	Ampliar las preguntas a otros temas de desarrollo de la persona tal como, la concepción de la enfermedad y el significado de estar en una unidad de cuidado intensivo desde su percepción de vida.
HUMANIZACIÓN	Los jueces de este enfoque de análisis, no realizan aportes cualitativos a esta pregunta.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Es necesario agregar preguntas acerca de otros aspectos de desarrollo como creencias, concepciones del mundo y salud / enfermedad.	



¿Le permitieron orar o manifestar sus creencias religiosas dentro de la unidad?

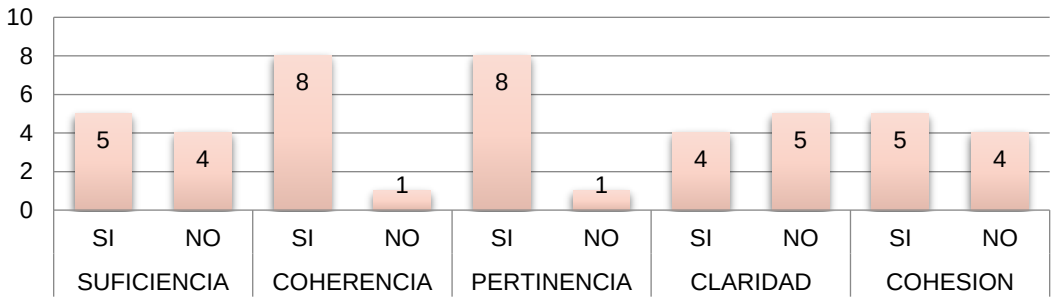
Figura 3. Validación cuantitativa - pregunta 3

Aporte Cuantitativo

En relación a coherencia y claridad logra el 100% (n°9), con el 88.8% (n°8) los jueces la describen como suficiente y pertinente, el 77.7% (n°7) la refiere como cohesiva. El 22.2% (n°2) hace referencia que presenta debilidades en la cohesión y el 11.1% (n°1) la califica con fallas en suficiencia y pertinencia.

Tabla 7. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 3*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Los jueces de este enfoque de análisis, no realizan aportes cualitativos a esta pregunta.	De acuerdo a la omisión de comentarios, se infiere que la pregunta formulada es aceptada por los jueces.
HUMANIZACIÓN	Los jueces de este enfoque de análisis, no realizan aportes cualitativos a esta pregunta.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Los jueces de este enfoque de análisis, no realizan aportes cualitativos a esta pregunta.	



¿En alguna oportunidad el personal de salud tuvo alguna actitud que le disgusto?

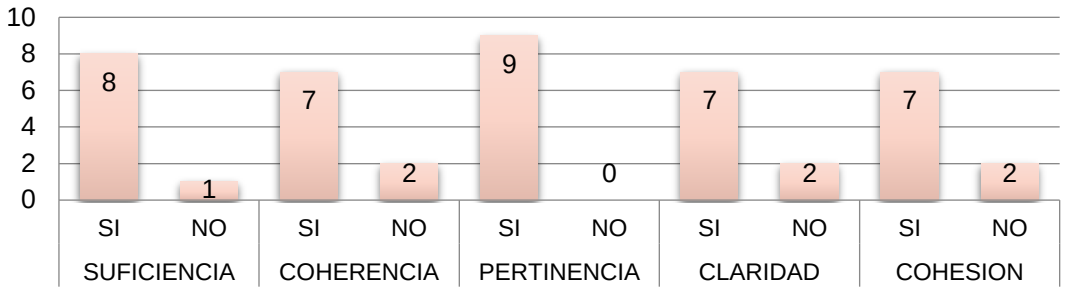
Figura 4. Validación cuantitativa - pregunta 4

Aporte Cuantitativo

En la pregunta numero 4 los jueces la otorgan un porcentaje del 88.8% (n°8) en coherencia y pertinencia, con el 55.5% (n°5) para suficiencia y cohesión, y el 44.4% (n°4) con adecuada claridad. El 55.5% (n°5) afirmo que no cumple con criterios de claridad, el 44.4% (n°4) con fallas en suficiencia y cohesión y el 11.1% (n°1) lo menciono con debilidades en coherencia y pertinencia.

Tabla 8. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 4*

	APORTE CUALITATIVO	
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Se considera que la pregunta no es clara debido a la ambigüedad de la misma debido al término “actitud” por su falta de claridad.	Se debe modificar el término actitud o precisar la pregunta en cuanto frente a qué situación el participante presentó disgusto con el equipo de salud.
HUMANIZACIÓN	Aclarar punto de referencia en cuanto a actitud frente a qué.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Los jueces de este enfoque de análisis, no realizan aportes cualitativos a esta pregunta.	



¿Usted recibió por parte del personal de salud apoyo para poder comunicarse?

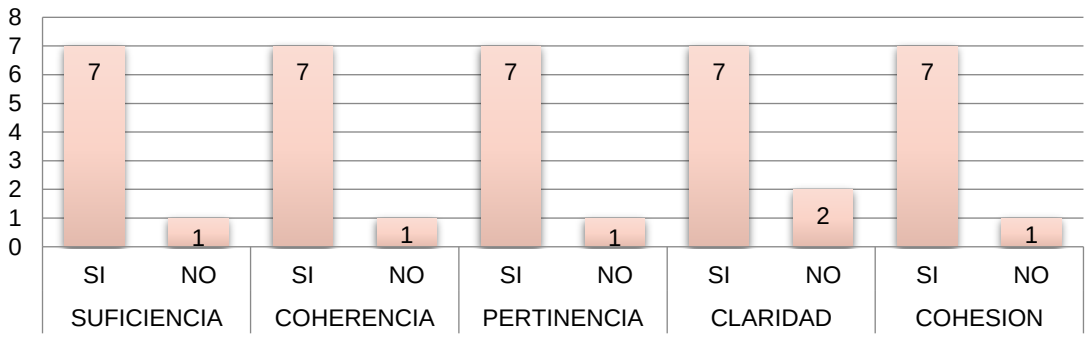
Figura 5. Validación cuantitativa - pregunta 5

Aporte Cuantitativo

Para la pregunta numero 5 el 100% (n°9) de los jueces afirmo que es pertinente, el 88.8% (n°8) que es suficiente, el 77.7% (n°7) aseguro su coherencia, claridad y cohesión. El 22.2% (n°2) refirieron debilidades en coherencia, claridad y cohesión, y el 11.1% (n°1) con fallas en suficiencia.

Tabla 9. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 5*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Se puede obtener de esta pregunta respuesta de si / no, sin embargo es necesario ampliar la respuesta para conocer el porqué.	Especificar sobre si necesitó o no ayuda comunicativa para poder aclarar la pregunta obteniendo respuestas más concretas.
HUMANIZACIÓN	Direccionar la pregunta con más claridad indicando si recibió apoyo por parte del personal o requirió de comunicación alternativas de comunicación.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Reestructurar a la pregunta enfocándola hacia si recibió apoyo o no para comunicarse.	



¿El personal de salud hizo comentarios positivos y de motivación para favorecer su estado de salud?

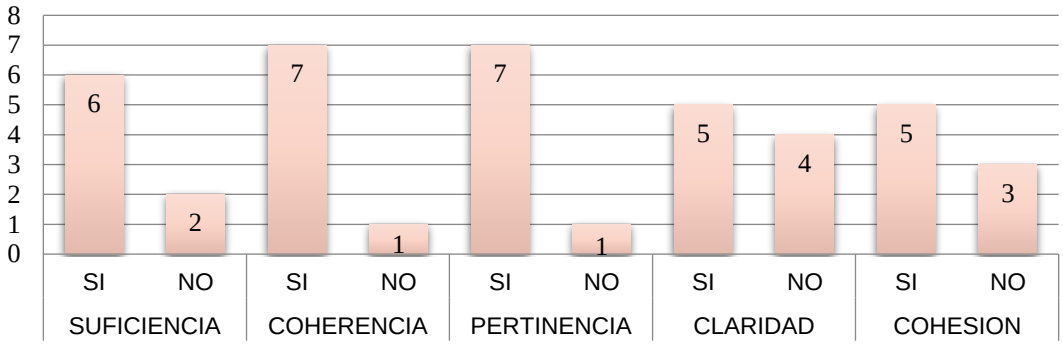
Figura 6. Validación cuantitativa - pregunta 6

Aporte Cuantitativo

La pregunta formulada recibe el 77.7% (n°7) de aprobación para parámetros de suficiencia, coherencia, pertinencia, claridad y cohesión. Con el 22.2% (n°2) de los jueces afirmando debilidades en claridad y el 11.1% (n°1) con fallas en suficiencia, coherencia, pertinencia y cohesión.

Tabla 10. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 6*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	No se evidencia correlación con la categoría de análisis.	Es pertinente realizar el cambio de las palabras “estado de salud” por “estado de ánimo” debido a que el estado de ánimo varía más frecuentemente que el estado de salud.
HUMANIZACIÓN	Los jueces de este enfoque de análisis, no realizan aportes cualitativos a esta pregunta.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Contextualizar al participante con encabezado, así mismo, sugieren modificar el término a estado de ánimo.	



¿Logro crear un contexto de confianza entre el personal de salud y usted?

Figura 7. Validación cuantitativa - pregunta 7

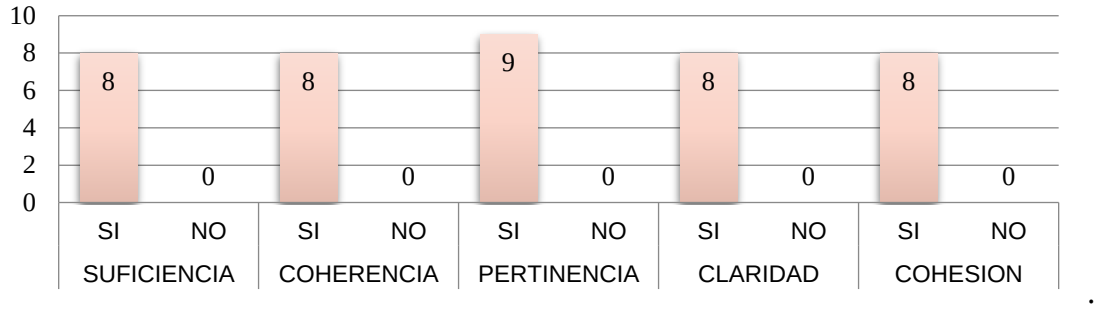
Aporte Cuantitativo

Para la pregunta numero 7 el 77.7% (n°7) de los jueces afirman que es coherente y pertinente, el 66.6% (n°6) que es suficiente y el 55.5% (n°5) que cumple con criterios de claridad y cohesión. Presenta debilidades en cohesión para el 33.3% (n°3) de los jueces, el 22.2% (n°2) refieren fallas en suficiencia y el 11.1% (n°1) en coherencia y pertinencia.

Tabla 11. Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 7

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	La pregunta puede ser confusa debido a que no se especifica hacia quien va dirigida la pregunta y la expresión “ambiente de confianza”.	Es necesario incluir una palabra aclaratoria o reestructurar la pregunta para que tenga claridad.
HUMANIZACIÓN	La formulación de esta pregunta si la dirección de la percepción del paciente, puede sesgar la respuesta debido a que.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Contextualizar al participante con frases introductorias debido a que se pierde información de la pregunta.	

Reglas del Macrocontexto.



¿Dentro de su estadía en la unidad tuvo contacto continuo con su familia?

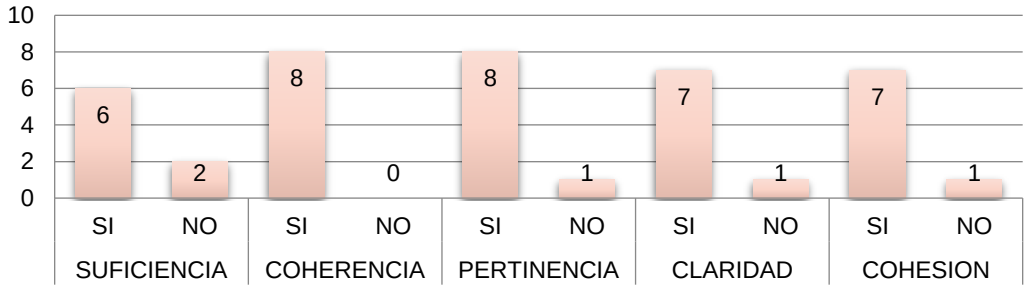
Figura 8. Validación cuantitativa - pregunta 8

Aporte Cuantitativo

La pregunta numero 8 alcanza una aprobación del 100% (n°9) para criterios de pertinencia y del 88.8% (n°8) para suficiencia, coherencia, pertinencia, claridad y cohesión.

Tabla 12. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 8*

	APORTE CUALITATIVO	
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Los jueces de este enfoque de análisis, no realizan aportes cualitativos a esta pregunta.	Especificar cambio de variable con el fin de contextualizar al participante.
HUMANIZACIÓN	Los jueces de este enfoque de análisis, no realizan aportes cualitativos a esta pregunta.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Clarificar cambio de categoría mediante un subtítulo.	



¿La información brindada a su familia fue clara y oportuna?

Figura 9. Validación cuantitativa - pregunta 9

Aporte Cuantitativo

La pregunta alcanza un porcentaje de 88.8% (n°8) para criterios de coherencia y pertinencia, con el 77.7% (n°7) para claridad y cohesión, y el 66.6% (n°6) para suficiencia. El 22.2% (n°2) de los jueces mencionaron fallas en suficiencia y el 11.1% (n°1) con debilidades en pertinencia, claridad y cohesión.

Tabla 13. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 9*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Mencionan la necesidad de aclarar qué tipo de información fue brindada al familiar.	Tras analizar la información brindad por los jueces es necesario formular la pregunta dejando claro quién es la persona que debe responder la pregunta y que tipo de información se hace referencia, de esta manera podremos obtener la información más clara y precisa.
HUMANIZACIÓN	Comentan que la frase debe ser más directa con el usuario.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Sugieren incluir “de acuerdo a su opinión”, de esta manera queda claro que la persona que estuvo en UCI es la encargada de brindar la información.	

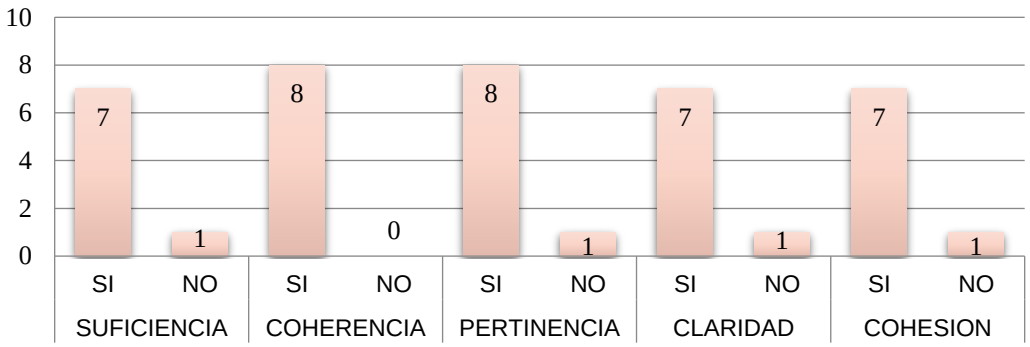


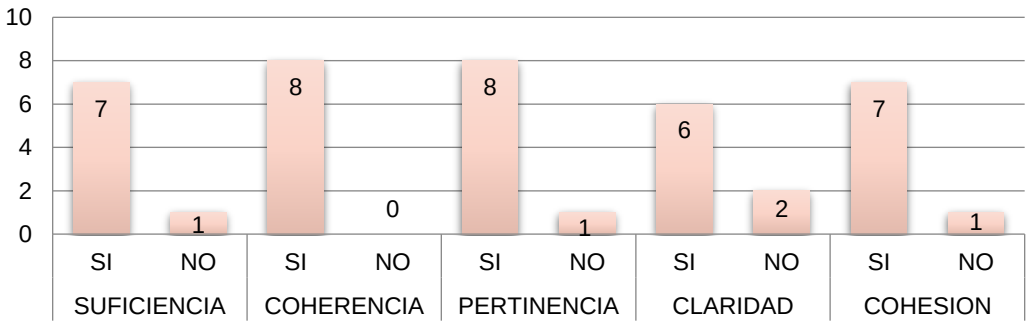
Figura 10. Validación cuantitativa - pregunta 10

Aporte Cuantitativo

El 88.8% (n°8) de los jueces mencionaron que la pregunta cumple con criterios de coherencia y pertinencia, el 77.7% (n°7) refieren adecuada suficiencia, claridad y cohesión. El 11.1% (n°1) de los jueces refirieron fallas en suficiencia, pertinencia, claridad y cohesión.

Tabla 14. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 10*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Consideran que es necesario realizar ajustes en cuanto a la redacción y a los términos utilizados ya que pueden ser vistos desde el ámbito médico-biológico.	La pregunta debe de formularse incluyendo no solo la perspectiva de la familia, es necesario indagar frente las vivencias del paciente y utilizar una terminología clara y suficiente para los múltiples aspectos de humanización de los cuales se desea indagar.
HUMANIZACIÓN	Sugieren que esta pregunta debe ampliarse y no solo ser definida por lo descrito por los familiares, se debe considerar la vivencia propia del usuario.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Es necesario dejar claro si el instrumento evalúa la percepción del usuario o de su familia.	



De acuerdo con el testimonio de su familia, ¿durante su estadía en la UCI se sintieron bien tratados por el personal de salud?

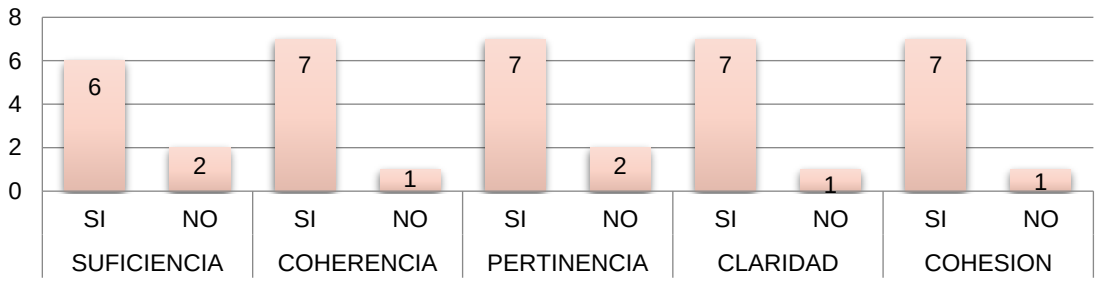
Figura 11. Validación cuantitativa - pregunta 11

Aporte Cuantitativo

Para la pregunta número 11, el 88.8% (n°8) la aprobaron para coherencia y pertinencia, el 77.7% (n°7) para suficiencia y cohesión, con el 66.6% (n°6) para criterios de claridad. El 22.2% (n°2) de los jueces refirieron debilidades en claridad y el 11.1% (n°1) con fallas en suficiencia, pertinencia y cohesión.

Tabla 15. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 11*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Los jueces mencionan que la expresión “bien tratado” puede tener múltiples interpretaciones, por lo que se debe buscar un concepto más claro.	Es de gran relevancia reiterar que las respuestas brindadas en el instrumento deben ser brindadas por la persona que tuvo la experiencia de estar en UCI, es necesario considerar un concepto más pertinente y claro para sustituir el concepto de “bien tratado”, ya que este puede ser interpretado de múltiples maneras.
HUMANIZACIÓN	Es necesario asegurar que sea el usuario el que responda y no sus familiares.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Se debe considerar como es la percepción del usuario frente el sistema de salud y ser muy enfáticos en que es el usuario el que brindara su opinión.	



¿A su familia le fue fácil seguir y aplicar las normas de la Unidad? En cuanto al horario de las visitas, el no poder llevar alimentos ni prendas de vestir, no poder utilizar el celular, entre otros.

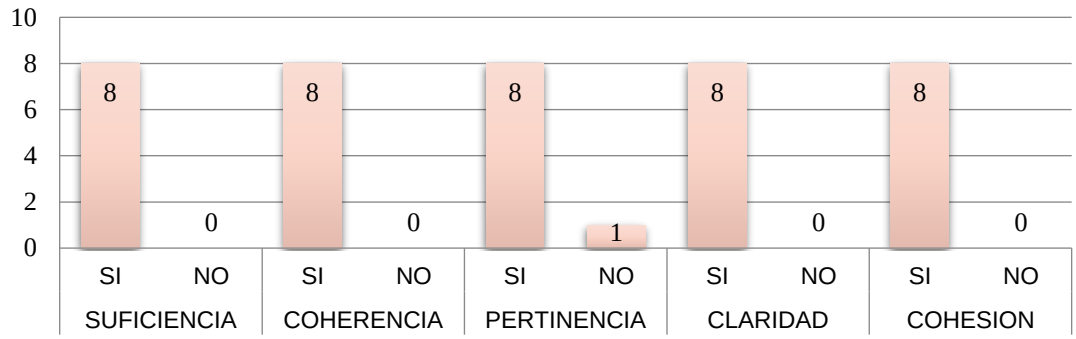
Figura 12. Validación cuantitativa - pregunta 12

Aporte Cuantitativo

La pregunta numero 12 recibió aprobación de 77.7% (n°7) de los jueces para criterios de coherencia, pertinencia, claridad y cohesión, y con el 66.6% (n°6) para suficiencia. El 22.2% (n°2) de los jueces reportaron fallas en suficiencia y pertinencia, con el 11.1% (n°1) con debilidades en coherencia, claridad y cohesión.

Tabla 16. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 12*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	La pregunta es acorde a la respuesta sí o no, sin embargo se pierde información más detallada que puede ser muy valiosa.	Se debe consideran si es posible incluir un espacio donde los usuarios puedan describir o relatar más características relacionadas con la pregunta e indagar frente a la percepción de salud que posee el usuario.
HUMANIZACIÓN	Los jueces no realizan ninguna recomendación.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Es pertinente indagar más sobre la percepción del usuario frente al sistema de salud y dejar claro quién debe brindar la información solicitada.	



¿Hablaron de manera clara y oportuna con su núcleo familiar antes de firmar autorizaciones y consentimientos para la ejecución de cualquier procedimiento invasivo?

Figura 13. Validación cuantitativa - pregunta 13

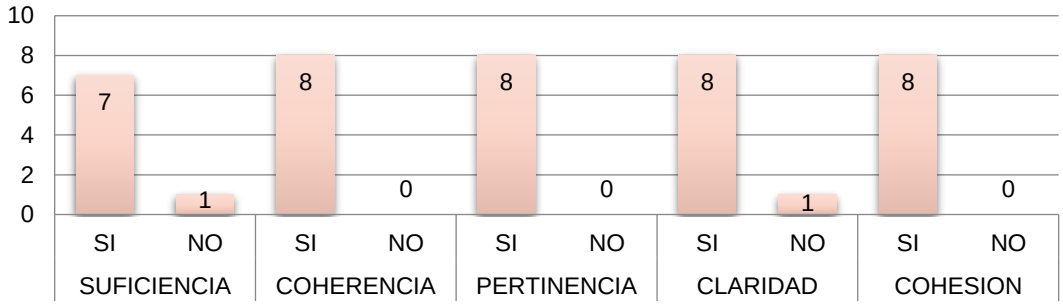
Aporte Cuantitativo

En la pregunta número 13, el 88.8% (n°8) de los jueces refirieron que cumple con criterios de suficiencia, coherencia, pertinencia, claridad y cohesión. El 11.1% (n°1) menciono fallas en pertinencia.

Tabla 17. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 13*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Los jueces aportan que esta pregunta podría especificar si se brindó información ante cada procedimiento y si fue utilizado un lenguaje claro.	Considerando los aportes realizados por los jueces se evidencia que es necesario realizar ajustes en la redacción e incluir de manera específica cuando fue brindada la información y de qué manera se hizo.
HUMANIZACIÓN	No realizan ningún aporte cualitativo.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Se debe ajustar la redacción ya que es poco clara e indagar frente a su perspectiva ante la atención por parte del sistema de salud.	

Variaciones sociolingüísticas.



¿El equipo de salud adapto su lenguaje para que usted comprendiera su enfermedad?

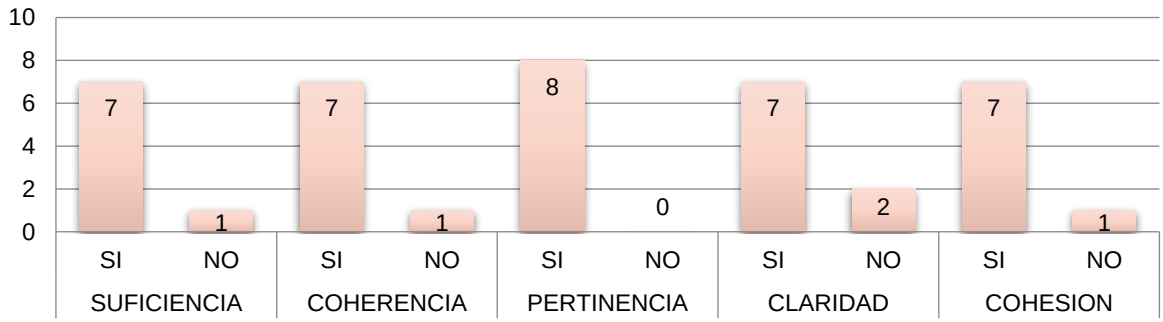
Figura 14. Validación cuantitativa - pregunta 14

Aporte Cuantitativo

La pregunta 14 el 88.8% (n°8) de los jueces afirmaron que cumple con los criterios de coherencia, pertinencia, claridad y cohesión, y el 77.7% (n°7) para suficiencia. El 11.1% (n°1) de los jueces refiere que no cumple con criterios de suficiencia y claridad.

Tabla 18*. Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 14*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Los jueces mencionan que la pregunta debe ampliarse y considerar información no solo de la enfermedad, sino también sobre los procedimientos, los exámenes y sus resultados.	Los jueces mencionan que es pertinente ajustar la redacción e incluir en la pregunta información referente a la enfermedad, los procedimientos, exámenes y los resultados de estos, realizan dos sugerencias para la formulación de la pregunta las cuales serán tenidas en cuenta.
HUMANIZACIÓN	Lo jueces sugieren redactar la pregunta de la siguiente manera ¿el personal de salud le explicó claramente como esta su salud?	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	La redacción es poco clara, los jueces sugieren la pregunta de la siguiente manera, ¿el equipo de profesionales se preocupó por explicar a usted de manera clara y comprensiva acerca de su enfermedad.	



¿En algún momento sintió ser discriminado por preguntar o no entender lo que le decían?

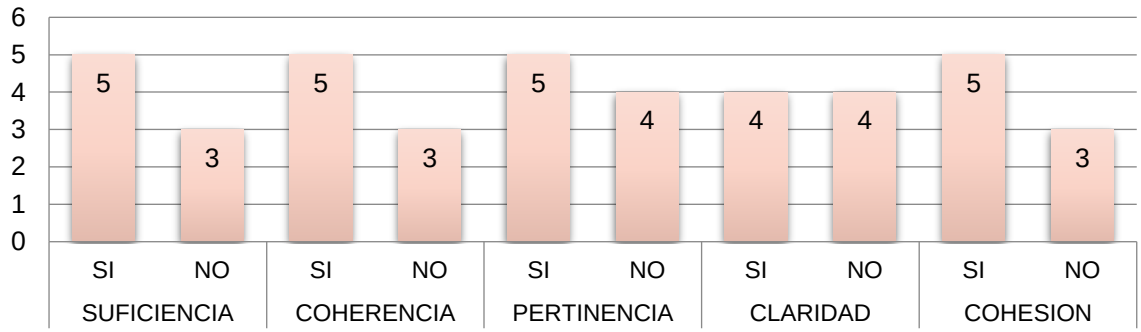
Figura 15. Validación cuantitativa - pregunta 15

Aporte Cuantitativo

El 88.8% (n°8) de los jueces mencionan que la pregunta cumple con criterios de pertinencia, el 77.7% (n°7) para suficiencia, coherencia, claridad y cohesión. El 22.2% (n°2) refieren que no cumple con claridad y el 11.1% (n°1) para suficiencia, coherencia y cohesión.

Tabla 19. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 15*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Los jueces sugieren que el término “discriminado” puede ser ambiguo, por lo que sería pertinente considerar los términos excluido o intimidado.	A partir del análisis de las recomendaciones, es pertinente ajustar la pregunta de forma que sea transversal para todas las personas sin importar su edad, condición socioeconómica o nivel educativo, adicionalmente modificar el término “discriminado” ya que este puede ser inadecuado.
HUMANIZACIÓN	Es necesario verificar algunos ítems relacionados a las variaciones sociolingüísticas y realizar ajustes de acuerdo a la edad y condición.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Los jueces sugieren modificar el término “discriminado por otro y ser más específicos al redactar la pregunta.	



¿El personal de salud fue flexible en la modificación de reglas ante problemáticas como la distancia entre el lugar de residencia y el hospital?

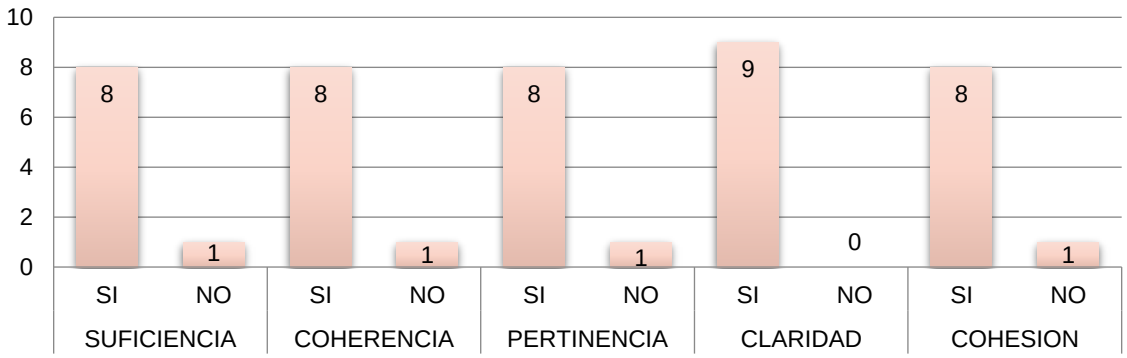
Figura 16. Validación cuantitativa - pregunta 16

Aporte Cuantitativo

La pregunta número 16, según los jueces logra el 55.5% (n°5) para criterios de suficiencia, coherencia, pertinencia y cohesión, con el 44.4% (n°4) para criterio se claridad. El 44.4% (n°4) de los jueces señalaron que no cumple con criterios para pertinencia y claridad, y el 33.3% (n°3) afirmo que no cumple para suficiencia, coherencia, y cohesión.

Tabla 20. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 16*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Los jueces consideran que esta pregunta no corresponde a la variable.	Según las recomendaciones brindadas por los jueces es necesario identificar si esta pregunta es pertinente con la herramienta y en la variable en la cual se ubicó, ya que la pregunta no es coherente con la condición de salud del paciente.
HUMANIZACIÓN	La pregunta está mal formulada y es confusa, y no menciona que aspectos influyen en la modificación de reglas.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	La pregunta no es pertinente, no se especifica el lugar de residencia de quien y si es un Usuario que presenta graves condiciones de salud no es pertinente pensar en su desplazamiento a casa durante su condición crítica de salud.	



¿Se sintió en algún momento rechazado o aislado comunicativamente por sus comentarios o manera de pensar?

Figura 17. Validación cuantitativa - pregunta 17

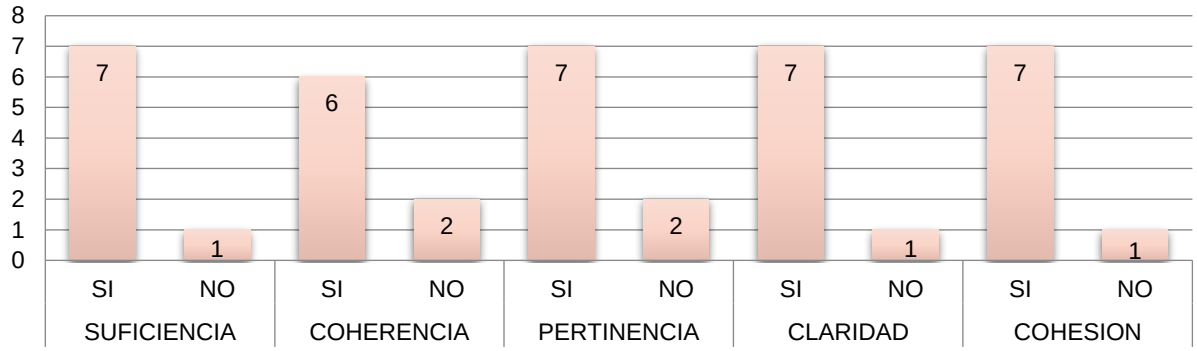
Aporte Cuantitativo

El 100% (n°9) de los jueces expertos afirma que se cumplen con los criterios de claridad, 88.8% (n°8) de los jueces mencionan que la pregunta cumple con todos los criterios relacionados con suficiencia, coherencia, pertinencia y cohesión. El 11.1% (n°1) de los jueces refieren que no se cumple con criterios de suficiencia, coherencia, pertinencia, claridad y cohesión.

Tabla 215. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 17*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Sugieren ampliar la categoría del mico contexto social, dado que en ella se establecen normas socialmente compartidas.	De manera general los jueces sugieren modificaciones de la pregunta respecto a la importancia de manejar un vocabulario de fácil interpretación y vinculación de normas sociales.
HUMANIZACIÓN	Los jueces refieren la importancia de realizar preguntas más directas.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Se hace énfasis en la utilidad que presenta el especificar el lugar y la poca confiabilidad que genera el término: Aislado comunicativamente.	

Participación social.



¿Lo miraron a los ojos al dirigirse a usted?

Figura 18. Validación cuantitativa - pregunta 18

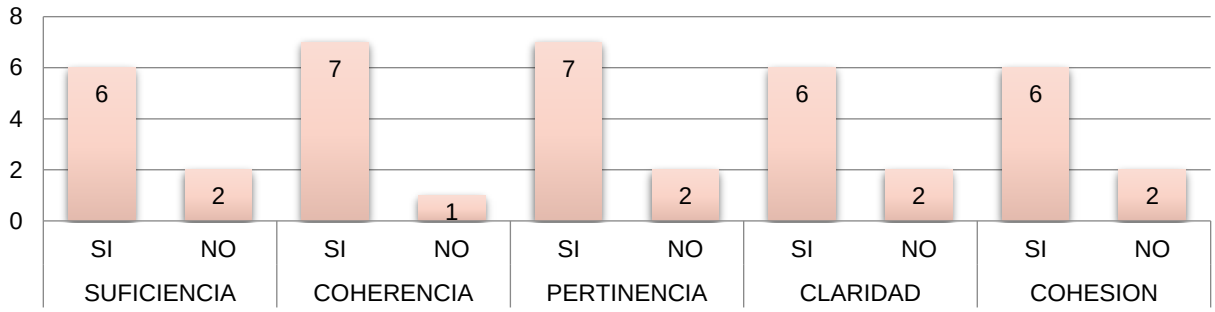
Aporte Cuantitativo

El 77.7% (n°7) de los jueces afirmaron que la pregunta cumple con criterios de suficiencia, pertinencia, claridad y cohesión, el 66.6% (n°6) mencionan que cumple con la coherencia. Según el 22.2% (n°2) de los jueces no cumple para coherencia y pertinencia, y el 11.1% (n°1) refiere que no cumple con criterios para suficiencia, claridad y cohesión.

Tabla 22. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 18*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Uno de los jueces sugiere abarcar las categorías de micro contexto haciendo referencia que es estas se trabajan las normas socialmente compartidas.	Se debe tener presente, según el criterio de los jueces expertos, que los actos e interpretaciones comunicativas difieren según las normas socioculturales de cada individuo y lo que presenta relevancia para unos no lo es para otros como el acto de mirar a los ojos cuando se comparte en una conversación.
HUMANIZACIÓN	Brindan recomendaciones en la redacción de la pregunta para facilitar interpretación por el lector.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Recomiendan hacer referencia al cargo o persona que realiza el acto de mirar, uno de ellos considera que no es relevante en aspectos comunicativos, pues se	

	puede interactuar sin realizar contacto visual.



¿Fue tratado con respeto durante su estadía en la Unidad?

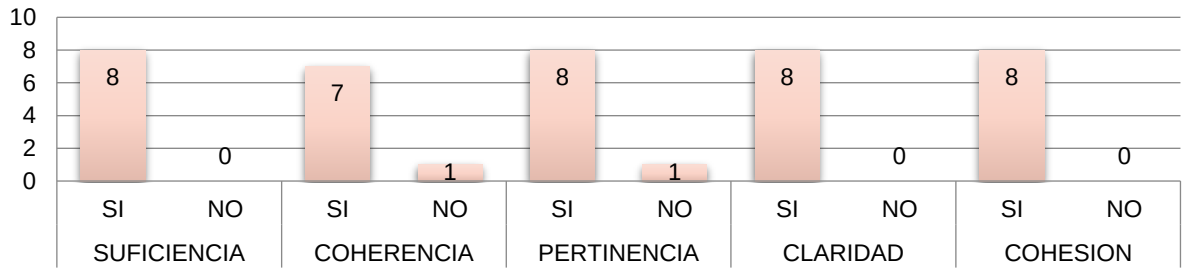
Figura 19. Validación cuantitativa - pregunta 19

Aporte Cuantitativo

La pregunta logra que el 77.7% (n°7) de los jueces afirmen que cumple con criterios de coherencia y de pertinencia, el 66.6% (n°6) menciona que cumple para suficiencia, claridad y cohesión. El 22.2% (n°2) de los jueces refieren que no cumple para suficiencia, pertinencia, claridad y cohesión, con el 11.1% (n°1) con debilidades en coherencia.

Tabla 236. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 19*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Uno de los jueces refiere la importancia de tener presenta que el respeto de puede asumir de diferentes formas, no hay una universal.	Es una pregunta con dos aportes, en donde se abarcan temáticas de subjetividad en la interpretación según el vocabulario empleado y la necesidad de especificar el contexto.
HUMANIZACIÓN	No realizan ningún comentario.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Uno de los jueces sugiere especificar el tipo de unidad o contexto en donde está vinculado el usuario.	



¿Dentro de su estancia en la Unidad el personal de salud lo llamó por su nombre?

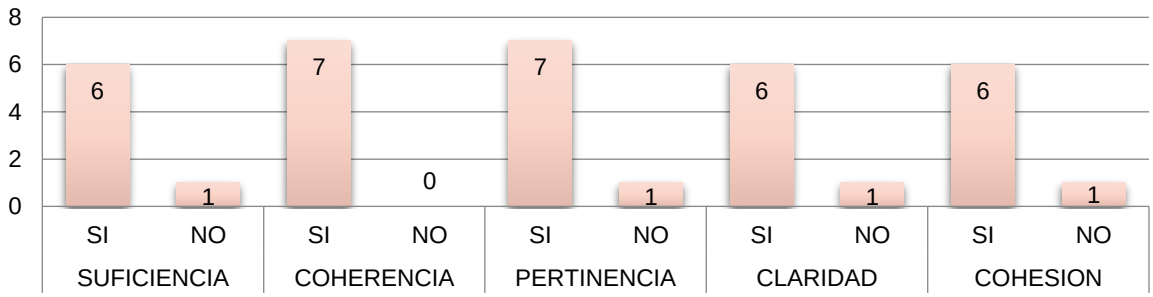
Figura 20. Validación cuantitativa - pregunta 20

Aporte Cuantitativo

La pregunta numero 20 logro que el 88.8% (n°8) de los jueces afirmaran que cumple con criterios para suficiencia, pertinencia, claridad y cohesión, y el 77.7% (n°7) refieren que cumple para coherencia. Según el 11.1% (n°1) la pregunta no cumple para coherencia y pertinencia.

Tabla 24. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 20*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Se contó con el aporte de uno de los jueces, sugiriendo abarcar con mayor exactitud temáticas del macro contexto.	Es una pregunta importante, sin embargo requiere mayor especificidad en su contenido y construcción, como el implementar el cargo de las personas que podrían participar haber participado con el usuario, el lugar, si lo llamaron por el nombre o de qué manera. Se sugiere verificar si el contenido de la pregunta pertenece a la variable a trabajar.
HUMANIZACIÓN	El único juez que brindo al aporte cualitativo, propone modificar a: ¿El personal de salud lo llamó por su nombre durante su estancia en la Unidad?	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Los jueces participantes indican la importancia de abarcar y especificar la pregunta para facilitar la comprensión del lector.	



¿Tuvo un espacio de diálogo abierto con el personal de salud mientras lo acompañaban en su habitación o cubículo?

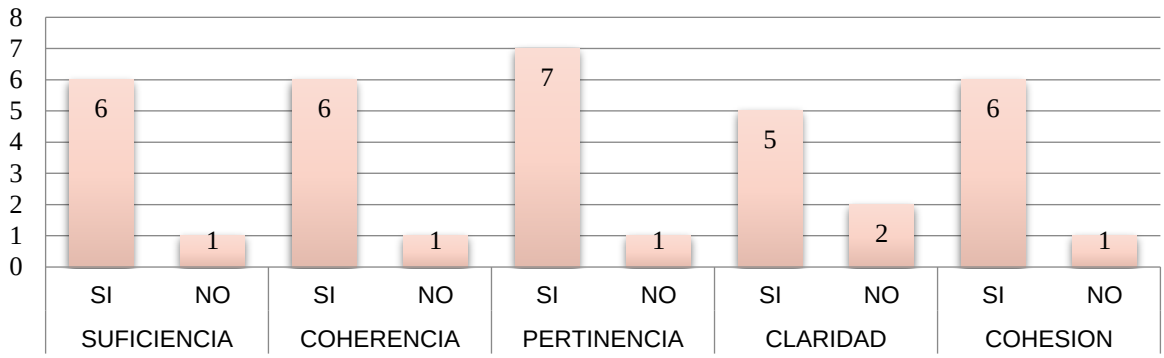
Figura 21. Validación cuantitativa - pregunta 21

Aporte Cuantitativo

El 77.7% (n°7) de los jueces hacen referencia que se cumple con criterios para coherencia y pertinencia, el 66.6% (n°6) menciona que cumple para suficiencia, claridad y cohesión. El 11.1% (n°1) de los jueces refieren que no cumple con criterios de suficiencia, pertinencia, claridad y cohesión.

Tabla 25. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 21*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	El juez que brinda el aporte refiere ampliar con mayor claridad el concepto de “dialogo abierto”.	Sugieren modificar o eliminar el concepto de “dialogo abierto” dado que no es claro y requiere mayor contextualización al ambiente clínico.
HUMANIZACIÓN	Uno de los jueces sugiere darle mayor claridad según el contexto.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	El único juez que participa de manera cualitativa refiere confusión en el concepto de “dialogo abierto”	



¿Se le facilito comprender al personal de salud cuando le dieron a conocer las reglas y restricciones de la Unidad?

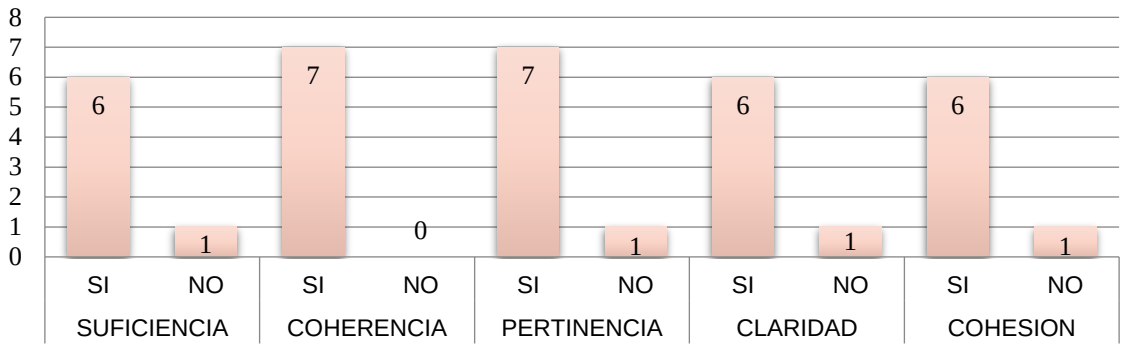
Figura 22. Validación cuantitativa - pregunta 22

Aporte Cuantitativo

El 77.7% (n°7) de los jueces afirmaron que cumple con criterios de pertinencia, el 66.6% (n°6) menciona que es adecuada para suficiencia, coherencia y cohesión, el 55.5% (n°5) adecuado para claridad. El 22.2% (n°2) refieren fallas a nivel de claridad y el 11.1% (n°1) de los jueces que no cumple con criterios de suficiencia, coherencia, pertinencia y cohesión.

Tabla 26. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 22*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Brindan aportes relacionados con redacción.	Según el aporte de los jueces es una pregunta con adecuado contenido pero con debilidades en su estructura a nivel de redacción.
HUMANIZACIÓN	Brindan aportes relacionados con redacción.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Brindan aportes relacionados con redacción para facilitar la comprensión del encuestado.	



¿Se sintió comprendido cuando por su estado de ánimo no deseaba interactuar con otra persona?

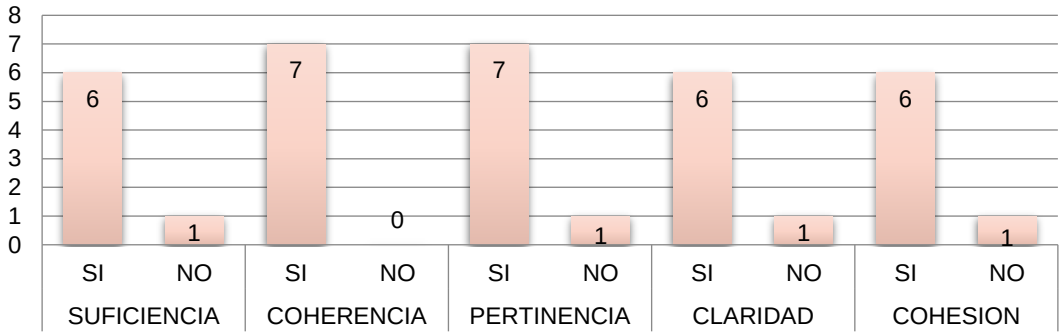
Figura 23. Validación cuantitativa - pregunta 23

Aporte Cuantitativo

Para la pregunta número 23, el 77.7% (n°7) de los jueces mencionan que se cumple con la coherencia y pertinencia, y el 66.6% (n°6) refieren adecuada suficiencia, claridad y cohesión. El 11.1% (n°1) de los jueces mencionan debilidades a nivel de suficiencia, pertinencia, claridad y cohesión.

Tabla 27. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 23*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Hacen relevancia en aclarar si en la pregunta se está vinculando a la familia o al personal de salud.	Los jueces sugieren incluir en la pregunta si el acto de comprender lo realiza la familia o el personal de salud.
HUMANIZACIÓN	No refieren comentarios o partes cualitativos.	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	Sugieren especificar en la pregunta por quienes se sintieron comprendidos.	



¿Sintió que al manifestar sus inquietudes el personal de salud le dio la suficiente atención, tiempo e importancia para resolverlas?

Figura 24. Validación cuantitativa - pregunta 24

Aporte Cuantitativo

El 77.7% (n°7) de los jueces refieren que la pregunta cumple con criterios de coherencia y pertinencia, y el 66.6% (n°6) mencionan adecuada para suficiencia, claridad y cohesión. El 11.1% (n°1) de los jueces afirman que no cumple con criterios de suficiencia, pertinencia, claridad y cohesión.

Tabla 28. *Aporte cualitativo de jueces expertos – Pregunta 24*

APORTE CUALITATIVO		
GRUPO DE JUECES	APORTE	ANÁLISIS
MSCHI	Sugieren modalidad de respuesta cerrada de tipo: SI/NO e incluir el: ¿Por qué?	Los jueces orientan a extender el contenido de la pregunta para favorecer la claridad de la misma.
HUMANIZACIÓN	Uno de los jueces sugiere la modificación de la siguiente manera: ¿Sintió que el personal de salud le dio la suficiente atención, tiempo e importancia al momento de manifestar sus inquietudes y se mostró dispuesto a resolverlas?	
CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTOS	No refieren aportes cualitativos.	

OBJETIVO 3:

1. Reestructurar el diseño de la herramienta acorde al juicio de expertos estableciendo parámetros cualitativos y cuantitativos de forma objetiva permitiendo el ajuste de la herramienta.

Una vez obtenidos los resultados de la validación por los diferentes jueces expertos y el testimonio de los participantes con antecedente de hospitalización en UCI, se analizó de forma inicial la información recolectada por los participantes identificando las necesidades comunicativas que se presentaron en común para estos tres sujetos, clasificándolas según las variables del MSCHI en su dimensión sociocultural y organizándolas en un esquema que permita unificar la información.

Posterior a esto y con fines de validación del instrumento, el grupo de investigadores tomó la decisión de categorizar la información recibida por los nueve jueces expertos en dos grandes grupos manejando la información por variables y según cada pregunta, el primer grupo específico para la decantación de los datos cuantitativos estuvo orientado por parámetros de suficiencia, coherencia, pertinencia, claridad y cohesión con sus respectiva respuesta afirmativa o negativa según el criterio de los jueces; los datos recolectados se unificaron y se expusieron en gráficos en barras con resultados de tipo porcentaje, logrando visualizar y brindar un manejo más objetivo de la validación.

El segundo grupo de análisis de baso en los aportes cualitativos o descriptivos que brindaron los jueces expertos, encontrado diversos aportes de tipo pertinencia y funcionalidad del vocabulario, criterios para establecer la variable correcta del MSCHI según la pregunta, redacción, correcciones de la estructura sintáctica y posibles preguntas para ampliar el contenido de la herramienta. Para lograr unificar e implementar los aportes cualitativos de cada uno de los jueces se agruparon sus respuestas según los tres tipos de jueces para cada pregunta manipulando su aporte literal y realizando un análisis inferencial de la información.

Teniendo establecidos por aportes cuantitativos y cualitativos brindados por los jueces expertos para la validación de las preguntas, se prosiguió a realizas las correspondientes modificaciones respecto al contenido de las preguntas, relación correcta con la variable a tratar con la pregunta, redacción con énfasis en la participación principal del usuario como sujeto encuestado y omisión de preguntas con contenido similar.

A continuación se dan a conocer la unificación de los resultados y modificaciones pertinentes según los aportes brindados por los participantes con experiencia como usuario de UCI y según los nueve jueces expertos. Estos resultados se estructuraron de acuerdo a la variable y numero de pregunta que aparece en la herramienta inicial brindada a los jueces para la validación.

Tabla 29. *Análisis cualitativo variable - Trasfondo Cultural*

TRASFONDO CULTURAL			
N.° PREGUNTA	TIPO DE MODIFICACIÓN	PREGUNTA INICIAL	PREGUNTA FINAL
1	Se realiza modificación en el contenido de la pregunta por sugerencia de los jueces de tipo cualitativo y cuantitativo	¿Respetaron sus creencias religiosas?	¿Durante su estadía en la UCI respetaron sus creencias espirituales, costumbres y cultura?
2	Los jueces consideran que la pregunta cumple con los parámetros necesarios, no requiere modificaciones.	Si usted solicito apoyo religioso ¿se lo dieron?	Si usted solicito apoyo espiritual ¿se lo dieron
3	Los jueces consideran que la pregunta cumple con los parámetros necesarios, no requiere modificaciones.	¿Le permitieron orar o manifestar sus creencias religiosas dentro de la unidad?	¿Le permitieron orar o manifestar sus creencias religiosas dentro de la unidad?
4	Se realiza modificación en el contenido de la pregunta por sugerencia de los jueces de tipo cualitativo y cuantitativo.	¿En alguna oportunidad el personal de salud tuvo alguna actitud que le disgusto?	¿En alguna oportunidad el personal de salud tuvo algún comportamiento o gesto que le incomodo generándole restricciones para manifestar su pensamiento o necesidades?

5	Se realiza modificación por sugerencia cualitativa de los jueces a nivel de redacción.	¿Usted recibió por parte del personal de salud apoyo para poder comunicarse?	¿Tuvo otras alternativas de comunicación en caso de requerirlas?
6	Se realiza modificación por sugerencia cualitativa respecto a la estructura de la pregunta, redacción y cambio de variable de*:* Trasfondo cultural a participación social.	¿El personal de salud hizo comentarios positivos y de motivación para favorecer su estado de salud?	¿Durante su estadía en la UCI el personal de salud hizo comentarios positivos y de motivación para favorecer su estado de ánimo?
7	Se realiza modificación en la estructura de la pregunta, su contenido y pertinencia del vocabulario por sugerencia cualitativa y cuantitativa de los jueces expertos.	¿Logro crear un contexto de confianza entre el personal de salud y usted?	¿Durante su estadía en la UCI el personal de salud logro crear entornos de tranquilidad, confianza y seguridad para usted?

Tabla 30. *Análisis cualitativo variable - Reglas del Macrocontexto*

REGLAS DEL MACROCONTEXTO			
N.° PREGUNTA	TIPO DE MODIFICACIÓN	PREGUNTA INICIAL	PREGUNTA FINAL
8	Los jueces consideran que la pregunta cumple con los parámetros necesarios, no requiere modificaciones.	¿Dentro de su estadía en la unidad tuvo contacto continuo con su familia?	¿Dentro de su estadía en la unidad tuvo contacto continuo con su familia?
9	Se realiza modificación por sugerencia cualitativa de los jueces a nivel de estructura, contenido u redacción.	¿La información brindada a su familia fue clara y oportuna?	De acuerdo con su experiencia ¿le brindaron información clara y oportuna a su familia respecto a su estado de salud?
10	Se realiza modificación por sugerencia cualitativa de los jueces a nivel de estructura, contenido u redacción.	De acuerdo con el testimonio de su familia, ¿durante su estadía en la UCI el trato que le dieron a usted fue el adecuado?	De acuerdo con el testimonio que le refieren los miembros de su familia, ¿Durante su estadía en la UCI el trato que le brindo el personal de salud cumplió sus expectativas?
11	Se realiza modificación por sugerencia cualitativa de los jueces a nivel de estructura, contenido y redacción.	De acuerdo con el testimonio de su familia, ¿durante su estadía en la UCI se sintieron bien tratados por el personal de salud?	De acuerdo con el testimonio que le refieren los miembros de su familia, ¿Durante su estancia en la UCI percibieron un ambiente de

			calidez, respeto, seguridad y bienestar por parte del personal de salud?
12	Se realiza modificación por sugerencia cualitativa de jueces respecto a la estructura, redacción y se decide cambio de variable de: Reglas de Macrocontexto a Participación Social.	¿A su familia le fue fácil seguir y aplicar las normas de la Unidad? En cuanto al horario de las visitas, el no poder llevar alimentos ni prendas de vestir, no poder utilizar el celular, entre otros.	¿Usted considera que a su familia se le facilito seguir y aplicar las normas de la UCI respecto al horario de visitas, manejo de alimentos, ingreso de prendas de vestir, entre otros?
13	Se realiza modificación por sugerencia cualitativa de los jueces a nivel de estructura y contenido.	¿Hablaron de manera clara y oportuna con su núcleo familiar antes de firmar autorizaciones y consentimientos para la ejecución de cualquier procedimiento invasivo?	¿Le informaron y explicaron con un lenguaje claro cada procedimiento a realizar y su respectivo consentimiento?

Tabla 31. *Análisis cualitativo variable - Variaciones Sociolingüísticas*

VARIACIONES SOCIOLINGÜÍSTICAS			
N.° PREGUNTA	TIPO DE MODIFICACIÓN	PREGUNTA INICIAL	PREGUNTA FINAL
14	Se realiza modificación por sugerencia cualitativa de los jueces a nivel de pertinencia de vocabulario.	¿El equipo de salud adapto su lenguaje para que usted comprendiera su enfermedad?	¿El equipo de salud se preocupó por explicarle a usted de manera clara y comprensiva su estado de salud?
15	Se realiza modificación por sugerencia cualitativa de los jueces a nivel de estructura y pertinencia del vocabulario empleado.	¿En algún momento sintió ser discriminado por preguntar o no entender lo que le decían?	Durante su estadía en la UCI, ¿En algún momento se sintió excluido o intimidado por el equipo de salud al realizar alguna pregunta o no entender lo que ellos informan?
16	Se realiza modificación por sugerencia cualitativa y cuantitativa respecto a redacción, vocabulario y cambio de variable de: Variaciones sociolingüísticas a trasfondo cultural.	¿El personal de salud fue flexible en la modificación de reglas ante problemáticas como la distancia entre el lugar de residencia y el hospital?	¿El personal de salud ajusto sus reglas y fue flexible ante situaciones problemáticas como la distancia entre el lugar de residencia de la familia y el hospital?

17	Siguiendo las sugerencias de los jueces expertos y según criterio de los investigadores se decide eliminar la pregunta por similitud en su contenido con otra pregunta antes expuesta.	¿Se sintió en algún momento rechazado o aislado comunicativamente por sus comentarios o manera de pensar?	Durante su estadía en la UCI, ¿En algún momento se sintió rechazado o aislado por sus comentarios o pensamientos?

Tabla 32. *Análisis cualitativo variable: Participación Social*

PARTICIPACIÓN SOCIAL			
N.° PREGUNTA	TIPO DE MODIFICACIÓN	PREGUNTA INICIAL	PREGUNTA FINAL
18	Se realiza modificación por sugerencia cualitativa de los jueces a nivel de estructura y pertinencia del vocabulario.	¿Lo miraron a los ojos al dirigirse a usted?	Durante su estadía en la UCI ¿En el momento en que el personal de salud le hablaba o se dirigía a usted, lo miraba a los ojos?
19	Siguiendo las sugerencias de los jueces expertos y según criterio de los investigadores se decide eliminar la pregunta por similitud en su contenido con otra pregunta antes expuesta.	¿Fue tratado con respeto durante su estadía en la Unidad?	Según su experiencia como usuario de la UCI, ¿percibió que el personal de salud le brindo un trato con respeto, calidez y compasión acorde con sus necesidades?
20	Se realiza modificación por sugerencia cualitativa de jueces respecto a la estructura y cambio de variable de: Participación Social a Reglas del Macrocontexto.	¿Dentro de su estancia en la Unidad el personal de salud lo llamó por su nombre?	¿El personal de salud lo llamo por su nombre durante su estadía en la UCI?
21	Se realiza modificación por sugerencia cualitativa de los jueces a nivel de estructura, contenido y pertinencia del vocabulario.	¿Tuvo un espacio de diálogo abierto con el personal de salud mientras lo acompañaban en su habitación o cubículo?	¿Durante su estadía en la UCI el personal de salud logro interactuar con usted con temas diferentes a su estado de salud?
22	Se realiza modificación por sugerencia cualitativa de los jueces a nivel de estructura, contenido y pertinencia del vocabulario.	¿Se le facilito comprender al personal de salud cuando le dieron a conocer las reglas y restricciones de la Unidad?	¿El personal de salud le explico de forma clara las reglas y restricciones de la UCI?
23	Se realiza modificación por sugerencia cualitativa de los jueces a nivel de estructura,	¿Se sintió comprendido cuando por su estado de ánimo no deseaba interactuar	Durante su estadía en la unidad ¿Se sintió comprendido por el equipo

	contenido y pertinencia del vocabulario.	con otra persona?	de salud cuando por su estado de ánimo no deseaba interactuar con otra persona?
24	Se realiza modificación por sugerencia cualitativa de los jueces a nivel de estructura, contenido y pertinencia del vocabulario.	¿Sintió que al manifestar sus inquietudes el personal de salud le dio la suficiente atención, tiempo e importancia para resolverlas?	¿Sintió que el personal de salud brindo la suficiente atención, tiempo e importancia al momento de manifestar sus inquietudes y se mostraron dispuestos a resolverlas?

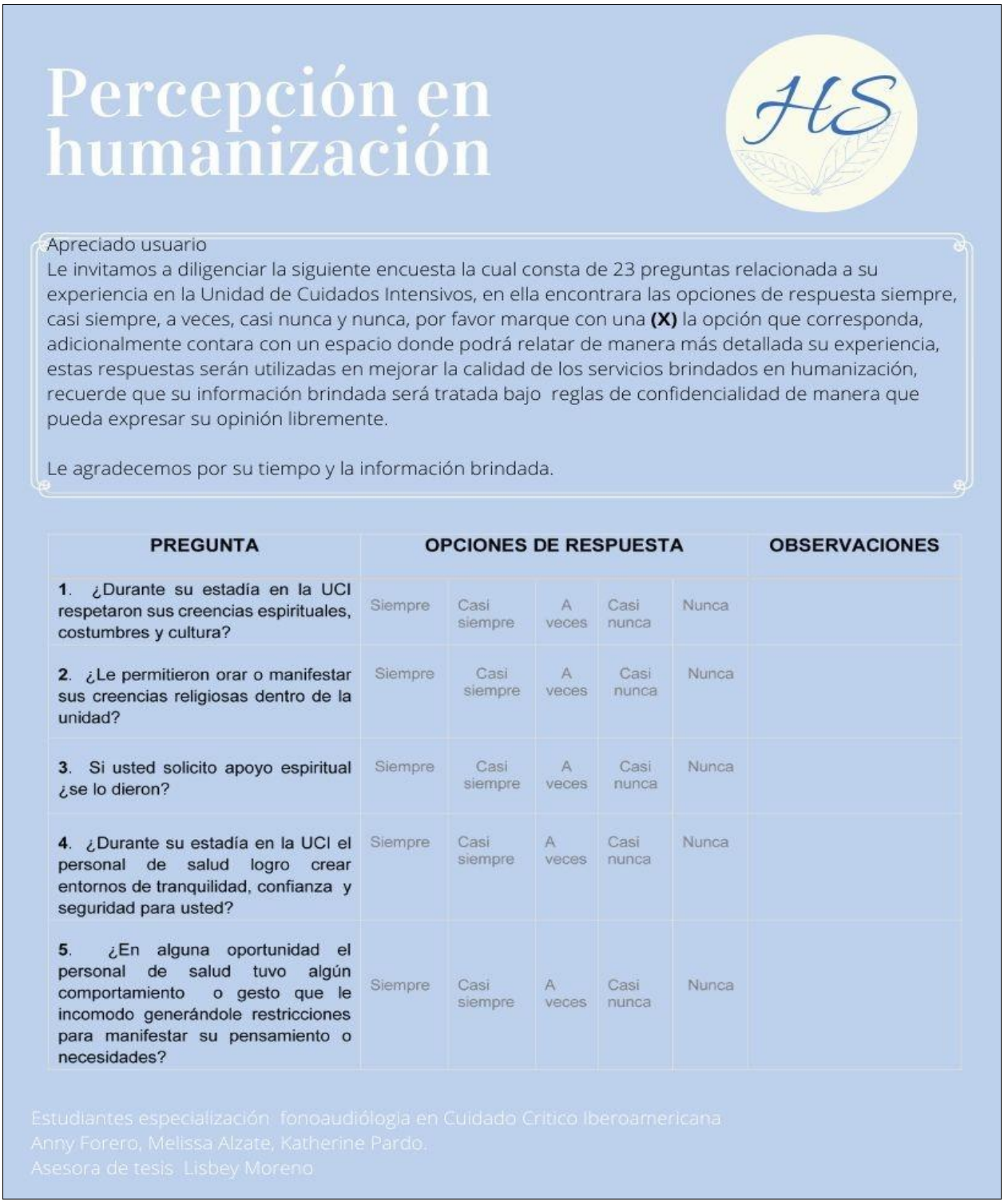
Por sugerencia de jueces expertos e humanización se agrega al diseño del instrumento para la variable de Participación Social la siguiente pregunta:

- ¿Fue informado de manera clara y oportuna de sus deberes y derechos dentro de la UCI?

Basados en la estructura final de las preguntas, se construye la plantilla oficial del diseño de la herramienta la cual cuenta con un título denominado: “Percepción en humanización” en relación con el nombre del presente proyecto de investigación, contiene un logo con las letras HS pertenecientes a la frase Humanización en Salud que direcciona la finalidad general del proyecto y dos hojas de árboles en donde se asocia su significado a la calidez, tranquilidad y bienestar que requiere el ser humano en el periodo de vulnerabilidad como lo es al estar hospitalizado en una UCI, lo anterior se puede observar en la Figura25, Figura 26 y Figura 27..

Es importante mencionar que el presente resultado del diseño de la herramienta requiere una nueva validación debido a la modificación de las preguntas, eliminación de dos de ellas y la inclusión para una variable específica del MSCHI, además de la aplicación por medio de una prueba piloto con el fin de validar la confiabilidad de la

herramienta en un 100%. Se presenta a continuación resultado final del diseño del instrumento:



Percepción en humanización

Apreciado usuario

Le invitamos a diligenciar la siguiente encuesta la cual consta de 23 preguntas relacionada a su experiencia en la Unidad de Cuidados Intensivos, en ella encontrara las opciones de respuesta siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca, por favor marque con una **(X)** la opción que corresponda, adicionalmente contara con un espacio donde podrá relatar de manera más detallada su experiencia, estas respuestas serán utilizadas en mejorar la calidad de los servicios brindados en humanización, recuerde que su información brindada será tratada bajo reglas de confidencialidad de manera que pueda expresar su opinión libremente.

Le agradecemos por su tiempo y la información brindada.

PREGUNTA	OPCIONES DE RESPUESTA					OBSERVACIONES
1. ¿Durante su estadía en la UCI respetaron sus creencias espirituales, costumbres y cultura?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
2. ¿Le permitieron orar o manifestar sus creencias religiosas dentro de la unidad?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
3. Si usted solicito apoyo espiritual ¿se lo dieron?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
4. ¿Durante su estadía en la UCI el personal de salud logro crear entornos de tranquilidad, confianza y seguridad para usted?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
5. ¿En alguna oportunidad el personal de salud tuvo algún comportamiento o gesto que le incomodo generándole restricciones para manifestar su pensamiento o necesidades?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	

Estudiantes especialización fonoaudiología en Cuidado Critico Iberoamericana
Anny Forero, Melissa Alzate, Katherine Pardo.
Asesora de tesis Lisbey Moreno

Figura 25. Diseño final del Instrumento - parte I.

6. ¿El personal de salud ajusto sus reglas y fue flexible ante situaciones problemáticas como la distancia entre el lugar de residencia de la familia y el hospital?	**Siempre**	**Casi siempre**	**A veces**	**Casi nunca**	**Nunca**	
7. ¿Tuvo otras alternativas de comunicación en caso de requerirlas?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
8. ¿Dentro de su estadía en la unidad tuvo contacto continuo con su familia?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
9. De acuerdo con su experiencia ¿le brindaron información clara y oportuna a su familia respecto a su estado de salud?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
10. De acuerdo con el testimonio que le refieren los miembros de su familia, ¿Durante su estadía en la UCI el trato que le brindo el personal de salud cumplió sus expectativas?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
11. De acuerdo con el testimonio que le refieren los miembros de su familia, ¿Durante su estancia en la UCI percibieron un ambiente de calidez, respeto, seguridad y bienestar por parte del personal de salud?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
12. ¿Le informaron y explicaron con un lenguaje claro cada procedimiento a realizar y su respectivo consentimiento?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
13. ¿El personal de salud lo llamo por su nombre durante su estadía en la UCI?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
14. ¿El equipo de salud se preocupó por explicarle a usted de manera clara y comprensiva su estado de salud?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	

Estudiantes especialización fonoaudiólogia en Cuidado Critico Iberoamericana
Anny Forero, Melissa Alzate, Katherine Pardo.
Asesora de tesis Lisbey Moreno

Figura 26. Diseño final del Instrumento - parte II.

15. Durante su estadía en la UCI, ¿En algún momento se sintió excluido o intimidado por el equipo de salud al realizar alguna pregunta o no entender lo que ellos informan?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
16. ¿Fue informado de manera clara y oportuna de sus deberes y derechos dentro de la UCI?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
17. ¿El personal de salud le explico de forma clara las reglas y restricciones de la UCI?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
18. ¿Usted considera que a su familia se le facilito seguir y aplicar las normas de la UCI respecto al horario de visitas, manejo de alimentos, ingreso de prendas de vestir, entre otros?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
19. Durante su estadía en la unidad ¿Se sintió comprendido por el equipo de salud cuando por su estado de ánimo no deseaba interactuar con otra persona?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
20. ¿Durante su estadía en la UCI el personal de salud logro interactuar con usted con temas diferentes a su estado de salud?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
21. ¿Durante su estadía en la UCI el personal de salud hizo comentarios positivos y de motivación para favorecer su estado de ánimo?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
22. Durante su estadía en la UCI ¿En el momento en que el personal de salud le hablaba o se dirigía a usted, lo miraba a los ojos?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
23. ¿Sintió que el personal de salud brindo la suficiente atención, tiempo e importancia al momento de manifestar sus inquietudes y se mostraron dispuestos a resolverlas?	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	

Estudiantes especialización fonoaudiólogia en Cuidado Critico Iberoamericana
Anny Forero, Melissa Alzate, Katherine Pardo.
Asesora de tesis. Lisbey Moreno

Figura 27.Diseño final del Instrumento - parte III.

Capítulo 5. Discusión

Castañeda Cándida, Et al, (2014) afirma que las dificultades en las relaciones interpersonales se asocian a fallas en el proceso comunicativo, reflejadas en el distanciamiento entre el profesional de salud y el usuario/paciente generando como consecuencia la deshumanización en las Unidades de Cuidado Critico (UCC), hechos que según la revisión investigativa se han intentado eliminar por medio de la creación de diversas herramientas que evalúen los actos comunicativos que se generan en un contexto tan denso como lo son las UCC en donde se ven vinculados como los usuarios, familiares y profesionales de la salud.

Según la evidencia analizada en la actualidad existen un número significativo de herramientas enfocadas a evaluar la comunicación como acto de humanización para los procesos de calidad en los servicios clínicos, estos instrumentos encontrados han sido elaborados bajo enfoques específicos o aspectos básicos influyentes en la comunicación como lo son cualidades físicas o anatómicas, características del habla, comunicación asertiva entre usuario y profesionales de la salud, familiares y profesionales de salud y/o usuario, familia y equipo de salud; buscando el bienestar de todos los participantes o miembros de una unidad.

No obstante, no se obtuvieron resultados que vincularan instrumentos de evaluación de la comunicación en humanización bajo aspectos socioculturales en las UCC, siendo esto un aspecto lastimosamente ignorado en la evaluación de la humanización dado que en la actualidad se toma a la persona como un ser holístico compuesto de diversos aspectos que le permiten un desarrollo humano completo, como se demuestra en la Clasificación Internacional de la Discapacidad y Funcionamiento (CIF).

El MSCHI, según sus autores Bernal Sonia, Et al, (2018): Logra la integración de dimensiones denominadas: interpersonal, intrapersonal y sociocultural de la comunicación, permitiendo un análisis completo de la comunicación humana,

vinculando variables biológicas, psicológicas, lingüísticas y psicolingüísticas, continuando con variables del contexto/microcontexto y pragmatismo, por ultimo variables de trasfondo cultural, reglas del macrocontexto, variaciones sociolingüísticas y participación social.

Teniendo presente los objetivos de la investigación y la información antes mencionada, se obtienen los resultados de manera estructurada y según las variables de la dimensión sociocultural del Modelo Sistémico de Comunicación Humana Interpersonal como trasfondo cultural, reglas del macrocontexto, variaciones sociolingüísticas y participación social. Al obtener los resultados de los objetivos planteados y orientados bajo el MSCHI nos permite responder a la pregunta de investigación dado que se logra estructurar de manera simple las pautas e indicaciones claves para realizar el diseño del instrumento por medio de contenido validado por profesionales y contando con la participación de los mismos usuarios de la UCC en donde se comparte un interés en común y es el llevar la comunicación a un punto vital de la humanización teniendo presente al usuario y su familia tomando a la persona como un ser integral y por lo tanto la comunicación de manera directamente proporcional a la misma.

El objetivo número uno permitió identificar las necesidades comunicativas que presentaron tres personas con antecedente de hospitalización en las unidades de cuidado crítico, en donde se logró comprobar la gran influencia que pesa en la diversidad de las personas y las perspectivas que tiene cada uno de conceptos como necesidad o bienestar, asociado al aporte de Bernal Sonia, Et al, (2018) sobre la diferencia que presenta cada ser humano supone también diferentes necesidades y capacidades al mismo tiempo que desigualdad de condiciones.

Uno de los resultados que sobresale según la variable de trasfondo cultural, es la diversidad de culto o necesidades espirituales de cada persona hospitalizada en la UCC, demostrando que en la actualidad se mantienen imaginarios respecto la religión Católica como única y con mayor solicitud en las instituciones prestadoras de servicios

de salud, sin brindar la importancia que merece otra elección religiosa o la libertad para decidir si recibe o no el apoyo espiritual como lo referencian los tres participantes en donde uno se inclina por el ateísmo, otro es católico sin interés de participar continuamente de reuniones religiosas y el ultimo participante quien refiere completo gusto por haber contado con apoyo continuo espiritual. Como otros puntos relevantes de esta variable es el efecto que genera de bienestar y progreso que ejercen los diálogos de contenido positivo y motivacional en un entorno clínico respecto a al estado de salud de los usuarios.

Por otro lado y según la variable de reglas de macrocontexto, los participantes refieren de manera cualitativa la presencia de cambios en su rol que se presentan por su situación de vulnerabilidad al encontrarse hospitalizado y con restricción en su movilidad, contacto con su familia o profesión que desempeña.

A nivel de variaciones sociolingüísticas los participantes refieren omisión o distorsión de la información que se les brinda respecto a su tratamiento, siendo esto una consecuencia de no contar con sistemas alternos de comunicación adaptados al entorno clínico que facilite manifestar su aceptación o negación ante cualquier procedimiento y/o ingesta de medicamento, o simplemente dar a conocer el dolor o necesidades que requieren, así mismo, rescatan la importancia del entrenamiento a su grupo familiar teniendo presente que la interacción no solo se presenta con los profesionales y usuario, sino también se vincula a la familia o cuidadores.

Para la variable de participación social, como último aspecto de este objetivo, se destaca la necesidad de promover un ambiente agradable, respetuoso y digno para los usuarios aceptando y cumpliendo de manera simultánea la normativa de las UCC, consideradas por los participantes como de gran importancia para su recuperación y bienestar.

Para el segundo objetivo da a conocer la validación de primer diseño de la herramienta con los aportes cualitativos y cuantitativos recibido por nueve jueces

expertos, profesionales en áreas claves para el desarrollo del presente proyecto como el MSCH, humanización clínica y construcción de instrumentos de medición, asesorando a los investigadores a una selección, modificación, eliminación y adición de preguntas objetivas para el diseño de la herramienta.

El último objetivo, permitió obtener como resultado el análisis y decantación de los aportes recibidos en la validación de la herramienta, en donde bajo parámetros de suficiencia, coherencia, pertinencia, claridad y cohesión se realizaron las respectivas modificaciones de las preguntas obteniendo como resultado:

1. Tres preguntas con aceptación por los jueces en un 100%.
2. La modificación en estructura y contenido de diecinueve preguntas.
3. Se agrega una pregunta
4. Se eliminan dos preguntas.

Obteniendo un total de veintitrés preguntas validadas y acordes con las necesidades en la construcción del diseño de la herramienta.

Se toma como resultado inesperado para desarrollo de la investigación la decisión de uno de los jueces expertos en suspender algunos ítems para la calificación cuantitativa e inclinarse por la validación descriptiva o cualitativa, decisión tomada justificando la necesidad de cambio de título del proyecto por uno que dé a conocer sobre quién recae o beneficia el uso de la herramienta, es decir mencionar a los usuarios de las UCC. Con lo anterior, se modificaron las gráficas de análisis cuantitativo arrojando resultados de cero y mostrando mayor participación de ocho jueces expertos.

Con la recolección, análisis y uso de los resultados obtenidos se logra dar respuesta a la pregunta relacionada con el planteamiento del problema: ¿Cuál es el diseño de una herramienta de percepciones para usuarios, frente a la humanización en unidades de cuidados crítico desde un enfoque en comunicación a partir del Modelo

Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal, que contribuya a la identificación de factores de riesgo en calidad de atención? Brindando el diseño de una herramienta que logre aportar a mejorar la calidad de la atención en un servicio como lo son las UCC dando prioridad a la comunicación en aspectos poco trabajados de tipo socioculturales con la finalidad de mejorar la el trato humanizado.

Es importante rescatar es la importancia del fonoaudiólogo en este proceso de evaluación de la humanización e interviniendo en la comunicación apoyado en su objeto de estudio velando por el bienestar comunicativo de los usuarios con cuidados especiales, participando del equipo interdisciplinario como experto en comunicación teniendo presente que “la comunicación evita el aislamiento porque en ésta se alcanza el discurso social y el sentido de pertenencia a un grupo y, por tanto, identidad como persona” (Bernal Sonia, Et al, 2008, p. 24).

Conmovidos por los resultados y evidencia encontrada se debe rescatar que el servicio de enfermería, se ha hecho visible ante los proceso de humanización debido a que están en contacto permanente con el paciente, permitiéndole así conocer más a fondo sus necesidades básicas y comunicativas a pesar de no ser el encargado netamente de la comunicación. Este contacto directo con el paciente, le ha facilitado la adquisición de diferentes habilidades comunicativas interviniendo genuinamente en la humanización de los servicios, logrando investigativo en esta área.

Así mismo, el servicio de enfermería ha representado un liderazgo de un servicio logrando la resolución de problemas oportunamente bajo comunicación asertiva y empática tanto como los miembros del grupo interdisciplinario, como con las familias y pacientes. Esto ha contribuido al escalamiento y posicionamiento de la profesión a instancias administrativas tales como administradoras de los diferentes servicios, coordinación y estructuras organizacionales adaptándose a las exigencias de los diferentes cargos.

El uso de comunicación efectiva, no solo ha fortalecido el liderazgo de esta disciplina, sino que también ha logrado la unión para la ejecución del trabajo mancomunado con el equipo médico y terapéutico mediante la comunicación empática teniendo como principales componentes la escucha activa, trasparencia, decisiones informadas, acuerdos tomados, respeto a las diferencias, innovación en la organización. Villasante Montes, I., & Rojas Huanca, E. A. (2019)

Este gran trabajo en equipo, dominio de los servicios y liderazgo, puede aportar directamente a investigaciones futuras sobre humanización, aportando experiencia de vida desde el quehacer profesional diario, dando a conocer el área de intervención del fonoaudiólogo no solo en el área de deglución, sino también como facilitador de herramientas comunicativas para potenciar los procesos de humanización a partir de comunicación efectiva con el paciente directamente, promoviendo el cumplimiento de necesidades básicas y complejas.

En cuanto a la humanización, como afirma Correa (2015), en la atención ha venido evolucionando y recuperando su importancia en la atención de los servicios de salud; por esto es de suma importancia implementar sistemas medición de los procesos de calidad institucional como criterio fundamental, basados en lo anterior se rescata la importancia de implementar este tipo de herramientas en entornos clínicos tipo UCC nacionales promoviendo la implementación del MSCHI como elemento guía para abarcar todas las necesidades comunicativas de cualquier individuo que se encuentre en condiciones limitantes para su interacción comunicativa, dado que no solo brinda oportunidad de evaluación, también genera un análisis de información para obtener soluciones efectivas.

Por último y como otro de muchos aspectos a mencionar que valide la relevancia en la implementación del MSCH, se expone la facilidad que ofrece para analizar la comunicación acorde con el ciclo de vida y la modalidad comunicativa que presenten los sujetos a evaluar en un ambiente clínico ya sea hospitalario o de UCC siendo innovador, actual, completo y de fácil implementación en entornos poco frecuentes, “

En este escenario y bajo la relevancia que tiene el concepto de calidad en la atención en salud, es que se hace necesario contar con instrumentos confiables y veraces que permitan evaluar este aspecto trascendental" (Rodríguez Angélica, Et al, 2018. p. 10).

Capítulo 6. Conclusiones.

a) Las experiencias reales de acuerdo a un suceso siempre son valiosas porque recalcan la importancia de mejora y vive verdaderamente cada una de las falencias o virtudes de un servicio, es por esto que es valioso su aporte para la construcción de diseños de instrumentos de humanización.

b) Fue necesario realizar ajustes al planteamiento del problema debido a que si se contempla el concepto de humanización, este invita a dejar de lado el término paciente para referirse al usuario del servicio como una persona integral omitiendo la referencia de cliente potenciando el concepto de ser humano que requiere de un servicio brindado por humanos.

c) Es imperativo y urgente la vinculación de un profesional de fonoaudiología en los proceso de humanización teniendo en cuenta que es el personal capacitado en la comunicación, resaltando la aplicación del MSCHI como herramienta pertinente para su desempeño teniendo en cuenta lo analizado a lo largo de la investigación.

d) Se debe tener en cuenta que los usuarios en la unidad de cuidado intensivos antes de encontrarse en dicho servicio, tienen un contexto tanto social, como culturalmente activo presentando estilos comunicativos diversos y sobre todo tópicos conversacionales de acuerdo a los mismos, siendo necesario la interacción comunicativa como herramienta de acercamiento.

e) Se puede considerar el MSCHI, como una herramienta que permite la apertura de la perspectiva de comunicación en todos los entornos principalmente en las unidades de cuidado crítico, abriendo un espacio cada vez más amplio de relaciones interpersonales entre el usuario y el equipo de trabajo permitiendo dinamizar los procesos de tratamiento.

f) La presente herramienta basada en el MSCHI puede ser implementado como un instrumento para la recolección de datos en cuanto a proceso de humanización, análisis de los mismos y retroalimentación de las estrategias usadas en los servicios con el fin de implementar acciones de mejora en la prestación de los servicios.

g) La implementación del instrumento puede apoyar de manera efectiva los procesos de acreditación en las unidades de cuidado intensivo teniendo en cuenta que así como el instrumento, el MSCHI está basado en la escala de Clasificación Internacional de la Funcionalidad (CIF) siendo un punto indispensable su aplicación en los procesos de acreditación de acuerdo a los estándares de calidad propuestos por la Joint Commission quien plantea como requisito principal la humanización (Narvez & Casadiego 2015)).

h) Durante la aplicación del instrumento a los jueces por experiencia de vida, se puede inferir que cada individuo presenta necesidades comunicativas diferentes de acuerdo a su cultura, creencias, nivel intelectual, economía, entre otros. Teniendo en cuenta esto, en necesario potenciar las máximas de calidad en la comunicación durante las interacciones comunicativas.

i) El hecho de ser reconocido como un ser de derechos, ser comunicativamente valioso y representando un interlocutor a pesar de su forma de comunicación, define la presencia de barreras o facilitadores en el entorno logrando mayor adherencia a los tratamientos médicos como a los cuidados de enfermería.

j) Es indispensable, generar conciencia en el personal de salud acerca de su vocabulario claro y entendible durante su comunicación y formulación de instrucciones debido a esto interfieren en gran medida para generar interacciones y participación comunicativa.

k) De acuerdo a la aplicación del instrumento, se demuestra que las formas de interacción comunicativa de los sujetos varían acorde a su cultura, contexto geográfico, y nivel educativo para lo cual el personal de salud debe estar abierto a este tipo de cambios convirtiéndose en un facilitador. Sin embargo en la minoría de los estudios investigativos vinculan aspectos socioculturales en donde englobe la participación simultánea de todos los protagonistas asegurando así el trato humanizado.

l) Manejando el alcance de tipo exploratorio del presente proyecto, se debe sacar provecho del mismo, pues representa una nueva línea de enseñanza y posibilidades basadas en la evidencia para los profesionales en fonoaudiología, que en conjunto con los nuevos requerimientos de atención de alta calidad basada en la humanización, logra mantener a la persona como un ser integral , con necesidades comunicativas no solamente físicas o interpersonal sino que requiere de la conservación y respeto por sus raíces culturales, respeto del rol, selección religiosa y normas para cada contexto.

m) Demuestra la necesidad de vincular a los fonoaudiólogos en propuestas para intervenir en políticas de acreditación en salud, demostrando que es el profesional idóneo para manejo de comunicación interpersonal, básica para lograr un proceso de humanización efectivo en un contexto hospitalario.

n) El servicio de enfermería es un servicio indispensable, el cual ha destacado en los procesos de humanización y acreditación de los hospitales, debido al constante acompañamiento, labor con los usuarios y el cumplimiento de normas y

lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud para lograr la acreditación de los hospitales.

o) Debido a que el servicio de enfermería es el personal de salud que más dispone de su tiempo para atender las necesidades de los usuarios, se ven favorecidos en identificar de manera más precisa las necesidades y habilidades comunicativas de los pacientes, por lo que han tomado la iniciativa en generar herramientas o ayudas que favorezcan la comunicación con los usuarios pese a no ser esa su área de estudio.

p) Se evidencia la necesidad de generar investigaciones futuras donde se involucren las áreas de fonoaudiología, psicología y enfermería en la línea de humanización en base a la comunicación, ya que cada profesional desde su área de experticia podría brindar información y estrategias relevantes que permitan el desarrollo de investigaciones o herramientas que enriquezcan los entornos de salud en base a la humanización.

q) Las investigaciones encontradas realizadas por el servicio de enfermería fueron de apoyo para esta investigación, reforzando la visión y la necesidad del fonoaudiólogo dentro de los ambientes clínicos y abriendo un campo de investigación multidisciplinario que permita conocer las necesidades comunicativas de diferentes profesionales de la salud y las necesidades de los usuarios que se encuentren dentro de las unidades de cuidado critico logrando herramientas que permitan cubrir de manera más eficiente las necesidades comunicativas.

Capítulo 7. Recomendaciones

a) Es de gran importancia generar espacios de capacitaciones de manera periódica con el personal de salud y demás personas que brindan un servicio a nivel hospitalario frente al proceso de humanización en salud, de esta manera se concientiza y se generan buenos hábitos en los servicios brindados, mejorando la calidad y el reconocimiento de los servicios.

b) Es relevante mencionar la necesidad de realizar correcciones adicionales al instrumento en caso de ser necesarias, realizar una validación nuevamente y una prueba piloto, con el fin de que el instrumento sea lo más preciso y pertinente posible, de esta manera la información es más eficaz y puede generar mayor impacto en la postulación de proyectos de humanización.

c) Con la herramienta formulada en esta investigación se puede visibilizar las experiencias y necesidades de los usuarios frente a los servicios brindados, por lo que permite plantear estrategias y subsanar algunas debilidades identificadas en el servicio.

d) El personal encargado de brindar la encuesta deberá aportar de manera breve y clara información adicional frente el objetivo del instrumento, la necesidad de diligenciarlo y la manera correcta de hacerlo, verificando siempre la comprensión de la instrucción brindada y tratando de solucionar cualquier inquietud.

e) Es pertinente verificar que los participantes encargados en aportar al contenido cumplan con los requisitos de inclusión, que se encuentren conscientes de su experiencia de vida, ubicados en tiempo y espacio, con unas habilidades cognoscitivas, habilidades de lectura y escritura conservadas, habla funcional y disposición de gafas o audífonos en caso de ser requeridos.

f) Se recomienda a todos los fonoaudiólogos y universidades con programas académicos de fonoaudiología, la necesidad e importancia actual de generar la participación y desarrollo de propuestas por parte de este profesional bajo la temática de humanización, ya que es una de las necesidades más relevantes dentro de las acciones en humanización es la comunicación, donde el profesional en fonoaudiología juega un rol fundamental al ser el profesional encargado de esta área y del cual no se encontró ningún tipo de participación dentro de las propuestas de humanización desarrolladas en Colombia.

g) De acuerdo a los resultados de dados por los jueces de vida, es imperioso reconocer la diversidad de las personas como agentes comunicativos teniendo en cuenta su dimensión sociocultural en las variables analizadas en esta investigación.

h) Por último se sugiere contar con diversas propuestas de humanización en salud desde la perspectiva de diversas áreas involucradas, para lograr la incentivar y promover las propuestas y participación de personal de salud, personal de seguridad, atención al cliente, entre otras la opinión de múltiples áreas de la salud en las acciones cotidianas humanizadas.

i) Pensando en lograr un máximo apoyo a la calidad de la humanización en la comunicación el equipo de investigadores sugiere y convoca a otros estudiantes investigadores a darle continuidad a el presente proyecto por medio de una prueba piloto que permita verificar y materializar beneficios en la humanización de las UCC.

Referencias

Alberto, A., & Yanet, Y. (2017). Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado brindado por el profesional de enfermería, hospital apoyo YUNGUYO, PUNO–2016.

Andino Acosta, C. (2015). Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Revista Colombiana De Bioética*, *10*(1), 38-64. https://doi.org/10.18270/rcb.v10i1.684

Anzola Montero, Germán. (2018). ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE BUENAS PRÁCTICAS DE COMUNICACIÓN CIENTÍFICA PARA LA U.D.C.A. Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica, 21(1), 1-3. https://dx.doi.org/10.31910/rudca.v21.n1.2018.656

Bermejo, C., (2014). Humanizar la asistencia Sanitaria. Centro de Humanizacion en Salud. Segunda edición.

Bernal, S., Pereira, O., & Rodríguez, G. (2018). Comunicación Humana Interpersonal: Una mirada sistémica.

Bosia, D., & Darvo, G. (2015). Le linee guida per l'umanizzazione degli spazi di cura. Techne, 9, 140–146. https://doi.org/10.13128/Techne-16115

Castañeda, C., Orozco, M., & Rincón, G. (2015). "Empoderamiento", Una Utopía Posible Para Reconstruir La Humanización En Unidades De Cuidado Crítico. Hacia La Promoción de La Salud, 20(1), 13–34. Https://doi.org/10.17151/hpsal.2015.20.1.2

Castañeda CR, Orozco MJ, Rincón GP. "Empoderamiento", una utopía posible para reconstruir la humanización en Unidades de Cuidado Crítico. Hacia promoc. Salud. 2015; 20(1): 13-34. DOI: 10.17151/hpsal.2015.20.1.2

Cano, S. M., Giraldo, A., & Forero, C. (2015). Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 34(1). https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n1a06

Congreso, E. L., & Republica, D. E. L. A. (2007). La Ley 1122 del 2007. *Medicina*, *29*(1), 5–6.

Correa Zambrano, Martha Liliana. (2016). LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD: UN ASUNTO DE CUIDADO. Revista Cuidarte, 7(1), 1210-1218. https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300

Díaz Amado, Eduardo, (2017) La humanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas, Primera edición. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

Escudero, D., Viña, L., & Calleja, C. (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. Medicina Intensiva, 38(6), 371–375. https://doi.org/10.1016/j.medin.2014.01.005

Facioli, A. M., Amorim, F. F., & de Almeida, K. J. (2012). A model for humanization in critical care. The Permanente journal, 16 (4), 75 –77. doi:10.7812/tpp/12-044

Gaspar, Maria do Rocio de Faria, Massi, Giselle de Atayde, Gonçalves, Claudia Giglio de Oliveira, & Willig, Mariluci Hautsch. (2015). Nursing team and communication with tracheostomized patients. Revista CEFAC, 17(3), 734-744. https://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201514214

Gonz, O. J. (n.d.). Validez y confi abilidad del instrumento “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería PCHE 3a versión” Validity and Reliability of “Perception of Behavior Related to Humanized Nursing Care (PCHE), 3rd Versión.” 15, 381–392. https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.3.6

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la Investigación. Sexta edición. Ed. G. Gili. México. Normas IRAM, 1160. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V

Higuera, J. C. B. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria*. Desclée de Brouwer.

Holanda, María Soledad & Ruiz, E. & Domínguez, M. & Miguelez, A. & Ruiz, A. & Castellanos-Ortega, Alvaro & Wallmann, Reinhard & Díaz, J... (2014). Medición de la

Hoyos Hernández, Paula Andrea, Cardona Ramírez, Mónica Alexandra, & Correa Sánchez, Diego. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. Investigación y Educación en Enfermería, 26(2), 218-225. Retrieved January 21, 2020, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072008000200004&lng=en&tlng=esComunicación.

Izquierdo Machín, E. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Revista Cubana De Enfermería, 31(3). Recuperado de http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686/131.

Jaimes, C. A., & Espinoza, D. A. E. (2011). *Actores del Sistema General de Seguridad Social en salud*. (4). Retrieved from http://revistas.utadeo.edu.co/index.php/EXP/article/view/773

Kuznik, Anna, & Hurtado Albir, Amparo, & Espinal Berenguer, Anna (2010). El uso de la encuesta de tipo social en Traductología. Características metodológicas. MonTI. Monografías de Traducción e Interpretación, (2) ,315-344. [Fecha de Consulta 21 de Enero de 2020]. ISSN: 1889-4178. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2651/265119729015

López Sánchez, J. R., & Rivera-Largacha, S. (2018). Historia del concepto de dolor total y reflexiones sobre la humanización de la atención a pacientes terminales. *Revista Ciencias de la Salud*, *16*(2), 340-356

Márquez, G. y Apuyelo, P. (1982). El olor de la guayaba. Bogotá: Editorial Norma.

Ministerio de salud. (2007). Ley 1164 del 2007 ley estatutaria de salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2007. Retrieved from https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf

Ministerio de salud. (2007). Ley 1164 del 2007 ley estatutaria de salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2007. Retrieved from https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf

Ministerio de salud. (1997). Ley 376 del 1997, Diario No 43.079, ley estatutaria de salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 1997. Retrieved from https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105005_archivo_pdf.pdf

Ministerio de la protección Social. (2015). Ley 1751 del 2015 ley estatutaria de salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2015. Diario Oficial, 13. Retrieved from http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf

Monje V., Pablo, Miranda C., Paulina, Oyarzün G., Jéssica, Seguel P., Fredy, & Flores G., Elizabeth. (2018). PERCEPCIÓN DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA DESDE LA PERSPECTIVA DE USUARIOS HOSPITALIZADOS. Ciencia y enfermería, 24, 5. Epub 25 de septiembre de 2018.https://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100205

Monje V., Pablo, Miranda C., Paulina, Oyarzün G., Jéssica, Seguel P., Fredy, & Flores G., Elizabeth. (2018). PERCEPCIÓN DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA DESDE LA PERSPECTIVA DE USUARIOS HOSPITALIZADOS. Ciencia y enfermería, 24, 5. Epub 25 de septiembre de 2018.https://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100205

Müggenburg, Cristina, Robles, Rebeca, Valencia, Alejandra, Hernández Guillén, María del Carmen, Olvera, Sandra, & Riveros Rosas, Angélica. (2015). Evaluación de la percepción de pacientes sobre el comportamiento de comunicación del personal de enfermería: diseño y validación en población mexicana. Salud mental, 38(4), 273-280. https://dx.doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.037

Narvaez Casadiego, J. J. Formulación de un modelo de gestión de calidad en IPS públicas y privadas según metodología PMI.

Plumed Moreno (2013). Una aportación para la humanización. 2013(11), 261–352. https://www.sjd.es/sites/default/files/ckfinder/userfiles/files/Una%20aportaci%C3%B3n%20para%20la%20humanizaci%C3%B3n.pdf

Redrado, J. Gurina, G. (2003). Bogota, San Pablo. Sampieri R. H, Fernández c, B. P. (2010). Metodología de la Investigación.

Riana, Á. L. T. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. (October 2005), 56–68.

Rodríguez, Angélica Melita, Concha, Patricia Jara, Pereira, Daniel Ignacio, & Machuca, Luis Luengo. (2018). Adaptación transcultural y validación de un cuestionario de cuidado humanizado en enfermería para una muestra de población Chilena. Revista Cuidarte, 9(2), 2245-2256. https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.531

Satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus familiares. Medicina Intensiva. 39. 10.1016/j.medin.2013.12.008.

Trad, Leny Alves Bomfim, & Esperidião, Monique Azevedo. (2010). Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 20(4), 1099-1117. https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400003

Villasante Montes, I., & Rojas Huanca, E. A. (2019). La comunicación efectiva como estrategia para fortalecer el liderazgo en Enfermería.