

## Implementación de la Metodología de Cuidado Humanitud: contribución a la calidad de la asistencia a la salud\*

Liliana Vanessa Lúcio Henriques<sup>1</sup>  
Marília de Assunção Rodrigues Ferreira Dourado<sup>2</sup>  
Rosa Cândida Carvalho Pereira de Melo<sup>3</sup>  
Luiza Hiromi Tanaka<sup>4</sup>

**Objetivo:** evaluar la contribución de la implementación de la Metodología de Cuidado Humanitud para la calidad de la asistencia a la salud en una Unidad de Cuidados Continuos. **Método:** estudio de investigación y acción, mediante un proceso de muestreo no probabilístico por conveniencia, con la participación de 34 profesionales de la salud, desde una unidad, en Portugal. **Recolección de datos** realizada por medio de un cuestionario y una ficha de observación de Secuencia Estructurada de Procedimientos Cuidadativos Humanitud. Utilizado análisis de contenido de los datos y tratamiento con Statistical Package for Social Science, versión 17.0. **Resultados:** los profesionales de la salud manifestaron dificultades en la prestación de cuidados de personas agitadas, confusas, desorientadas, agresivas y que rechazan los cuidados y aún, de comunicarse con pacientes que no se comunican verbalmente. Los profesionales valoraron la realización de las etapas de la ficha de observación y verificaron discrepancias entre la percepción de realización y la práctica, realmente, efectiva. A lo largo de la implementación de la metodología, se observó un aumento de la aplicación práctica de los procedimientos, repercutiendo en beneficios para las personas cuidadas y para los profesionales. **Conclusiones:** los resultados permitieron percibir la contribución del proceso de implementación de la metodología, en la transformación positiva de la prestación de atención de salud.

**Descriptores:** Calidad de la Atención de Salud; Humanización de la Atención; Atención Dirigida al Paciente; Relaciones Enfermero-Paciente; Asistencia a los Ancianos; Personal de Salud.

\* Artículo parte de la disertación de maestría "Implementation methodology of Care Humanitude in a continuous care unit: Contribution to health care professionals and people cared for", presentada en la Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.








<sup>1</sup> Santa Casa da Misericórdia, Coimbra, Portugal.

<sup>2</sup> Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Coimbra, Portugal.

<sup>3</sup> Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

<sup>4</sup> Universidade Federal São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

### Cómo citar este artículo

Henriques LVL, Dourado MARF, Melo RCCP, Tanaka LH. Implementation of the Humanitude Care Methodology: contribution to the quality of health care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3123. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2430-3123>.  mes  día  año

URL

## Introducción

El envejecimiento de la sociedad a nivel mundial es uno de los fenómenos sociales más importantes desde mediados del siglo XX. Europa presenta importantes cambios demográficos, registrando un aumento creciente de personas mayores, lo que conduce a un impacto social y económico<sup>(1)</sup>. Con el envejecimiento poblacional, se observa un aumento de la prevalencia de los Trastornos Neurocognitivos (PNC) *mayor*<sup>(2)</sup>, habitualmente referidas en la literatura como demencia<sup>(3-4)</sup>. Las demencias de personas mayores que presentan cuadros de agitación y oposición a los cuidados es una realidad creciente. El equipo de salud no siempre sabe manejar estas situaciones y obstaculiza la integración y la rehabilitación de estas personas<sup>(5)</sup>. Esta realidad es una invitación a los cuidadores a crear nuevas estrategias que atiendan a las necesidades de los ancianos con demencia.

En 1979, Yves Gineste y Rosette Marescotti desarrollaron una metodología de cuidado denominada Metodología de Cuidado Gineste-Marescotti® (MGM®) o Metodología de Cuidado Humanitud (MCH)<sup>(2,6)</sup>. Humanitud es el conjunto de particularidades que hacen que sintamos pertenecientes a la especie humana y reconocemos al otro ser humano como perteneciente a nuestra especie. Los autores desarrollaron esa metodología de cuidado a partir de las inquietudes sobre la forma cómo los cuidados diarios a las personas dependientes y vulnerables estaban siendo prestados, en lo que se refiere a la dignidad, libertad y autonomía.

La secuencia estructurada de procedimientos cuidativos Humanitud tiene como base los pilares relacionales: la mirada, la palabra y el toque; y el pilar identitario: la verticalidad. El cuidador presta un cuidado integrado y por medio de estimulación sensorial positiva posibilita a la persona "vivir de pie" y disponer de todas sus posibilidades de vivir en relación con los demás<sup>(2,6)</sup>.

La referida metodología permite la operacionalización de la relación por medio de Secuencia Estructurada de Procedimientos Cuidativos Humanitud (SEPCH), constituida por 5 etapas consecutivas y dinámicas: los pre-preliminares, los preliminares, la rebouclage sensorial, la consolidación emocional y el reencuentro. Los pre-preliminares tienen como objetivos: anunciar la presencia de los cuidadores, abrir los canales relacionales, evitar abordajes sorpresa, respetar la privacidad y la autonomía. Los preliminares permiten el establecimiento de la relación a través de la utilización de los pilares relacionales de la Humanitud (mirada, palabra y toque) y la obtención de un consentimiento relacional por parte de la persona cuidada.

La rebouclage sensorial incluye la prestación de cuidados, suponiendo, el mantenimiento coherente de un ambiente emocional positivo entre el cuidador y la

persona cuidada a través de la utilización de los pilares Humanitud. La consolidación emocional es una etapa de estímulo cognitivo y mnésico que permite dejar en la memoria emocional de la persona cuidada una impresión positiva de la relación establecida y del cuidado, facilitando el consentimiento relacional y aceptación de los próximos cuidados<sup>(2,6)</sup>. El reencuentro es el momento final de la relación en que se obtiene un compromiso para los cuidados futuros. En esta etapa se hace la despedida y se marca el nuevo encuentro, previniendo el sentimiento de abandono<sup>(2,6)</sup>.

En 2006, se estableció en Portugal, la Red Nacional de Cuidados Continuos Integrados (RNCCI) destinada a "las personas que están en situación de dependencia y que necesitan de cuidados continuos de salud y de apoyo social"<sup>(2)</sup>. Por la diversidad de pacientes, gradualmente, los cuidadores tienen sentido la necesidad de buscar estrategias innovadoras que les ayuden a prestar cuidados de calidad, adecuados a las necesidades emergentes<sup>(7)</sup>. Es en este contexto que surge la formación de cuidadores de la RNCCI en la aplicación de la MCH<sup>(2)</sup>, que ha demostrado particular efectividad en el abordaje de personas dependientes y/o con demencia, evitando comportamientos de agitación y oposición/rechazo a los cuidados<sup>(6)</sup>.

La implementación de la MCH<sup>(2,6)</sup> sigue cuatro fases: sensibilización - 15h de formación teórico y práctica que involucra a los líderes formales e informales; disseminación - 35h de formación y acción en contextos de la prestación de cuidados, durante 5 días, envuelve la dirección técnica y los cuidadores, permite el entrenamiento de los profesionales en los procedimientos cuidativos Humanitud; consolidación - 7h de formación, dirigida al 'grupo de apoyo', equipo de gestión estratégica, responsable de la monitorización y seguimiento de la implementación de la MCH<sup>(2)</sup>. Esta Metodología de Cuidado<sup>(2)</sup> promueve la prestación de cuidados basados en reglas de arte como: el fin del abandono de los cuidados, nunca abordar a la persona de sorpresa o el respeto por el domicilio de la persona cuidada, cumpliendo la SEPCH<sup>(2)</sup>. El presente estudio se realizó con el objetivo de evaluar la contribución de la implementación de la Metodología de Cuidado Humanitud en la calidad de la asistencia, en una Unidad de Cuidados Continuos, en Portugal. Para ello, se realizó el diagnóstico de la situación verificando si había desviación entre la importancia atribuida a las etapas de la SEPCH, la percepción de realización y la observación de la práctica efectiva de los profesionales de salud. Después, se fue monitoreando la transformación en los cuidados prestados a lo largo del proceso de implementación.

## Método

Se trata de un estudio longitudinal de investigación y acción, adoptando un modelo con etapas secuenciales, interdependientes e interrelacionadas<sup>(2)</sup>. Se utilizó un proceso de muestreo no probabilístico por conveniencia, con participación de 34 profesionales de salud de la Unidad de Cuidados Continuos (UCC), prestadores de atención directa a los ancianos. Se incluyeron 18 profesionales que ya habían realizado la formación en Humanidad y 16 profesionales que no habían realizado la formación y estaban aprendiendo por observación de la práctica de los colegas. La elección de la Unidad se dio por estar en la fase de inicio del proceso de implementación de la MCH<sup>(2)</sup>. Ninguno de los profesionales de la UCC rechazó la participación y no se registraron abandonos durante el estudio. A los participantes se explicó que el estudio pretendía acompañar el proceso de implementación de la MCH<sup>(2)</sup> en la UCC.

Esta unidad de salud tiene por objetivo prestar cuidados que prevengan o retrasen el agravamiento de la situación de dependencia, optimizando tanto cuanto sea posible el estado de salud, en un período de internación de 90 días. Posee 30 plazas para internación, cuyos pacientes, en su mayoría, son dependientes y presentan alteraciones cognitivas. El estudio se desarrolló en el período de cuatro meses, entre septiembre y diciembre de 2016.

La recolección de los datos realizada por el investigador ocurrió en tres etapas: en la primera, los 34 profesionales respondieron un formulario constituido por cuestiones de orden sociodemográfico, conteniendo las siguientes variables: edad, género, profesión y tiempo de ejercicio profesional. Experiencias en la atención a las personas mayores; sobre las dificultades sentidas en la prestación de cuidados a pacientes ancianos. El formulario fue entregado por el investigador en la Unidad de salud en sobre cerrado a cada profesional y luego recolectado por la Directora de la UCC, para ser entregados al investigador. Se utilizó el instrumento SEPCH, construida y validada en Portugal<sup>(2)</sup> para verificar la importancia atribuida a cada procedimiento cuidadoso Humanidad y la percepción de la realización de los procedimientos cuando cuida. La SEPCH está constituida por 31 ítems, en los cuales cada ítem representa un procedimiento cuantitativo Humanidad, permitiendo evaluar la importancia atribuida, por cada profesional, a cada ítem, a través de una escala tipo likert de 1 a 4, en que 1 corresponde a "Sin importancia" y el 4 "Muy importante". La SEPCH permite, además, evaluar la percepción de realización de cada procedimiento cuidadoso humanidad a través de la escala likert de 1 a 4 en que 1 corresponde a "Nunca realizo" y el 4 "Realizo siempre". La segunda etapa de la recolección

de datos fue realizada con 18 profesionales que habían realizado la formación de MCH<sup>(2)</sup> y respondieron las siguientes preguntas abiertas: "¿De qué forma la MCH<sup>(2)</sup> facilita la prestación de cuidados?" Y "¿Cuál es su percepción sobre la contribución de la aplicación de la MCH<sup>(2)</sup> en los pacientes? La tercera etapa evaluó la coherencia entre la percepción de la realización de la práctica de cada procedimiento cuidadoso humanidad y la práctica, realmente, efectiva. La medición se dio por medio de la planilla SEPCH, habiendo sido utilizada la observación participante por dos observadores con conocimiento y experiencia en la aplicación de esta ficha de observación, durante la prestación de cuidados de higiene y comodidad, alimentación y movilización, en 2 días consecutivos, el inicio de cada mes, durante los meses de septiembre a diciembre de 2016. Después de identificar los procedimientos cuidadoso humanidad menos consistentes y que necesitaban mejoría se implementaron algunas estrategias como: formación en la acción, elaboración de *flyers*, colocación de dísticos, autoscopia de los cuidados para posterior análisis y reflexión con los profesionales para la toma de concientización<sup>(9-10)</sup>. El objetivo de estas estrategias fue aumentar la apropiación de la MCH<sup>(2)</sup> y mejorar la calidad de la asistencia.

El análisis de los datos cuantitativos se realizó a través del software Statistical Package for Social Science versión 17.0. Para analizar la caracterización de los participantes y la identificación de las dificultades en la prestación del cuidado a los pacientes ancianos se utilizó la estadística descriptiva. Para evaluar las diferencias entre los cuatro momentos de observación de los cuidados se utilizó el test de Friedman, considerando el nivel de significancia de 0,05. Para el análisis de los datos cualitativos, se utilizó la técnica de análisis de contenido según Bardin<sup>(11)</sup>. En la fase del pre análisis se realizó lectura flotante, relecturas de las transcripciones, destacando la importancia del conjunto de elementos dentro del universo de documentos de análisis. En la fase exploratoria, la codificación de los datos fue hecha por dos investigadores, así como, la clasificación y la categorización de los mismos, lo que posibilitó finalizar el proceso de análisis con las interpretaciones y las inferencias sobre los datos cualitativos. Los temas identificados derivaron de los datos obtenidos.

La triangulación de los datos cualitativos y cuantitativos se realizó por medio del análisis y reflexión sobre las principales dificultades de los profesionales en la práctica de los cuidados, las incoherencias entre la percepción de la realización de los procedimientos cuidadoso humanidad y su aplicación en la práctica y como la apropiación de la MCH<sup>(2)</sup> fue facilitando la prestación de cuidados y la contribución obtenida en los pacientes.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Coímbra, el 14.07.16, con el número de registro 056/2016. Se obtuvo la autorización de los órganos de coordinación de la institución donde los datos fueron recolectados. Después de explicados los objetivos del estudio, la voluntariedad en la participación y tornado explícito que la aceptación o rechazo no acarrearía ningún tipo de daño para los participantes, el término de consentimiento libre y esclarecido fue debidamente firmado.

## Resultados

El universo constituido por 34 profesionales era mayoritariamente del género femenino, con una media de edad de 36 años. Los participantes constituían nueve áreas profesionales distintas, siendo las más representativas: los auxiliares de acción médica (11) y los enfermeros (11). También incluyó 1 animador sociocultural, 1 asistente social, 1 médico, 1 psicólogo, 1 terapeuta del habla y 1 coordinador general. El promedio de años de servicio de los profesionales era de 5 años y el 55.9% trabajaba en el área y funciones actuales entre 6 meses y un año y medio.

De los 34 profesionales participantes en el estudio, todos habían prestado, o prestaban cuidados a los ancianos, siendo 32 a las personas con secuelas de Accidente Vascular Cerebral (AVC), 33 a las personas con procesos demenciales y 31 con estados emocionales agresivos y comportamientos de agitación.

Cuando se les preguntó sobre las principales dificultades que se percibían en la prestación de cuidados, 17 indicaron dificultades para prestar atención a las personas agitadas, confusas, desorientadas, agresivas y que rechazaban los cuidados, 15 participantes indicaron tener dificultad en la comunicación con los enfermos que no comunicaban verbalmente, dificultades para prestar atención a pacientes en fase terminal. Y cuatro respondieron que tuvieron dificultades para prestar cuidados de higiene.

De los 34 participantes en el estudio, 18 habían realizado formación en MCH<sup>(2)</sup>, de estos 100% consideró que los procedimientos cuidadosos humanidad contribuyeron a la reducción de las dificultades, facilitando la prestación de los cuidados.

Sobre la cuestión: "¿De qué forma la MCH<sup>(2)</sup> facilita la prestación de cuidados?" Se han surgido tres categorías: la operacionalización de la relación; mayor concientización de las potencialidades de la persona y mejor comprensión de la persona cuidada. Según los participantes, la operacionalización de la relación se realiza por medio del aprendizaje de técnicas relacionales que facilitan la relación, según relato: *En ciertas situaciones los pacientes colaboran y quedan más descansados al explicar los procedimientos y así colaboran y dejan que los ayudemos*

(P4) y por el aprendizaje de técnicas de verticalización según lo referido por este profesional: *Mayor facilidad en posicionar y transferir pacientes con menor movilidad* (P10). En cuanto a la mejor concientización de las potencialidades de la persona, los profesionales enumeraron la valorización de las potencialidades de la persona: *Estos procedimientos valoran más a los pacientes que cuida (...)* (P5), la adecuación del tiempo en la prestación de cuidados conforme afirma este profesional: *También aprendí que: debemos dar más tiempo a ciertos pacientes para que ellos logren más participación en ciertas actividades* (P1) y mayor intencionalidad en la relación con la persona cuidada, habiendo sido referido por este profesional que la: *formación fue útil porque tengo más cuidado de la forma en que hablo, como es importante la mirada y el toque* (P1).

En la Figura 1 se presentan las categorías y subcategorías de la percepción de los profesionales sobre la forma en que la Metodología de Cuidado Humanidad facilita la prestación de cuidados.

Categorías	Subcategorías
Concientización	Valoración de las potencialidades de la persona
	Adecuación del tiempo
	Intencionalidad en la relación
Operacionalización de la relación	Aprendizaje de técnicas relacionales
	Aprendizaje de técnicas de verticalización
Comprensión de la persona cuidada	Comprensión de las necesidades individuales

Figura 1 - La percepción de cómo la metodología cuidado Humanidad facilita la prestación de atención, Leiria, PT, Portugal, 2016

Sobre la cuestión: ¿Cuál es la contribución de la implementación de la MCH<sup>(2)</sup> en las personas cuidadas?, surgieron cuatro categorías: reducción de los comportamientos de la agitación, oposición, rechazo de los cuidados; aumento de la comunicación; reducción de la degradación física y mental; y la mejora de la calidad de vida de los pacientes. En lo que concierne a la reducción de los comportamientos de agitación, oposición y rechazo del cuidado, los profesionales enumeraron, más frecuentemente, la calma y la tranquilidad, presentes en el siguiente discurso: *Fue bueno porque aprendí a lidiar mejor con ellos y dejarlos más tranquilos* (P11). También se refiere a la disminución de la agitación como se demuestra por este profesional: *Disminución de la agitación durante las comidas y disminución de las quejas en el posicionamiento en el lecho* (P9). Evidencian mayor receptividad y aceptación del cuidado; y una mayor colaboración e implicación en los cuidados según

lo referido por este profesional: *El impacto fue positivo en la medida en que algunos ancianos se quedaron..., más involucrados y cooperativos en los cuidados* (P17). En cuanto a la categoría aumento de la comunicación se evidenció la promoción de la interacción, según lo referido por este profesional: *La formación en Humanidad hace que haya más interacción con los pacientes (...)* (P1); y en relación a la facilitación de la comunicación entre los profesionales y los pacientes fue referido por este participante que: *(...) se hizo más fácil la comunicación con los ancianos* (P16). En cuanto a la categoría: retrasa la degradación física y mental, han surgido las siguientes subcategorías: hacer que las personas sean más activas, como demuestran estas declaraciones: *(...) El impacto fue muy positivo en la medida en que algunos ancianos se volvieron más reactivos* (P17) - *se verificó más participación en ciertas actividades* (P1); aumentar la verticalidad de acuerdo con lo referenciado por este profesional: *empecé a levantar de la cama los pacientes y a llevarlos al baño para prestar los cuidados de*

*higiene(...)* (P6) y aumento de la autonomía de acuerdo con afirmación: *observamos los pacientes hacer la toma de decisiones en los cuidados y lograren más autonomía* (P18). En la categoría de mejora de la calidad de vida de los pacientes fue evidenciado por este profesional: *el hecho de hacer los pacientes más felices y con mejor calidad de vida* (P16), más valoradas: *(...) estos procedimientos valoran más a los pacientes que cuida (...)* (P5), así como permitió fomentar sentimientos de ser más útil, como mencionado por este profesional: *(...) permite que el paciente se sienta útil* (P13), otro profesional enfatiza la dignificación de la persona: *(...) aumenta la dignidad del paciente (...)* *disminuye los dolores y aumenta su privacidad* (P5), otro profesional refiere el aumento del bienestar: *(...) y promueve más comodidad para los pacientes* (P3).

En la Figura 2 se presentan las categorías y subcategorías de la percepción de los profesionales sobre la contribución de la Metodología de Cuidado Humanidad<sup>(2)</sup> en la persona cuidada.

Categorías	Subcategorías
Reducción de la agitación/ oposición/ rechazo de cuidados	Calma/ tranquilidad Reducción de la agitación Aceptación del cuidado Envolvimiento en el cuidado
Aumento de la comunicación	Promueve la interacción Facilita comunicación
Retrasa la degradación física y mental	Personas más reactivas Aumenta la verticalidad Aumento de la autonomía Progresos en la persona
Mejora de la calidad de vida	Personas más felices Sentimiento/utilidad Valoración de la persona Disminución de los dolores Aumenta privacidad Dignifica la persona Comodidad

Figura 2 - Percepción de los profesionales respecto a la contribución de la Metodología Cuidado Humanidad en la persona cuidada, Leiria, PT, Portugal 2016

Del análisis a los resultados obtenidos por la aplicación del cuestionario SEPCH, a los 34 profesionales, que evalúa los procedimientos cuidadosos Humanidad estructurados en 5 etapas, verificamos que los profesionales atribuyeron gran importancia a las etapas de la SEPCH, alcanzando una puntuación global del 83.8%. Los pre-preliminares fueron evaluados con una puntuación total del 80.7%, los preliminares, con 82.19%, rebouclage sensorial, con 86.21%,

consolidación emocional, con 86.27% y la dimensión reencuentro con 80.64%.

En cuanto a la percepción que los profesionales tenían de realizar cada uno de los ítems de la SEPCH, verificamos que los mismos consideraban aplicar de forma consistente en su práctica los ítems de la SEPCH en un puntaje global del 74.48%. Con un puntaje total del 72.43% en los pre preliminares, el 72.43% en la dimensión preliminar, el 75.92% en la dimensión

rebouclage sensorial, el 76.23% en la dimensión consolidación emocional y el 75.25% en la dimensión reencuentro. Los datos obtenidos muestran que los profesionales atribuyen puntuaciones más elevadas en la importancia atribuida a las etapas de la SEPCH que en la percepción de realizarlos en la práctica.

En la primera observación de los cuidados prestados por los profesionales utilizando la planilla de observación SEPCH, obtuvimos una puntuación global del 52.16%. Con un puntaje total de 43.75% en los pre preliminares, distribuyendo los puntajes de los ítems de 18.18% a 84.09%. Los preliminares alcanzan una puntuación total del 65.40%, distribuyendo los puntajes de los ítems entre el 2.27% y el 90.91%. La dimensión rebouclage sensorial presenta una puntuación total del 52.27% con puntuaciones distribuidas entre el 27.27% y el 77.27%. La dimensión consolidación emocional presenta una puntuación total del 30.30% con puntuaciones

distribuidas entre el 13.64% y el 45.45%. La dimensión reencuentro tiene una puntuación total del 42.42% con puntuaciones distribuidas entre el 22.73% y el 63.64%.

En el análisis general de los resultados obtenidos de la comparación entre la importancia atribuida a los ítems de la SEPCH, percepción de realización y primera observación se verificó una disminución porcentual en todas las dimensiones. La mayor discrepancia se verificó, relativamente, a la consolidación emocional con una diferencia de 45.93% entre la percepción de realización y la observación de la práctica. La dimensión en que se verificó menor discrepancia, entre la percepción de realización y la práctica efectiva, fue en los preliminares con el 7.23%. De la aplicación del cuestionario SEPCH a los profesionales puede verificarse en la Tabla 1 la comparación entre la importancia atribuida, la percepción de realización, así como los resultados de la primera observación de la práctica.

Tabla 1 - Importancia atribuida por los profesionales a las etapas de la Secuencia Estructurada de Procedimientos Cuidativos Humanitud. Comparación con la percepción de los logros y la primera observación práctica, Leiria, PT, Portugal, 2016

Etapas de la SEPCH*	Puntuación %		
	Importancia Asignada	Percepción de la realización	Primera observación
Total pre preliminares	80.70	72.43	43.75
Total preliminares	82.19	72.63	66.29
Total rebouclage sensorial	86.21	75.92	52.27
Total consolidación emocional	86.27	76.23	30.30
Total reencuentro	80.64	75.25	42.42
Total global	83.80	74.48	52.16

\* SEPCH - Secuencia Estructurada de Procedimientos Cuidativos Humanitud

La segunda observación, realizada en el mes siguiente, tuvo una puntuación global del 63.49%. Con una puntuación total de 71.59% en los pre preliminares, distribuyéndose los puntajes de los ítems del 40.91% al 90.91%. La dimensión preliminar alcanza una puntuación total del 77.02%, distribuyéndose los puntajes de los ítems entre el 18.18% y el 100%. La dimensión rebouclage sensorial presenta una puntuación total del 62.12% con puntuaciones distribuidas entre el 45.45% y el 95.45%. La dimensión consolidación emocional presenta una puntuación total del 29.55% con puntuaciones distribuidas entre 18.18% y 40.91%. La dimensión reencuentro tiene una puntuación total del 51.52% con puntuaciones distribuidas entre el 13.64% y el 90.91%.

La tercera observación tiene una puntuación global del 72.95%. Con una puntuación total de

71.59% en los pre-preliminares, distribuyéndose los puntajes de los ítems del 45.45% al 95.45%. La dimensión preliminar alcanza una puntuación total del 83.59%, distribuyéndose los puntajes de los ítems entre el 34.09% y el 100%. La dimensión rebouclage sensorial presenta una puntuación total del 76.52% con puntuaciones distribuidas entre el 50% y el 100%. La dimensión consolidación emocional presenta una puntuación total del 37.12% con puntuaciones distribuidas entre el 11,36% y el 72.73%. La dimensión reencuentro tiene una puntuación total del 64.39% con puntuaciones distribuidas entre el 27.27% y el 88.64%.

La cuarta observación tiene una puntuación global del 78.23%. Con una puntuación total de 82.39% en los pre-preliminares, distribuyéndose los puntajes de los ítems del 70.45% al 97.73%. La

dimensión preliminar alcanza una puntuación total del 85.86%, distribuyéndose los puntajes de los ítems entre el 31.82% y el 100%. La dimensión rebouclage sensorial presenta una puntuación total del 81.06% con puntuaciones distribuidas entre el 45.45% y el 100%. La dimensión consolidación emocional presenta

una puntuación total del 41.67% con puntuaciones distribuidas entre el 15.91% y el 75%. La dimensión reencuentro tiene una puntuación total del 75% con puntuaciones distribuidas entre 52.27% y 88.64%. En la Tabla 2 podemos observar los datos obtenidos en los cuatro momentos de observación.

Tabla 2 - Comparación de los pasos de la Secuencia Estructura de Procedimientos Cuidativos Humanitud en los cuatro momentos de tiempo en porcentajes, Leiria, PT, Portugal, 2016

Etapas de la SEPCH*	Observaciones %			
	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta
Total pre preliminares	43.75	71.59	71.59	82.39
Total preliminares	66.29	77.02	83.59	85.86
Total rebouclage sensorial	52.27	62.12	76.52	81.06
Total consolidación emocional	30.30	29.55	37.12	41.67
Total reencuentro	42.42	51.52	64.39	75
Total global	52.16	63.49	72.95	78.23

\* SEPCH - Secuencia Estructurada de Procedimientos Cuidativos Humanitud

Se verificó en las 4 observaciones que los ítems de la SEPCH con valores más bajos fueron: el ítem "7. Se presenta a la persona cuidada (ej: soy ...) ", el ítem" 3. Si no hay respuesta (expresa o subentendida), entra en la habitación tranquilamente y golpea la barra de la cama "y el ítem" 26. "Habla a la persona de la experiencia agradable que fue estar con ella (por ejemplo, me gustó conocerte, estar contigo)." Habiendo necesitado una mayor inversión en términos formativos. Los elementos con valores más altos fueron el elemento "6. Llama a la persona por el nombre que se reconoce y que le gusta ser tratada ", ítem" 9. Utiliza un tono de voz tranquilo, melodioso y suave ", ítem" 8. Dice a la persona el motivo del encuentro (por ejemplo, está allí para estar con ella, conversar, ayudar) ", ítem" 21. Utiliza un tono de voz calmado y suave durante la prestación del cuidado ", y el ítem" 22. Retoma con frecuencia el nombre de la persona "todos comprobados en el 100% en la cuarta observación. La promoción de la verticalidad (ítem 24 de la SEPCH) fue uno de los ítems que se estaba perfeccionando registrándose un aumento entre la primera y cuarta observaciones pasando del 52.27% en la primera observación al 79.55% en la cuarta observación.

Del análisis de las etapas de la SEPCH (Pre-Preliminares, Preliminares, Rebouclage Sensorial, Consolidación Emocional y Reencuentro), en los 4 momentos de observación se verificó un aumento en los promedios, en todas las etapas de la SEPCH, excepto en la consolidación emocional que descendió levemente en la segunda observación, verificándose la existencia de un promedio más elevado en la Rebouclage Sensorial y en los Preliminares y menor en la Consolidación Emocional y Reencuentro en los 4 momentos.

Utilizando el Test Friedman para evaluar las diferencias en los 4 momentos de observaciones para cada etapa de la SEPCH, se verifica que hay diferencia estadísticamente significativa en los Pre Preliminares ( $\chi^2 = 12,903$ ,  $p = , 005$ ), en los Preliminares ( $\chi^2 = 15,104$ ,  $p = ,$ ), En la Rebouclage Sensorial ( $\chi^2 = 23,800$ ;  $p = , 000$ ) y en el Reencuentro ( $\chi^2 = 11,326$ ;  $p = , 010$ ). En la etapa de la Consolidación Emocional no se verificó diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 2,578$ ;  $p = , 461$ ). En la Tabla 3 podemos ver el resultado de la media y desviación estándar de las etapas de la SEPCH en las 4 observaciones en el estudio.

Tabla 3 - Resultados del promedio y desviación estándar de los pasos de la Secuencia Estructurada de Procedimientos Cuidativos Humanitud en las 4 observaciones en el estudio, Leiria, PT, Portugal, 2016

Etapas da SEPCH*	1ª observación		2ª observación		3ª observación		4ª observación	
	Media	DE†	Media	DE†	Media	DE†	Media	DE†
Pre Preliminares	1,75	1,18	2,86	1,32	2,86	1,19	3,29	1,11
Preliminares	5,89	1,93	6,93	1,61	7,52	0,84	7,73	0,94
Rebouclage Sensorial	6,27	2,78	7,45	2,61	9,14	1,49	9,75	1,42
Consolidación Emocional	0,91	0,92	0,89	1,07	1,11	0,92	1,25	0,86
Reencuentro	1,32	1,08	1,55	0,80	1,90	0,88	2,25	0,87

\* SEPCH - Secuencia Estructurada de Procedimientos Cuidativos Humanitud; †DE - Desviación estándar

## Discusión

Los participantes en el estudio tenían diferentes formaciones profesionales, todas ellas directamente relacionadas con la prestación directa de atención de salud. Además de ser un equipo joven, más de la mitad de los participantes trabajaba en el área y funciones actuales entre medio año y año y medio, lo que significaba que la mayoría de los profesionales todavía eran iniciados, requiriendo acompañamiento, entrenamiento, reflexión sobre las prácticas y la formación<sup>(12)</sup>.

A pesar del tiempo de prestación directa de cuidados a las personas mayores, con demencia, con secuelas de accidente vascular cerebral y las personas con estados emocionales agresivos/comportamientos de agitación, ser muy variable, todos los profesionales participantes en el estudio ya habían prestado cuidados a personas con estas condiciones clínicas. Las dificultades que los profesionales más evidenciaron, en sus respuestas, fueron la prestación de cuidados a personas agitadas, confusas, desorientadas, agresivas y que rechazan los cuidados. Estos datos fueron también corroborados en otro estudio<sup>(13)</sup>, en el cual los cuidadores manifestaron dificultades en el cuidado a personas con alteraciones emocionales comportamentales y cognitivas.

Los participantes identificaron también la dificultad en la comunicación con personas que no comunicaban verbalmente. Esta dificultad fue también identificada en otro estudio<sup>(13)</sup>, debido a la dificultad en la comprensión de la comunicación no verbal ya la falta de la profesionalización de la palabra<sup>(2)</sup>.

La dificultad en la atención a enfermos en fase terminal fue identificada por los profesionales de nuestro estudio, resultados análogos fueron obtenidos en un estudio realizado con profesionales de salud<sup>(14)</sup>.

A pesar de ser en menor porcentaje, también la prestación de cuidados de higiene constituyó una dificultad para la prestación de cuidados. Estos resultados podrán estar relacionados con la utilización de técnicas poco adecuadas a las necesidades de las personas cuidadas, ya la realidad de los cuidados, creando en las personas con demencia niveles elevados de incomodidad física y emocional promoviendo Síntomas Comportamentales y Psicológicos de la Demencia, como evidenciado en estudios recientes<sup>(2,8,15-16)</sup>.

La totalidad de los profesionales que realizaron formación en MCH<sup>(2)</sup> consideró que los procedimientos Cuidativos Humanidad contribuyeron a la reducción de las dificultades en la prestación de los cuidados, facilitando la prestación de los mismos. También en un estudio desarrollado con profesionales de la salud<sup>(7)</sup>, los participantes reconocieron que la formación sobre la MCH tuvo importantes contribuciones y se destacó la disminución de la oposición a los cuidados, la reducción

de los comportamientos de agitación, la disminución de los problemas derivados de la inmovilidad, la promoción de la autonomía y el respeto de la dignidad de la persona humana. Los participantes indicaron haber superado sus dificultades con respecto a la comunicación mediante la aplicación de la MCH<sup>(2,8)</sup>. Mediante estos resultados, resulta fundamental capacitar a los profesionales con metodologías de cuidar innovadoras y adecuadas a la realidad de los cuidados, con procedimientos cuidadosos que operen y sistematicen la relación<sup>(6)</sup>. La MCH<sup>(2)</sup>, con beneficios científicamente validados a nivel nacional e internacional, parece ser una herramienta de cuidar innovadora que permite capacitar a los profesionales con técnicas relacionales que profesionalizan la relación entre el cuidador y la persona cuidada reduciendo las dificultades en la prestación de los cuidados<sup>(2)</sup>.

Por las respuestas obtenidas de los profesionales, se denota una buena aceptación de las etapas de la SEPCH, atribuyéndoles gran importancia. Al par de estos datos, los relativos a la percepción de aplicar en la práctica, que, a pesar de denotar una disminución porcentual en comparación con la importancia atribuida, mantiene aún valores elevados. Los resultados similares se obtuvieron en un estudio<sup>(2)</sup> en el que la puntuación total de la importancia atribuida fue superior en comparación con el puntaje global de la percepción de realización de las etapas de la SEPCH. En este estudio los enfermeros se revivían en los procedimientos Cuidativos Humanidad atribuyéndoles gran importancia y tenían una percepción elevada de su aplicación en la práctica.

Sin embargo, se verificó discrepancia entre la percepción de realización y la práctica, realmente, efectuada, durante la observación de las prácticas, dado que la primera observación nos permitió percibir que existe una desviación entre la percepción de realización y la práctica efectuada en todas las categorías de SEPCH. En la primera observación los profesionales demostraron dificultad en cumplir los procedimientos de la SEPCH. Resultados similares fueron obtenidos en otro estudio<sup>(2)</sup> desarrollado con enfermeros de una UCC. También en ese estudio la importancia atribuida por los profesionales no era coincidente con la práctica efectuada.

A pesar de haber registrado un aumento porcentual gradual a lo largo de las observaciones, después de implementadas varias estrategias para facilitar la apropiación de la MCH<sup>(2)</sup>, se verificó que la consolidación emocional fue la dimensión donde los profesionales manifestaron mayores dificultades de integración de los procedimientos cuidadosos. También en otro estudio<sup>(2)</sup> se identificó la dificultad en valorar el encuentro con palabras positivas y gestos de ternura, haciendo un priming sensorial positivo en la memoria emocional de la persona.



Se registró una evolución positiva entre la primera y la cuarta observaciones en todas las dimensiones de la SEPCH. Esta situación puede estar relacionada con las intervenciones realizadas durante el proceso de implementación de la MCH<sup>(2)</sup> en que los profesionales se integraron en su práctica de los cuidados. La dimensión que evidenció mayor evolución positiva, entre la primera y cuarta observaciones, fueron los pre preliminares.

El aumento de la verticalidad puede estar relacionado con el incentivo a la deambulación, reduciendo el número de personas que utilizaban silla de ruedas, a la disminución del número de personas acamadas, así como el incentivo a la realización de cuidados de higiene de pie en el baño. El tiempo promedio de la prestación de cuidados de higiene disminuyó a lo largo de las observaciones y los cuidados de higiene pasaron a ser realizados en su totalidad, en el baño, repercutiendo en la reducción de lesiones por presión en los pacientes.

Los profesionales identificaron el retraso de la degradación física y mental como un punto relevante de la aplicación de esta metodología. Para los participantes, esta metodología contribuyó positivamente a la mejora de su calidad de vida, lo que va al encuentro de los resultados de otros estudios desarrollados en contexto hospitalario, se verificó que la aplicación de esta metodología de cuidados es una valiosa herramienta en el control de la agitación en las personas ancianas con demencia<sup>(8)</sup>, así como en la reducción de la administración de fármacos<sup>(8)</sup> y, con ello, la reducción de los riesgos asociados a los mismos.

Estos resultados pueden ser el reflejo del efecto que una medida no farmacológica y de bajo costo puede tener en los cuidados prestados a pacientes dependientes, vulnerables y con procesos demenciales. La exploración de esta metodología, en términos académicos y profesionales en el abordaje a los pacientes, puede tener un reflejo importante en la gestión, organización, educación y salud de las instituciones<sup>(2)</sup>.

La principal limitación del presente estudio fue el tamaño de la muestra, que, por ser reducida, imposibilitó generalizar los datos obtenidos. Hay necesidad de más investigaciones sobre la efectividad de esta metodología de cuidado en la perspectiva de los familiares y, además, ampliar con los profesionales de salud la contribución a la implementación y cambio de cultura de los cuidados y de las políticas de salud pública, sobre todo en el escenario de envejecimiento de la población con características específicas y que necesitan cuidados especializados, en el sentido de la transformación de los cuidados de rutina en cuidados concientizados.

## Conclusión

La formación en MCH facilitó la prestación de cuidados y la persona cuidada percibe sentimientos positivos en los profesionales, al aplicar los conocimientos en la práctica. Los profesionales atribuyen gran importancia a las etapas de la SEPCH, se perciben igualmente en los procedimientos Cuidativos Humanidad. Sin embargo, la percepción de realización de los procedimientos de cuidados es superior a la observada en la práctica.

La implementación de la MCH reveló resultados en el cambio de prácticas de los cuidadores. El desarrollo de este estudio permitió verificar que, a pesar de la importancia atribuida a esta metodología por los profesionales, existe efectivamente una distorsión de mirar entre lo que éstos perciben o lo que están realizando y lo que realmente realizan en la práctica. Con el desarrollo de intervenciones específicas y formación en la acción, fue posible verificar que, gradualmente, a lo largo de las diversas observaciones, hubo reducción de aquella diferencia, registrando un aumento gradual y consistente de la ejecución de los procedimientos Cuidativos Humanidad.

A pesar de que algunos procedimientos fueron interiorizados, de tal forma que alcanzaron valores porcentuales máximos en la observación, otros correspondientes a la consolidación emocional, evidenciaron mayor dificultad de integración y aplicación en la práctica por parte de los profesionales de salud. Ha habido necesidad de acompañamiento y monitorización del proceso de implementación, para la sostenibilidad y consolidación de las buenas prácticas por todos los profesionales, contribuyendo a la transformación de los cuidados ya la calidad de la asistencia a la salud.

## Referencias

1. Araújo JS, Vidal GM, Brito FN, Gonçalves DCA, Leite DKM, Dutra CDT, et al. Profile of caregivers and difficulties in elderly care in the city of Ananindeua, State of Para, Brazil. *Rev Bras Geriatr. Gerontol.* 2013 Jan/Mar;16(1):149-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000100015>
2. Simões MMM, Salgueiro NR, Rodrigues MA. Caring in Humanitude: study applied to a continuum of care. *Rev Enferm Ref.* [Internet]. 2012 [cited Jun 20, 2017]; 3(6):81-93. Available from: <http://www.redalyc.org/html/3882/388239965010/>
3. Storti LB, Quintino DT, Michelato NS, Kusumota L, Marques S. Neuropsychiatric symptoms of the elderly with Alzheimer's disease and the family caregivers' distress. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016 Aug; 24:e2751. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0580.2751>.

4. Pestana LC, Caldas CP. Nursing care for the aged with Dementia and with behavioral symptoms. *Rev Bras Enferm*. 2009 Jul/Aug;62(4):583-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000400015>
5. Abdou CM, Fingerhut AW, Jackson JS, Wheaton F. Healthcare Stereotype Threat in Older Adults in the Health and Retirement Study. *Am J Prev Med*. 2016 Oct;50(2):191-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.034>
6. Melo R, Queirós P, Tanaka LH, Salgueiro N, Alves R, Araújo J, et al. State-of-the-art in the implementation of the Humanitude care methodology in Portugal. *Rev Enferm Ref*. 2017 Abr/Mai/Jun;4(13):53-62. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV17019>
7. Figueiredo A, Melo R, Ribeiro O. Training on Care Methodology Humanitude: contribution to the improvement of quality of care. *Rev Enferm Ref*. [Internet]. 2016 [cited Jul 17, 2017];10(Supl.): 60-5. Available from: [https://www.esenfc.pt/event/admin/content/downloadFile.php?id\\_ficheiro=535&code=829375161](https://www.esenfc.pt/event/admin/content/downloadFile.php?id_ficheiro=535&code=829375161)
8. Honda M, Ito M, Ishikawa S, Takebayashi Y, Tierney L. Reduction of behavioral psychological symptoms of dementia by multimodal comprehensive care for vulnerable geriatric patients in an acute care hospital: A case series. *Case Rep Med*. 2016;4813196. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/4813196>
9. Rosenkoetter MM, Smith D, Stachura ME, McDonough J, Hunter C, Thompson D, et al. Video analysis tool system: implementation and evaluation of use with clinical nursing assessments of older adults. *Nurs Adm Q*. 2014 Oct/Dec;38(4):E11-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000047>
10. Honda M. Communication based care with multimodal approach; Implementation of informatics and artificial intelligence into care for dementia. *Rev Enferm Ref*. [Internet]. 2016 [cited Jun 28, 2017];4(11):3-8. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn11/serIVn11a01.pdf>
11. Campos CJG. Content analysis: a qualitative data analysis tool in health care. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(5):611-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000500019>.
12. Lopes RCC, Azeredo ZAS, Rodrigues RMC. Relational skills: needs experienced by nursing students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012 Nov-Dec;20(6):1081-90. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000600010>
13. Pereira SAS, Marques EMBG. Difficulties of caregivers formal institutionalized elderly. *Int J Dev Educat Psychol*. [Internet]. 2014 Nov [cited Jul 22, 2017];1(2):133-40. Available from: [http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877\\_2014\\_2\\_1\\_133.pdf](http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_133.pdf)
14. Mota M, Gomes G, Coelho M, Lunardi W, Sousa L. Reactions and feelings of nursing professionals facing death of patients under their care. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2011 Mar [cited Jun 20, 2017];32(1):129-135. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100017)
15. Cohen-Mansfield J, Parpura-Gill A. Bathing: A framework for intervention focusing on psychosocial, architectural and human factors considerations. *Arch Gerontol Geriatr*. 2007 Sep/Oct;45(2):121-35. doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2006.09.001>
16. Melo RCCP, Soares IFF, Manso MSC, Gaspar FP, Melo ASP. Reduction of agitation in people with dementia during hygiene care: contribution of the Methodology of Care Humanitude. *Rev Mill*. [Internet]. 2017 Jun [cited Jul 15, 2017];2(ed esp 2):57-63. Available from: <http://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/11994/9423>


Recibido: 08.09.2017

Aceptado: 28.10.2018

Autor correspondiente:

Liliana Vanessa Lucio Henriques

E-mail: [lilianahenriques312@gmail.com](mailto:lilianahenriques312@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0001-7648-7626>

**Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.