

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

**DESIGN OF A PERCEPTION TOOL FOR USERS, FOR HUMANIZATION IN CRITICAL
CARE UNITS FROM A COMMUNICATION APPROACH.**

Anny Juliet Forero Urrea*, Angie Katherine Pardo Pardo*, Melissa Alzate Sepulveda*,
Lisbey Moreno**

RESUMEN:

PROPOSITO: La finalidad se basa en exponer las bases y contenido implementado para el diseño de una herramienta que evalué la percepción de la humanización en comunicación de usuarios hospitalizados en una Unidad de Cuidado Critico. *METODOLOGIA:* Cuenta con un tipo de estudio mixto (DITRAS) enfocado en el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal, alcance es descriptivo – exploratorio, diseño No experimental – transversal, manejando como población a nueve jueces expertos en el MSCHI, humanización en contextos clínicos y en la construcción de instrumentos de medición, con muestra no probabilística por conveniencia. *RESULTADOS:* Planteados según los objetivos de investigación y estructurados según las variables de la dimensión sociocultural del MSCHI permitiendo identificar las necesidades comunicativas de usuarios hospitalizados en las UCC, la validación de las preguntas del diseño por jueces expertos, además de definir la estructura y contenido de 23 preguntas para el diseño final de la herramienta. *PUNTO DE VISTA DEL AUTOR:* Ante la evolución de los estándares de calidad en la atención humanizada en las UCC se debe implementar una herramienta que permita identificar los aspectos socioculturales de la comunicación como instrumento de humanización. *CONCLUSIONES:* Las personas son seres con necesidades, roles y costumbres diferentes que al no poder desenvolverse genera fallas en su bienestar comunicativo. Las personas necesitan estrategias alternativas que favorezcan la comunicación para la toma de decisiones dentro de la UCC. Se puede considerar el MSCHI como una herramienta que permite la apertura de la perspectiva de comunicación entornos como las unidades de cuidado crítico.

Palabras Claves: Modelo Sistémico de la Comunicación Interpersonal (MSCHI), dimensión sociocultural, humanización, comunicación y Unidades de Cuidado Critico (UCC).

ABSTRAC:

PURPOSE: The purpose is based on exposing the bases and content implemented for the design of a tool that evaluated the perception of humanization in communication of hospitalized users in a Critical Care Unit. *METHODOLOGY:* It has a mixed type of study (DITRAS) focused on the Systemic Model of Interpersonal Human Communication, scope is descriptive - exploratory, non-experimental design - transversal, managing as a population nine judges experts in the MSCHI, humanization in clinical contexts and in the construction of measuring instruments, with a non-probabilistic sample for convenience. *RESULTS:* Raised according to the research objectives and structured according to the variables of the socio-cultural dimension of the MSCHI allowing to identify the communicative needs of hospitalized users in the UCC, the validation of design questions by expert judges, in addition to defining the structure and content of 23 questions for the final design of the tool. *AUTHOR'S POINT OF VIEW:* Given the evolution of quality standards in humanized care in the UCC, a tool that identifies the sociocultural aspects of communication as an instrument of humanization must be implemented. *CONCLUSIONS:* People are beings with different needs, roles and customs that, unable to function, generate failures in their communicative well-being. People need alternative strategies that favor communication for decision making within the UCC. The MSCHI can be considered as a tool that allows the opening of the perspective of communication environments such as critical care units.

Key Words: Modelo Sistémico de la Comunicación Interpersonal (MSCHI), sociocultural dimension, humanization, communication and Critical Care Units (UCC).

¹ *Estudiantes último semestre – Especialización en Fonoaudiología en Cuidado Critico
** Fonoaudióloga, Especialista en Fonoaudiología en Cuidado Critico- Docente asesora

1. INTRODUCCION:

La humanización, se ha convertido más que en un concepto un requisito indispensable para la prestación del servicio estableciéndose como política pública. 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 Crítico (UCC). Castañeda, Orozco y Rincón (2015) refieren la UCC como un área asistencial compleja debido a sus características en planta física, equipos médicos y personal idóneo para brindar un servicio de alta eficiencia a personas con afectaciones graves de estado de salud o se encuentran en peligro de muerte.

El aumento de las investigaciones relacionadas con humanización, han conllevado a la creación diversas herramientas de herramientas que concienticen, verifiquen y promuevan la aplicación del trato humanizado en un entorno clínico principalmente en las UCC de diferentes actores implicados en la atención de salud y usuario del servicio.

La comunicación es considerada como un valor fundamental en la humanización y medio principal para cumplimiento de propósitos sociales, sin embargo, en muchas ocasiones es ignorada por las diferentes situaciones y restricciones dadas en el contexto de UCC alterando la naturaleza social y comunicativa del hombre que requiere interacción con seres cercanos. Como guía principal para el análisis de la comunicación en la 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 perspectiva holística de la comunicación analizando desde las deficiencias presentes que afecten el proceso comunicativo (dimensión intrapersonal), limitaciones para realizar el acto comunicativo (dimensión interpersonal) y barreras o facilitadores sociales, culturales y contextuales (dimensión sociocultural).

La presente investigación propone como objetivo diseñar una herramienta de percepciones de los usuarios en humanización en unidades de cuidado crítico desde un enfoque en comunicación,

que permita recolectar datos de manera objetiva para mejorar las vivencias de próximos usuarios que requieran de UCC y su familia, por otro lado, con la intención de motivar al empoderamiento fonoláudico de la comunicación en humanización por parte de este gremio.

Para lograr unos resultados objetivos y acordes con el interés investigativo, este estudio es de tipo mixto, con un alcance de tipo descriptivo - exploratorio, que permitió el diseño del instrumento tipo encuesta con calificación de escala Likert, manipulando las variables el Modelo Sistémico de Comunicación Humana Interpersonal en su dimensión sociocultural propuesto por la Corporación Universitaria Iberoamericana, vinculando novedosamente aspectos culturales, familiares, lingüísticos y sociales claves en humanización por medio de la comunicación.

2. MATERIALES Y MÉTODOS:

Esta investigación se construyó bajo los parámetros de tipo de investigación mixto, el diseño fue de tipo no experimental/transversal, ya que se recolectó la información por parte de los jueces expertos, se obtuvo durante un

periodo único durante julio a agosto del 2019, la cual constó de dos fases, durante la primera fase se realizó la primera validación por los jueces expertos en el Modelo Sistémico de la Comunicación Humana Interpersonal (MSCHI), en humanización clínica y en la construcción de instrumentos de recolección de datos y posteriormente la segunda fase donde se realizaron las modificaciones pertinentes donde se obtuvo las preguntas para el diseño final de la herramienta, en cuanto a la población se contó con mujeres, hombres, fonoláudicos, psicólogos y demás profesionales con posgrados como especialización, maestría y doctorado, adicionalmente se contó con el privilegio de tener como jueces expertos dos de las creadoras del MSCHI, al momento de realizar la muestra se estableció como muestra no probabilística por conveniencia ya que se realizó la solicitud de participación a determinados jueces expertos según el criterio de investigadores donde estos tenían la capacidad de decidir su participación durante la validación de la herramienta, donde fue indispensable su apoyo para determinar el contenido y la estructura de las preguntas utilizadas en el diseño de la herramienta a partir de las sugerencias

cualitativas y cuantitativas dadas por los jueces.

3. RESULTADOS:

Los resultados obtenidos a través de las sugerencias realizadas por parte de los jueces expertos se clasificó de manera cuantitativa y cualitativa conforme a la metodología de la investigación, las variables analizadas fueron, trasfondo cultural, las reglas de macrocontexto variaciones sociolingüísticas y Participación social, a partir de esto 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, a continuación se expondrán los resultados obtenidos por cada una de las variables analizadas.

Trasfondo cultural

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:

- a. Es importante mantener un diálogo 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.
- b. La escucha, interpretación de sus necesidades y soluciones a sus preguntas son claves para sentirse cómodos.
- c. 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.
- d. El respeto por la inclinación o creencia religiosa, o ateísmo, es importante para no

generar situaciones incomodadas durante la hospitalización.

e. El permitir orar genera bienestar al usuario y a la familia.

Reglas del macrocontexto

Teniendo presente aspectos relevantes y propios de esta variable como las reglas de interacción social y la participación, se logran identificar en los testimonios aspectos significativos como:

a. 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.

b. 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.

c. Teniendo presente la 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.

d. 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.

e. 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.

Variaciones sociolingüísticas

Los 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:

a. Reconocen al personal de salud la intención de comunicar de forma clara y específica 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.

b. Un aspecto que genera cuestionamientos respecto a 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.

Participación social

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:

a. 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.

b. Fomentar el trato digno y el promover la autonomía, son factores fundamentales basados en la comunicaciones efectiva con contenido de motivación, perseverancia, constancia y aliento para superar su periodo de enfermedad.

4. DISCUSIÓN:

La evidencia consultada logra constatar la creación de diferentes instrumentos de evaluación en ambientes clínicos enfocados en humanización y comunicación, existentes dado a la continua problemática que se encuentra en servicios densos como las UCC que por su misma dificultad conlleva a alteraciones en la comunicación y por ende a la humanización como lo afirma Castañeda Cándida, Et al, (2014), las dificultades en las relaciones interpersonales en las unidades 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.

Los instrumentos encontrados poseen contenido y énfasis en aspectos anatómicos y/o biológicos, el habla, la comunicación asertiva, aspectos no verbales, la relación familia, usuario y profesional de la salud. No se descubrieron herramientas en donde se trate como tema principal los aspectos socioculturales en las Unidades de Cuidado Crítico a nivel comunicativo para favorecer la humanización.

Teniendo presente los resultados encontrados y motivados por los múltiples beneficios del MSCHI el cual permite un análisis completo de la comunicación humana y toma al ser humano de manera holística, como un todo, que requiere no solo de un componente biológico ni de interacciones momentáneas, sino que se complemente de ejercer un rol, pertenecer a una comunidad en donde pueda manifestar su creencia religiosa, con derechos y deberes para desarrollarse continuamente, como lo afirman sus autoras Bernal Sonia, Et al, (2018): el MSCHI Logra la integración de dimensiones denominadas: interpersonal, intrapersonal y sociocultural de la comunicación.

Por lo anterior se justifica la finalidad de la presente investigación en abordar aspectos socioculturales de la comunicación para favorecer la humanización, exponiendo los resultados de manera estructurada y acorde a los objetivos específicos, apoyado de las variables de la dimensión sociocultural como trasfondo cultural, reglas del macrocontexto, variaciones sociolingüísticas y participación social.

El objetivo número uno permitió identificar las necesidades comunicativas que presentaron tres personas con antecedente de hospitalización en las unidades de cuidado crítico, logrando comprobar la gran influencia que pesa en la diversidad de las personas y las perspectivas que tiene cada uno sobre 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.

En la variable de TRASFONDO CULTURAL se demostró 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, además de resaltar el efecto que genera de bienestar y progreso los diálogos de contenido positivo y motivacional respecto al estado de salud de los usuarios en un entorno clínico.

Para la variable REGLAS DEL MACROCONTEXTO, a nivel cualitativo se identificó la presencia de cambios en el rol de cada usuario hospitalizado en la UCC por encontrarse en una situación de vulnerabilidad, hospitalizado, con restricción en su movilidad, poco contacto con su familia o profesión que desempeña.

En la variable 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, rescatan la importancia del entrenamiento para el manejo de un posible Sistema de Comunicación Alternativo 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.

En la variable de PARTICIPACION SOCIAL 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.

El segundo objetivo logro la validación por los nueve jueces expertos, asesorando a los investigadores a una selección, modificación, eliminación y adición de preguntas objetivas para el diseño de la herramienta. El tercer y 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.

A continuación se da a conocer en la figura 1, 2 y 3 el diseño final de la herramienta de percepciones para usuarios, frente a la humanización en las unidades de cuidado crítico desde un enfoque en comunicación:

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 Crítico Iberoamericana
 Anny Forero, Melissa Alzate, Katherine Pardo.
 Asesora de tesis: Lisbey Moreno

Figura 1. 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 fonoaudiología en Cuidado Crítico Iberoamericana
 Anny Forero, Melissa Alzate, Katherine Pardo,
 Asesora de tesis. Lisbey Moreno

Figura 2. Diseño final del Instrumento - parte II

<p>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?</p>	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
<p>16. ¿Fue informado de manera clara y oportuna de sus deberes y derechos dentro de la UCI?</p>	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
<p>17. ¿El personal de salud le explico de forma clara las reglas y restricciones de la UCI?</p>	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
<p>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?</p>	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
<p>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?</p>	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
<p>20. ¿Durante su estadía en la UCI el personal de salud logro interactuar con usted con temas diferentes a su estado de salud?</p>	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
<p>21. ¿Durante su estadía en la UCI el personal de salud hizo comentarios positivos y de motivación para favorecer su estado de ánimo?</p>	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
<p>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?</p>	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	
<p>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?</p>	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca	

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

Figura 3. Diseño final del Instrumento - parte III

Es relevante rescatar la importancia del fonoaudiólogo en este proceso de evaluación de la humanización e interviniendo en la comunicación, apoyado en su objeto de estudio y velando por el bienestar comunicativo de los usuarios con cuidados especiales, participando del equipo interdisciplinario.

El MSCHI facilita el análisis de la comunicación acorde con el ciclo de vida, la modalidad comunicativa, características socioculturales y el contexto (en este caso clínico) de manera innovadora, actualizada, completa y de fácil implementación, ideas en las UCC “ 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).

Por último se menciona como resultado inesperado 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.

5. CONCLUSIÓN:

Las vivencias reales permiten reconocer y recalcar la importancia de mejora y captan 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.

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, es necesario potenciar las máximas de calidad en la comunicación durante las interacciones comunicativas.

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.

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.

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.

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).

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.

6. RECOMENDACIONES:

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.

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.

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.

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.

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.

7. AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos a Dios, familia y docentes que nos acompañaron y motivaron durante el desarrollo del presente proyecto investigativo, gracias a la docente Lisbey Moreno por el apoyo, experiencia y transmisión de conocimientos, a todos los jueces expertos y participantes por colaborar en el diseño de la presente herramienta que al implementarse mejorara la estancia y calidad de vida de los usuarios hospitalizados en las UCC.

8. 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.

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>

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>

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 confiabilidad 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

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>.

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>

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/articulos-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>