

Actitudes del personal de enfermería hacia personas con demencia y su asociación con cuidados omitidos en entornos hospitalarios

Autores:

- Iván Alarcón Vega,
- Javiera Droguett Vilches,
- Vania Fabres Moncada,
- Sofía Frávega Vera,
- Beatriz Fuentes Chamorro,
- Scarleth Henot Gálvez,
- Jorge Morales Caro,
- Luis Peñailillo Altamirano.

Profesor guía:

- Dra. © Lucia Catalán Peña
- Dra. © Tamara Bustamante Gómez

Santiago, julio de 2025.

Tabla de contenidos

ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
ANÁLISIS FINER	6
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	7
OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	7
PRESENTACIÓN DE LOS MARCOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
MARCO REFERENCIAL	7
MARCO CONCEPTUAL	8
MARCO TEÓRICO	10
MARCO EMPÍRICO.....	11
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	12
HIPÓTESIS	13
OBJETIVO GENERAL.....	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
MARCO METODOLÓGICO	14
VARIABLES.....	17
PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	18
ASPECTOS ÉTICOS	18
PROCEDIMIENTO	19
CARTA GANTT.....	21
DESARROLLO DE LA CARTA PROPUESTA.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	23
ANEXOS.....	27

Abstract

En Chile, más de 200 mil personas viven con demencia, lo que presenta desafíos significativos en el ámbito hospitalario. Esta población es clínicamente vulnerable, con mayor riesgo de eventos adversos prevenibles y estadías prolongadas. Se estima que hasta el 70% de estos eventos podrían evitarse con cuidados adecuados. La omisión de cuidados, definida como la no realización o retraso de intervenciones necesarias, se ha vinculado internacionalmente a factores estructurales y a actitudes negativas del personal de enfermería hacia estos pacientes.

Las teorías del Comportamiento Planificado y del Cuidado Omitido ofrecen marcos para comprender cómo las creencias individuales, las normas sociales y las condiciones organizacionales influyen en la atención. No obstante, en Chile, existe escasa evidencia empírica que explore esta relación en el contexto hospitalario.

Objetivo: Este estudio busca determinar la asociación entre las actitudes del personal de enfermería y la omisión de cuidados en personas hospitalizadas con demencia en tres hospitales públicos.

Metodología: Se realizará un estudio cuantitativo de diseño transversal, aplicando encuestas anónimas a profesionales de enfermería utilizando las escalas validadas MISSCARE y DAS. El muestreo será no probabilístico por conveniencia, garantizando siempre los principios éticos y la confidencialidad de los participantes.

Introducción

Actualmente, más de 57 millones de personas en el mundo viven con demencia, con mayor prevalencia en países de ingresos medios y bajos (OMS, 2025). En América Latina, los casos alcanzaban 4,5 millones en 2019, y en Chile cerca del 1% de la población convive con esta condición, es decir, más de 200 mil personas (MINSAL, 2017). Su riesgo se duplica cada cinco años tras los 60-65 años (OPS, 2025; Cao et al., 2020), lo que la convierte en una de las principales causas de discapacidad en personas mayores. La demencia afecta funciones cognitivas como la memoria, el pensamiento, el comportamiento y la autonomía, siendo la enfermedad de Alzheimer su forma más frecuente (OMS, 2025; Rostagno, 2022). También se asocia a síntomas neuropsiquiátricos (ansiedad, depresión, agitación), lo que incrementa los costos del cuidado (Sabates et al., 2024), estimados en 1.462 dólares mensuales (CLP \$975 mil), incluyendo gastos directos de tratamiento y el impacto social por familia en Chile (MINSAL, 2017).

Dado el aumento global de la demencia y su impacto significativo en Chile, con el consiguiente deterioro cognitivo y los elevados costos de cuidado que implica, se observa que en ámbitos hospitalarios esta condición incrementa el riesgo de mortalidad y eventos adversos prevenibles. Estos riesgos se exacerban por la omisión de cuidados, la cual, según la evidencia, puede estar directamente influenciada por las actitudes del personal de enfermería hacia los pacientes con demencia (Chróinín et al., 2024).

En los ámbitos hospitalarios, las personas con demencia presentan mortalidad, y estadías prolongadas (Rudolph et al., 2010), por tanto, un mayor riesgo de eventos adversos (EEAA), como caídas o infecciones, prevenibles en un 83% de los casos (Chróinín et al., 2024; Zanetti et al., 2020). En Chile, la incidencia de EEAA llega al 6%, siendo el 70% evitables (correspondientes a hospitalizados en general, no exclusivamente a personas con demencia) (Lancis-Sepúlveda et al., 2014; Ortiz & Álvarez, 2009; Wolff et al., 2023). Estos pueden ser producto de comisión (errores) como por omisión de cuidados, definidos como intervenciones necesarias que no se realizan o se retrasan (Kalisch et al., 2011). El fenómeno de cuidados omitidos ha sido ampliamente estudiado mediante la escala MISSCARE, con alta confiabilidad (alfa de Cronbach 0.73–0.96), lo que ha demostrado que las omisiones más comunes incluyen deambulación, cambios de posición, higiene oral, educación y monitoreo oportuno (Kalisch et al., 2011; Bragadóttir et al., 2017; Palese et al., 2021), lo que incrementa el riesgo de EEAA como caídas (Kales et al., 2015).

Por otro lado, las actitudes del personal de enfermería representan un factor influyente en la calidad del cuidado. La escala Dementia Attitudes Scale (DAS, con alfa de Cronbach de 0.83) (O'Connor & McFadden, 2010), permite evaluar estas actitudes, las cuales pueden estar influenciadas por percepciones negativas hacia las personas con demencia. Según la Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1991), estas creencias, normas sociales y disposición personal influyen en la conducta asistencial. En este contexto percibir a la persona con demencia

como “agresiva” o “difícil” puede conducir a omitir cuidados esenciales (Digby et al., 2017; Houghton et al., 2016; Palese et al., 2021).

En Chile, la evidencia empírica sobre esta relación es escasa, lo que justifica la necesidad de investigar cómo influyen las actitudes del personal de enfermería en la omisión de cuidados en pacientes con demencia hospitalizados. Este estudio busca generar evidencia local que permita mejorar la calidad de la atención y la seguridad de esta población vulnerable.

Análisis FINER

F, factible

La factibilidad del estudio es alta, ya que se emplearán instrumentos estandarizados con validación en diversos contextos internacionales. La escala MISSCARE ha sido validada en Islandia (Bragadóttir et al., 2015) y adaptada y validada en Chile por Saldía-Arteaga et al. (2024), lo que garantiza su pertinencia en el contexto nacional. En cuanto a la Dementia Attitudes Scale (DAS), ha sido validada en Irlanda (Keogh et al., 2020) y adaptada al español por Serrani (2011) aunque aún no cuenta con validación formal en población chilena, por lo que sus resultados deben interpretarse con cautela. La población de estudio, profesionales de enfermería, es de fácil acceso y numerosa en los entornos hospitalarios, lo que facilitará el reclutamiento. Aunque se aborda indirectamente a una población vulnerable (personas con demencia), el diseño ético del estudio garantiza que la recolección de datos se centrará únicamente en las percepciones y prácticas del personal de enfermería, sin interacción directa con los pacientes, protegiendo así su bienestar.

I, interesante

El estudio es relevante porque se centra en la demencia, una problemática de salud en aumento que afecta la calidad de vida y representa un reto para el sistema sanitario. Es fundamental investigar cómo las actitudes del personal de enfermería inciden en la calidad del cuidado, especialmente en la omisión de atenciones esenciales para esta población vulnerable en entornos hospitalarios, lo que beneficiará tanto a los profesionales clínicos como a la gestión de salud.

N, novedoso

En el contexto latinoamericano, y especialmente en Chile, no se han identificado estudios que vinculen directamente las actitudes del profesional de enfermería hacia las personas con demencia con la omisión de cuidados. Esta investigación aporta evidencia innovadora al explorar la relación entre aspectos actitudinales y resultados asistenciales, promoviendo un trato digno y una atención de mayor calidad para esta población vulnerable. A diferencia de la mayoría de los estudios, que se centran en la atención primaria, este trabajo es pionero al abordar el cuidado de personas con demencia en entornos hospitalarios, contribuyendo así a mejorar la calidad asistencial en este ámbito.

E, ético

Este estudio no implica intervenciones invasivas ni riesgosas para los participantes. Se aplicarán encuestas anónimas a profesional de enfermería, previa obtención del consentimiento informado y aprobación del comité de ética, resguardando la confidencialidad de la información recolectada. Los hallazgos podrían generar beneficios indirectos para las personas con demencia, al identificar

áreas clave para mejorar la calidad del cuidado que reciben, pero en ningún caso será intervenida esta población vulnerable.

R, relevante

El incremento en las hospitalizaciones de personas con demencia, combinado con su elevada susceptibilidad a eventos adversos, subraya la urgencia de identificar los factores que conducen a una atención inadecuada. Este estudio busca desarrollar estrategias educativas y organizativas para prevenir la omisión de cuidados, optimizando así la atención integral a esta población y reforzando el compromiso ético y profesional del enfermero/a. Los hallazgos podrían orientar políticas de salud y mejorar las prácticas clínicas, elevando la calidad del cuidado hospitalario para este grupo vulnerable.

Pregunta de investigación

¿Existe asociación entre las actitudes del profesional de enfermería hacia las personas con demencia y los cuidados omitidos en dicha población en entornos hospitalarios?

Objetivo de la investigación

Determinar la Asociación entre las actitudes del profesional de enfermería hacia las personas con demencia y los cuidados omitidos en esta población, en entornos hospitalarios durante el segundo semestre de 2025.

Presentación de los marcos de la investigación

A continuación, se presenta el marco referencial de la investigación que se estructura en tres partes fundamentales. En primer lugar, se desarrolla el marco conceptual, el cual definirá los principales conceptos importantes del tema de investigación, posteriormente, se aborda el marco teórico, en el que se expondrán las teorías y los enfoques relevantes que sustentan esta investigación. Finalmente, se expone el marco empírico, que proporciona evidencia e investigaciones previas que tienen relación con variables, lo que nos permite contextualizar el proyecto de investigación.

Marco referencial

Una de las causas asociadas a los cuidados omitidos en personas con demencia se relaciona con las actitudes del profesional de enfermería. La literatura indica que, en muchos casos, predominan

percepciones negativas sobre la efectividad del cuidado en esta población (Ayton et al., 2017). Según Ayton, por ejemplo, algunos profesionales consideran que los EEAA son inevitables o que las intervenciones preventivas carecen de impacto debido a las limitaciones cognitivas de las personas. Estas creencias pueden traducirse en desmotivación, estrés laboral y una disminución en la calidad del cuidado brindado (Catalán et al., 2024).

Por otro lado, la Teoría del Cuidado Omitido de Beatrice Kalisch (2006) que surgió de la observación sistémica en hospitales, define el cuidado omitido como cualquier aspecto del cuidado necesario que sea retrasado, incompleto o no realizado. Esta omisión no se debe únicamente a la falta de tiempo o recursos, sino también a la percepción de prioridad y las decisiones tomadas por enfermería. Por lo tanto, si el profesional de enfermería considera que los cuidados a personas con demencia no son urgentes, pudiendo estos ser postergados o ignorados a pesar de contar con los recursos necesarios, serán potencialmente postergados. Esto evidencia cómo las actitudes influyen en la omisión de cuidados esenciales, especialmente al combinarse con factores estructurales y personales, como la percepción subjetiva del personal sobre la importancia del cuidado y sus creencias hacia la persona con demencia. Kalisch, Landstrom y Hinshaw (2009) documentaron esta relación con el estudio MISSCARE, primero en Estados Unidos y luego en Brasil, Dinamarca, Suecia, Irán y Austria, donde factores como la falta de tiempo, el juicio clínico y la priorización del cuidado contribuyen directamente a la omisión de intervenciones consideradas no urgentes, pero fundamentales para el bienestar del usuario/a. (Kalisch et al., 2009).

En síntesis, las teorías revisadas nos ayudan a comprender cómo las actitudes del personal de enfermería impactan la omisión de cuidados en pacientes con demencia. La teoría del Comportamiento Planificado de Ajzen (1986) explica cómo las creencias personales y las normas sociales influyen en la intención de brindar atención. Por su parte, la teoría del cuidado omitido (Kalisch et al., 2011) ofrece una perspectiva organizacional sobre este fenómeno. Es importante señalar que la mayoría de los estudios sobre este tema se han realizado en contextos internacionales, con poca investigación en hospitales públicos chilenos. Por esta razón, el presente estudio busca aportar conocimiento local, analizando la relación entre las actitudes del personal de enfermería y la omisión de cuidados en pacientes con demencia hospitalizados, considerando además los factores organizacionales que puedan influir.

Marco Conceptual

Para clarificar los conceptos centrales de esta investigación, a continuación, se presenta el marco conceptual. Las definiciones incluidas en este apartado servirán de guía para el análisis teórico, empírico y metodológico del estudio.

Demencia

Trastorno neurológico progresivo caracterizado por deterioro cognitivo significativo que afecta a la memoria, el pensamiento, el lenguaje y la capacidad para realizar actividades diarias, sin corresponder a una alteración sensorio-motora aguda como el delirio. (Burns et al, 2009).

Actitudes del profesional de enfermería

Disposición aprendida que integra componentes cognitivos (creencias), afectivo (emociones) y comportamental (tendencias a actuar), influyendo en la conducta real del profesional hacia el cuidado de las personas con demencia. (Kalisch et al., 2009).

Omisión de cuidados

Cualquier aspecto del cuidado de enfermería que se retrasa, realiza de manera incompleta o no se realiza en absoluto, aun siendo necesario para la atención de una persona con demencia. (Kalisch et al., 2009).

Estigma en salud (aplicado a demencia)

Proceso por el cual las personas con demencia son identificadas con atributos negativos y discriminadas o marginadas, consecuencias de prejuicios sociales prevalentes. Implica pérdida de estatus, etiquetación negativa y experiencias de discriminación (Low y Purwaningrum, 2020).

Eventos adversos prevenibles

Sucesos negativos en el curso del cuidado hospitalario que pueden causar daño al paciente y que podrían evitarse mediante una atención adecuada y oportuna. (Willis y Brady, 2022).

Cuidados centrados en la persona

Enfoque de atención que reconoce y respeta la dignidad, preferencias, valores y necesidades individuales del paciente, integrando aspectos psicosociales y relacionales como parte fundamental del cuidado clínico. (Fazio et al., 2018).

Teoría del Comportamiento Planificado

Modelo que plantea que la conducta es resultado de la intención de actuar, la que se sustenta en tres determinantes: actitudes hacia la conducta, normas subjetivas y control percibido sobre ella. (Ajzen, 1991).

Teoría del cuidado omitido

Modelo desarrollado por Kalisch et al (2009) que conceptualiza la omisión de cuidados como cualquier aspecto necesario retrasado, incompleto o no realizado, fundamentado en decisiones

individuales y limitaciones estructurales (tiempo, recursos, percepciones de prioridad). (Kalisch B., 2009).

Marco teórico

Las actitudes del profesional de enfermería hacia las personas con demencia en el ámbito hospitalario son clave para la calidad del cuidado proporcionado. Estas incluyen aspectos cognitivos, afectivos y conductuales que influyen directamente en las decisiones clínicas y en la interacción con las personas que viven con demencia. En contextos hospitalarios, el estigma asociado a la demencia puede manifestarse en la minimización de las necesidades de la persona, la falta de comunicación efectiva y la omisión de intervenciones (Mascayano et al., 2015). Un estudio irlandés reveló que en hospitales donde el personal tiene poco conocimiento de la demencia tendían a priorizar la seguridad por sobre la dignidad del usuario/a, generando un ambiente de cuidado donde las personas con demencia son vistas como baja prioridad (Keogh et al., 2020). Estas actitudes no solo afectan la calidad del cuidado, sino que también pueden vulnerar los derechos y la dignidad de las personas con demencia. Las teorías del comportamiento, como la Teoría del Comportamiento Planificado, ayudan a comprender cómo las creencias y actitudes del personal influyen en su práctica clínica.

La Teoría del Comportamiento Planificado postula que la intención de realizar una conducta está determinada por la actitud hacia la ella, las normas subjetivas y el control percibido sobre la misma (Ajzen, 1986). En el contexto hospitalario, si alguien del personal de enfermería considera que brindar cuidado de calidad a personas con demencia no se percibe prioritario (actitud negativa), percibe que sus colegas tampoco lo consideran importante (normas subjetivas), y siente que no cuenta con el tiempo ni los recursos adecuados (control percibido bajo), será menos probable que proporcione un cuidado completo y centrado en la persona. Esta teoría sugiere que las actitudes negativas hacia las personas con demencia pueden disminuir la intención de brindar cuidados adecuados, aumentando la probabilidad de omisión.

Complementariamente, la Teoría del Cuidado Omitido, desarrollada por Kalisch (2006), permite analizar el fenómeno desde una perspectiva estructural y organizacional. Esta teoría identifica el cuidado omitido como cualquier aspecto del cuidado necesario que no se realiza, ya sea por limitaciones de tiempo, recursos, comunicación o actitud. En el caso de personas con demencia, Kalisch documenta que las omisiones más frecuentes incluyen: la movilización, la asistencia en la alimentación, la higiene personal y la contención emocional.

Las actitudes del profesional de enfermería influyen en la toma de decisiones sobre prioridades asistenciales: un profesional que interioriza creencias negativas o estereotipos sobre la demencia

(componente cognitivo/afectivo) puede considerar ciertos cuidados como menos prioritarios, incrementando la probabilidad de omisión. En un estudio realizado por Simonetti et al (2021) en hospitales públicos de Chile refuerza la teoría del cuidado omitido planteada por Kalisch. La investigación, de diseño transversal observacional, analizó la relación entre dotación de personal de enfermería, ambiente laboral y frecuencia omisiones, encontrando una menor dotación de personal por usuario/a, el cual se asoció significativamente a mayores omisiones de cuidados esenciales, y la percepción negativa del ambiente laboral exacerbó este efecto. En unidades con escasez de personal se reportaron omisiones críticas: el 63,5% del personal de enfermería omitió la higiene del usuario/a y un 48,6% reportó no haber entregado apoyo emocional. Estos resultados subrayan cómo factores estructurales, como la dotación insuficiente, y actitudinales como la percepción del entorno laboral interactúan perpetuando la omisión de cuidados esenciales en personas con demencia.

A pesar de la relevancia del tema, la evidencia empírica sobre las actitudes del personal de enfermería hacia las personas con demencia en el contexto hospitalario chileno es aún escasa. Si bien estudios internacionales han documentado ampliamente cómo las actitudes negativas y los factores estructurales influyen en la omisión de cuidados, los estudios nacionales que abordan esta problemática, desde un enfoque integrado que considere tanto aspectos individuales como organizacionales son limitados. En este sentido, el presente estudio se enfocará en explorar la relación entre las actitudes del profesional de enfermería y la omisión de cuidados en personas hospitalizadas con demencia, considerando además las condiciones del entorno laboral como un factor modulador. Este enfoque busca aportar evidencia contextualizada que permita comprender mejor los mecanismos que subyacen a las omisiones de cuidado en este grupo vulnerable, y contribuir al desarrollo de intervenciones que promuevan prácticas más humanizadas y centradas en la persona.

Marco Empírico

Las personas que viven con demencia y están hospitalizadas presentan un mayor riesgo de eventos adversos prevenibles como caídas, úlceras por presión e infecciones, muchos de ellos asociados a la omisión de cuidados esenciales (Chróinín et al., 2024; Kales et al., 2015). Se estima que hasta el 83% de estos eventos pueden ser evitables (Zanetti et al, 2020).

En el contexto chileno, se ha observado que una baja dotación de personal y un ambiente laboral negativo están significativamente asociados a la omisión de cuidados, donde el 63,5% de los enfermeros reportó haber omitido higiene del usuario/a y el 48,6% omitió apoyo emocional (Simonetti et al., 2021).

El presente estudio busca explorar la asociación entre las actitudes del personal de enfermería hacia personas con demencia y la omisión de cuidados en contextos hospitalarios. Para ello, se utiliza un enfoque metodológico sustentado en instrumentos validados y evidencia empírica que demuestra la relación entre variables actitudinales (creencias, percepciones) y conductuales (práctica clínica) en el ámbito asistencial.

Instrumentos de medición

Escala MISSCARE

Desarrollada por Kalisch (2011), esta escala permite cuantificar la omisión de cuidados de enfermería mediante ítems que evalúan actividades no realizadas o realizadas de forma incompleta. Consta de dos secciones: la primera mide la frecuencia de omisión de cuidados como higiene, movilización, evaluación del usuario/a, apoyo emocional y educación; mientras que la segunda identifica las razones de estas omisiones, clasificadas en factores como insuficiencia de personal, falta de recursos materiales, problemas de comunicación y organización del trabajo (Saldía-Arteaga et al., 2024).

Su aplicación en diversos países ha permitido evidenciar patrones comunes. En Estados Unidos, Kalisch, Tschannen y Lee (2011) identificaron que los cuidados más frecuentemente omitidos eran la movilización del paciente, la higiene personal y el apoyo emocional, en muchos casos debido a la carga laboral excesiva o a la priorización de procedimientos técnicos por sobre el cuidado básico. En Islandia, Bragadóttir et al. (2015) tradujeron y validaron la escala, confirmando resultados similares en cuanto a la frecuencia y tipo de cuidados omitidos, lo que sugiere que este no es un problema exclusivo de ciertos países, sino una situación compartida por los sistemas de salud en general. En nuestro país, Saldía-Arteaga et al. (2024) adaptaron la escala al contexto chileno, logrando altos niveles de confiabilidad (alfa de Cronbach > 0.85). Esta versión permitió identificar con mayor claridad factores que inciden en la omisión, como la falta de insumos, la subjetividad en la toma de decisiones clínicas y la percepción de que ciertas intervenciones no son prioritarias.

Escala de Actitudes hacia Personas con Demencia (Dementia Attitudes Scale, DAS)

Este instrumento evalúa las actitudes del personal hacia personas con demencia a través de componentes afectivos, cognitivos y conductuales. Consta de 20 ítems distribuidos en dos secciones: confort, que mide la comodidad al interactuar con personas con demencia, y conocimiento social, que evalúa las creencias y la comprensión sobre esta condición (Aljezawi et al., 2022). Su uso es ampliamente aceptado para identificar percepciones, empatía y disposición al cuidado. En el contexto hispanohablante, la escala fue adaptada al español por Serrani (2012),

quien desarrolló un estudio de construcción y validación orientado a evaluar las actitudes hacia personas con enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados. Un estudio metodológico de adaptación de la escala DAS al idioma turco aplicado a 326 estudiantes entre 20 y 44 años de la facultad de medicina y ciencias de salud de la Universidad Manisa Celal Bayar obtuvo como resultado que la escala adaptada se ajusta al modelo estableciendo un coeficiente de alfa de Cronbach de la escala de un 0,84% lo cual es bastante elevado (Cetinkaya et al, 2019). En la validación y aplicación de Escala DAS en Irlanda (Keogh et al. 2020) encontraron que aquellos profesionales que sentían que sabían poco sobre demencia eran más propensos a brindar cuidados impersonales, priorizando la seguridad por sobre la dignidad del paciente.

Resultados empíricos relevantes

Estos hallazgos respaldan la importancia de investigar la conexión entre las actitudes del personal de enfermería y la omisión de cuidados, considerando tanto factores individuales como organizacionales. Al usar instrumentos validados como las escalas MISSCARE y DAS, este estudio busca describir la magnitud del fenómeno en hospitales chilenos. Además, su objetivo es proporcionar evidencia que guíe futuras intervenciones para mejorar la calidad del cuidado en personas con demencia, promoviendo una práctica clínica más ética, humanizada y centrada en el usuario.

Hipótesis

Existe una asociación significativa entre las actitudes negativas del profesional de enfermería hacia las personas con demencia y la frecuencia de cuidados omitidos en esta población en entornos hospitalarios.

Objetivo general

Determinar la asociación entre las actitudes del profesional de enfermería hacia las personas con demencia y los cuidados omitidos en dicha población, en entornos hospitalarios durante el segundo semestre de 2025.

Objetivos específicos

1. Identificar y caracterizar las actitudes del profesional de enfermería frente al cuidado de usuarios con demencia durante la hospitalización.

2. Determinar los tipos y frecuencias de omisión de cuidados en usuarios con demencia hospitalizados, según la percepción del profesional de enfermería.
3. Analizar la relación que existe entre las actitudes del profesional de enfermería y la omisión de cuidados en usuarios con demencia durante la hospitalización.
4. Caracterizar sociodemográfica y laboralmente al personal de enfermería que brinda atención a personas con demencia en unidades médico-quirúrgicas de hospitales, durante el segundo semestre de 2025.

Marco metodológico

Enfoque y diseño del estudio

Este estudio emplea un enfoque cuantitativo para analizar objetivamente las actitudes del personal de enfermería hacia personas con demencia y la frecuencia de cuidados omitidos. Utilizaremos instrumentos validados para medir estas variables.

El diseño será transversal, lo que implica una única medición en el tiempo para identificar la asociación entre estas dos variables. Respecto a las variables:

Variable dependiente	Variable independiente
Cuidados omitidos	Actitudes del profesional de Enfermería
Ausencia total o parcial de intervenciones de enfermería planificadas y necesarias en la atención de personas con demencia, ya sea por factores personales, organizacionales o estructurales. Esta variable será evaluada mediante el instrumento MISSCARE, en base al modelo teórico del Cuidado Omitido de Kalisch.	Predisposición emocional, cognitiva y conductual hacia personas con demencia, que puede clasificarse como positiva, negativa o ambivalente. Esta variable será evaluada mediante la escala Dementia Attitudes Scale (DAS), basada en la Teoría del Comportamiento Planificado de Ajzen.

Selección de participantes y centros

La selección de participantes se realizará mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, priorizando centros hospitalarios públicos que cuenten con convenio docente-asistencial con la Universidad San Sebastián (USS) y presenten factibilidad logística para la aplicación simultánea del estudio. Se incluirán tres centros:

- **Hospital San José de Maipo** (Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente).
- **Hospital Clínico Dr. Félix Bulnes** (Servicio de Salud Metropolitano Occidente).

- Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak (Servicio de Salud Metropolitano Norte).

En cada establecimiento se incluirá exclusivamente a profesionales de enfermería que se desempeñen en unidades de hospitalización médico-quirúrgicas (MQ o Cirugía). Esta elección responde a criterios logísticos y busca facilitar una futura expansión del estudio a otras unidades asistenciales.

Universo, población y muestra

- **Universo:** todos los profesionales de enfermería que se desempeñan en unidades de hospitalización médico-quirúrgica en Chile.
- **Población:** profesionales de enfermería que trabajan en unidades de hospitalización médica y quirúrgica de los centros seleccionados previamente, pertenecientes a la red pública de salud de la Región Metropolitana y con convenio docente-asistencial con la Universidad San Sebastián.
- **Muestra:** profesionales de enfermería seleccionados en función de su disponibilidad en los centros incluidos, bajo muestreo no probabilístico por conveniencia, que cumplan los criterios de inclusión y exclusión, y acepten participar voluntariamente mediante consentimiento informado.

Tamaño muestral estimado

Si bien el muestreo no será probabilístico, se estima un tamaño muestral de referencia utilizando la fórmula para poblaciones finitas. Esto permitirá contar con una muestra robusta en términos internos, pese a que no se persigue representatividad estadística generalizable. Se emplearán los siguientes parámetros:

Donde:

- Nivel de confianza del 95% ($Z = 1.96$)
- Error muestral del 5% ($e = 0.05$)
- Proporción esperada del 50% ($p = 0.5$)
- Población total estimada (N) = 40 profesionales de enfermería entre los tres hospitales
- Sustituyendo los valores en la fórmula:

$$n = \frac{40 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot (1 - 0.5)}{(0.05^2 \cdot (40 - 1)) + (1.96^2 \cdot 0.5 \cdot (1 - 0.5))} \approx 36.3$$

Por lo tanto, se determina que la muestra mínima requerida es de **36 participantes**. Esto asegura un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, bajo el supuesto de máxima variabilidad.

Criterios de inclusión

- Profesionales de enfermería inscritos en la Superintendencia de Salud en ejercicio activo.
- Que trabajen en unidades de hospitalización de corta estadía (médica o quirúrgica).
- Con al menos tres meses continuos de permanencia en la unidad al momento del estudio.
- Que acepten participar voluntariamente, firmando el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Internos/as de enfermería, pasantes, técnicos en enfermería (TENS), auxiliares u otros profesionales de la salud que no sean enfermeros/as titulados.
- Profesionales que no pertenezcan al servicio seleccionado.
- Enfermeros/as con licencia médica, en ausentismo laboral o que no estén presentes durante el periodo de recolección de datos.

Instrumentos de recolección de datos

La recolección de datos se realizará en formato digital, ajustado a la factibilidad tecnológica de cada centro. Esta se coordinará en horarios laborales previamente definidos, procurando no interferir con la atención asistencial. Se utilizarán los siguientes instrumentos validados y estandarizados:

- **Escala MISSCARE** (Kalisch, 2009), para medir la frecuencia y causas de cuidados omitidos.
- **Dementia Attitude Scale (DAS)**, (O'Connor & McFadden, 2010), para evaluar las actitudes hacia personas con demencia.

Instrumento	Evaluación	Autor	Alfa de Cronbach	Validación
MISSCARE Survey.	Evalúa la frecuencia de Cuidados Omitidos y sus Causas	Kalisch et al. (2009).	0.73 y 0.96.	Validado en Chile por Saldía-Arteaga et al. (2024).
Dementia Attitudes Scale (DAS).	Evalúa actitudes cognitivas, afectivas y conductuales del personal hacia personas con demencia (PVCD)	O'Connor & McFadden (2010).	0.83	Adaptado al español por D. Serrani (2012).
Encuesta	Datos biosociodemograficos (Edad, sexo y lugar de residencia)	Tesistas USS.	-	Comité de ética USS.

Variables

Escala: Likert.

Tipo: Independiente, cuantitativa.

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Instrumento	Escala
Actitudes del profesional de enfermería hacia personas con demencia (VI).	Predisposición emocional, cognitiva y conductual hacia personas con demencia, que puede clasificarse como positiva, negativa o ambivalente.	Puntaje total obtenido en la Escala DAS (Dementia Attitudes Scale) en sus dimensiones: confort y conocimiento social.	Independiente - Cuantitativa.	Escala DAS de O'Connor & McFadden (2010).	Likert.
Cuidados omitidos (VD).	Ausencia total o parcial de intervenciones de enfermería planificadas y necesarias en la atención de personas con demencia, ya sea por factores personales, organizacionales o estructurales.	Puntaje total obtenido en la Escala MISSCARE, que identifica tipo y frecuencia de cuidados omitidos.	Dependiente - Cuantitativa.	Escala MISSCARE de Kalisch (2009), validada en Chile.	Likert.

Plan de análisis estadístico

Para el análisis de datos se utilizará Microsoft Excel para aplicar estadísticas descriptivas (frecuencias, porcentajes, promedios y desviación estándar) que caractericen la muestra y los resultados. También se elaborarán gráficos para una visualización clara de los datos. Si se cuenta con asesoría estadística o herramientas adicionales (como **STATA**), se complementará con análisis bivariados mediante regresiones lineales.

Los datos se almacenarán en una plataforma digital segura (por ejemplo, OneDrive institucional o Google Drive con acceso restringido) y se respaldarán en formato físico (papel) en carpetas protegidas. El análisis se realizará de forma digital para reducir errores.

Aspectos éticos

Se respetarán los siete principios éticos de Ezequiel Emanuel (Lolas Stepke, 2003):

Valor social

El presente estudio tiene un alto valor social, ya que aborda un fenómeno relevante y poco visibilizado en contextos hospitalarios: la relación entre las actitudes del personal de enfermería hacia las personas que viven con demencia (PVCD) y los cuidados omitidos en dicha población. Las PVCD se encuentran en situación de vulnerabilidad, y la calidad de los cuidados que reciben puede verse influenciada por factores como la actitud del personal de salud.

Validez científica

La investigación utiliza un diseño cuantitativo, transversal y por asociación, aplicando instrumentos validados y estandarizados: MISSCARE para medir cuidados omitidos y Dementia Attitudes Scale (DAS) para evaluar actitudes cognitivas, afectivas y conductuales. Estas escalas garantizan la confiabilidad de los datos y la validez del análisis.

Selección equitativa

La muestra será seleccionada mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, priorizando centros hospitalarios públicos de convenio docente-asistencial con la Universidad San Sebastián. Se incluirá a profesionales de enfermería inscritos en la Superintendencia de Salud, en ejercicio laboral activo, con al menos tres meses de antigüedad en la unidad hospitalaria. Se excluirán otros profesionales o personas que no cumplan los criterios establecidos, garantizando así la coherencia metodológica y la representatividad de quienes tienen contacto directo con personas con demencia.

Consentimiento informado

Cada participante firmará un consentimiento informado por escrito, donde se explicarán los objetivos del estudio, los posibles riesgos y beneficios, el carácter voluntario de la participación, y se garantizará la confidencialidad y el derecho a retirarse en cualquier momento, sin repercusiones. Esto asegura que la participación se base en una decisión libre, informada y consciente.

Respeto a los participantes

Se garantizará el anonimato y confidencialidad de los datos recolectados. Las respuestas serán codificadas, y el acceso a la información será restringido al equipo de investigación. Los datos se utilizarán exclusivamente con fines académicos, conforme lo establece la normativa ética institucional.

Proporción favorable de riesgo-beneficio

El estudio no contempla procedimientos invasivos ni intervenciones clínicas, por lo tanto, el riesgo para los participantes es mínimo (principio de no maleficencia). En contraste, los beneficios potenciales son relevantes, ya que los resultados podrían contribuir a mejorar las prácticas asistenciales hacia personas que viven con demencia y fomentar el desarrollo profesional del personal de enfermería (principio de beneficencia).

Revisión ética independiente

El proyecto será revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad San Sebastián, conforme a las normativas vigentes en investigaciones en salud. Esta revisión tiene como objetivo garantizar la protección de los derechos, la dignidad y la integridad de las personas participantes.

Procedimiento

Se solicitará autorización a los centros hospitalarios participantes mediante una carta formal dirigida al director del hospital y al comité de ética institucional correspondiente. A su vez, se pedirá a la enfermera/o de la unidad una nómina actualizada del personal profesional de enfermería en ejercicio activo, que cumpla con los criterios de inclusión.

Cada enfermero/a será invitado/a individualmente a participar. Si acepta, firmará el consentimiento informado previo a la aplicación de los instrumentos. La participación será voluntaria y se ofrecerá en un horario que no interfiera con sus funciones asistenciales

Tiempo de implementación

El estudio se implementará una vez se obtenga la aprobación del comité de ética y las autorizaciones institucionales. La recolección de datos se realizará durante un periodo estimado de 2 a 4 semanas, dependiendo de la disponibilidad del personal y la logística de cada centro.

Formatos y almacenamiento de resultados

- **Formato del formulario:** digital, a través de Google Forms o impreso según la factibilidad del centro.
- **Almacenamiento de resultados:** en nube segura (Google Drive institucional) y respaldo físico en carpeta protegida.
- **Análisis de datos:** digital, utilizando Excel; se evitará el análisis manual para asegurar precisión y trazabilidad.

Carta Gantt

Actitudes del personal de enfermería hacia personas con demencia y su asociación con cuidados omitidos en entornos hospitalarios

N	Actividad	Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
		S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
1	Envío a Comité de ética																								
2	Revisión Comité de Ética																								
3	Autorización Hospitales																								
4	Coordinación con unidades MQ/Cirugía																								
5	Elaboración de formularios																								
6	Aplicación de consentimiento informado																								
7	Recolección de datos																								
8	Análisis de datos																								
9	Discusión de resultados																								
10	Redacción del informe final																								
11	Devolución de resultados																								

Desarrollo de la carta propuesta

La siguiente carta Gantt detalla la planificación semanal del estudio “Actitudes del personal de enfermería hacia personas con demencia y su asociación con cuidados omitidos en entornos hospitalarios”, correspondiente al segundo semestre de 2025. El cronograma se organiza por semanas (S1 a S4) de cada mes, abarcando desde julio hasta diciembre.

Entre las actividades planificadas se contempla la solicitud de autorización a los hospitales participantes, la cual se realizará durante el mes de julio. Posteriormente, se llevará a cabo la obtención del consentimiento informado por parte de los profesionales de enfermería participantes, lo que se ejecutará en paralelo con la aplicación de instrumentos de recolección de datos, entre septiembre y noviembre. Finalmente, durante diciembre, se desarrollará la devolución de resultados a los centros hospitalarios involucrados, como parte del compromiso ético del estudio.

Esta planificación asegura una ejecución organizada y progresiva, permitiendo cumplir con los objetivos metodológicos y éticos establecidos en el protocolo de investigación.

Bibliografía

- Ajzen, I. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), 453–474. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(86\)90045-4](https://doi.org/10.1016/0022-1031(86)90045-4)
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Aljezawi, M., Al Qadire, M., Suliman, M., Al Omari, O., & Khalaf, A. (2022). Undergraduate nursing students' knowledge of and attitudes toward people with alzheimer's disease. *BMC Geriatrics*, 22(1), 691. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03389-6>
- Ayton, D. R., Gardam, M., & Pritchard, E. (2018). Barriers and enablers to the delivery of person-centered care in residential aged care. *Australasian Journal on Ageing*, 37(2), E32–E38. <https://doi.org/10.1111/ajag.12507>
- Ayton, D., O'Brien, P., Treml, J., Soh, S., Morello, R., & Barker, A. (2017). Nurses' perceptions of preventing falls for patients with dementia in the acute hospital setting. *Australasian Journal on Ageing*, 36(4). <https://doi.org/10.1111/ajag.12474>
- Bragadóttir, H., Kalisch, B. J., Smáradóttir, S. B., & Jónsdóttir, H. H. (2015). Translation and psychometric testing of the Icelandic version of the MISSCARE Survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 563–572. <https://doi.org/10.1111/scs.12150>
- Burns, A., & Iliffe, S. (2009). Dementia. *BMJ*, 338(feb05 1), b75–b75. <https://doi.org/10.1136/bmj.b75>
- Cao, Q., Tan, C.-C., Xu, W., Hu, H., Cao, X.-P., Dong, Q., Tan, L., & Yu, J.-T. (2020). The Prevalence of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 73(3), 1157–1166. <https://doi.org/10.3233/JAD-191092>
- Catalán, L., Pot, A. M., Pepper, A., Harrison Denning, K., & Oliveira, D. (2024). Nursing staff's attitudes towards the prevention of adverse events among hospitalized people with dementia: Protocol of qualitative systematic review and evidence synthesis. *PLOS ONE*, 19(9), e0301651. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301651>
- Cetinkaya, A., Elbi, H., Altan, S., Rahman, S., & Aydemir, O. (2019). Adaptation of the Dementia
- Chróinín, D. N., Deane, V., Pulikotil Zachariah, R., Stott, K., Shepherd, B., Perkins, M., Giang, L., Shekhar, R., Vueti, V., Mayahi-Neysi, M., Montgomery, A., Rolls, K., & Frost, S. A. (2024b). The likelihood of hospital-acquired complications in older people with dementia: A matched cohort study. *Medical Journal of Australia*, 221(8), 422–425. <https://doi.org/10.5694/mja2.52462>

- Digby, R., Lee, S., & Williams, A. (2017). The experience of people with dementia and nurses in hospital: A qualitative systematic review. *Dementia*, 16(2), 141–159. <https://doi.org/10.1177/1471301216681246>
- Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S10–S19. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>
- Houghton, C., Murphy, K., Brooker, D., & Casey, D. (2016). Healthcare staffs' experiences and perceptions of caring for people with dementia in the acute setting: Qualitative evidence synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 104–120. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.06.001>
- Instituto de Salud Pública. (2019). *Guía de sistema nacional de tecnovigilancia*. (3ra ed). Departamento de dispositivos médicos. ISP, Ministerio de Chile. <https://shorturl.at/P7EfL>
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, 350, h369. <https://doi.org/10.1136/bmj.h369>
- Kalisch, B. J. (2006). Missed Nursing Care: A Qualitative Study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 306–313. <https://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00006>
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509–1517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
- Kalisch, B. J., Tschannen, D., & Lee, H., & Friese, C. R. (2011). Hospital Variation in Missed Nursing Care. *American Journal of Medical Quality*, 26(4), 291–299. <https://doi.org/10.1177/1062860610395929>
- Kalisch, B. J., Tschannen, D., & Lee, K. H. (2011). Do staffing levels predict missed nursing care? *International Journal for Quality in Health Care*, 23(3), 302–308. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr009>
- Keogh, B., Ting To, W., Daly, L., Hynes, G., Kennelly, S., Lawlor, B., Timmons, S., O'Reilly, S., Bracken-Scally, M., Ciblis, A., Cole, N., Drury, A., Pittalis, C., Kennelly, B., McCarron, M., & Brady, A.-M. (2020). Acute hospital staff's attitudes towards dementia and perceived dementia knowledge: A cross-sectional survey in Ireland. *BMC Geriatrics*, 20(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01783-6>
- Lancis-Sepúlveda, M. L., & Asenjo-Araya, C. (2014). Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile. *Revista de Calidad Asistencial*, 29(2), 78–83. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.10.003>

- Lolas Stepke, F., & Quezada, Á. (Eds.). (2003). *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: Nuevas perspectivas*. Programa Regional de Bioética. ISBN 956-7938-04-0
- Low, L.-F., & Purwaningrum, F. (2020). Negative stereotypes, fear and social distance: A systematic review of depictions of dementia in popular culture in the context of stigma. *BMC Geriatrics*, 20(1), 477. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01754-x>
- Mascayano T, F., Tapia M, T., & Gajardo J, J. (2015). Estigma hacia la demencia: Una revisión. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(3), 187–195. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272015000300006>
- Ministerio de Salud de Chile. (2017). *Plan Nacional de Demencia*. MINSAL. <https://shorturl.at/uJ6wn>
- Moyle, W., Borbasi, S., Wallis, M., Olorenshaw, R., & Gracia, N. (2011). Acute care management of older people with dementia: A qualitative perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), 420–428. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03521.x>
- Naranjo-Hernández, Y., Pérez-Prado, L. Y. (2021). Cuidado del paciente con enfermedad de Alzheimer. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 25(1). <https://rb.gy/6x5or7>
- O'Connor, M. L., & McFadden, S. H. (2010). Development and Psychometric Validation of the Dementia Attitudes Scale. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2010, 1–10. <https://doi.org/10.4061/2010/454218>
- Organización Mundial de la Salud. (2025). *Demencia*. OMS. <https://shorturl.at/7YbGg>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025). *Demencia*. OPS. <https://shorturl.at/qY5Aj>
- Ortiz, N., & Álvarez, J. (2009). *Informe final del estudio nacional de incidencia de eventos adversos en hospitales públicos de Chile*. <https://rb.gy/q64xr9>
- Palese, A., Navone, E., Danielis, M., Vryonides, S., Sermeus, W., & Papastavrou, E. (2021). Measurement tools used to assess unfinished nursing care: A systematic review of psychometric properties. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 565–582. <https://doi.org/10.1111/jan.14603>
- Rostagno, A. A. (2022). Pathogenesis of Alzheimer's Disease. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(1), 107. <https://doi.org/10.3390/ijms24010107>
- Rudolph, J. L., Zanin, N. M., Jones, R. N., Marcantonio, E. R., Fong, T. G., Yang, F. M., Yap, L., & Inouye, S. K. (2010). Hospitalization in Community-Dwelling Persons with Alzheimer's Disease:

Frequency and Causes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(8), 1542–1548. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02924.x>

Sabates, J., Chiu, W.-H., Loi, S., Lampit, A., Gavelin, H. M., Chong, T., Launder, N., Goh, A. M. Y., Brodtmann, A., Lautenschlager, N., & Bahar-Fuchs, A. (2024). The Associations Between Neuropsychiatric Symptoms and Cognition in People with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychology Review*, 34(2), 581–597. <https://doi.org/10.1007/s11065-023-09608-0>

Saldia-Arteaga, L., Huaiquián-Silva, J., & Jara-Concha, P. (2024). Adaptación cultural del instrumento MISSCARE para su uso en el contexto chileno. *Escola Anna Nery*, 28, e20230164. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2023-0164es>

Serrani, D. (2012). Construcción y validación de escala para evaluar las actitudes hacia los pacientes con enfermedad de Alzheimer y trastornos relacionados. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47(1), 5–14. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2011.09.005>

Simonetti, M., Cerón, C., Galiano, A., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2021). Hospital work environment, nurse staffing and missed care in Chile: A cross-sectional observational study. <https://doi.org/10.1111/jocn.16068>

Tuero, G. C. de, Garre-Olmo, J., Lòpez-Pousa, S., Vilalta, J., Limon, E., Caja, C., & Catalunya, en representación del grupo de trabajo en demencias del P. D. S. de la G. de. (2011). Percepción, actitudes y necesidades de los profesionales de atención primaria con relación al paciente con demencia. *Atención Primaria*, 43(11), 585. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.11.015>

Willis, E., & Brady, C. (2022). The impact of “missed nursing care” or “care not done” on adults in health care: A rapid review for the Consensus Development Project. *Nursing Open*, 9(2), 862–871. <https://doi.org/10.1002/nop2.942>

Wolff, P., Vegoña Yarza, M., & Julio, C. (2023). Prevalencia nacional de Eventos Adversos Medicamentosos en pacientes hospitalizados. *Revista Médica de Chile*, 151(5), 576–582. <https://doi.org/10.4067/s0034-988720230005000576>

Zanetti, A. C. B., Gabriel, C. S., Dias, B. M., Bernardes, A., Moura, A. A. D., Gabriel, A. B., & Lima Júnior, A. J. D. (2020). Assessment of the incidence and preventability of adverse events in hospitals: An integrative review. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, e20190364. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190364>

Anexos

Consentimiento informado para el estudio

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN



Título de la investigación	Actitudes del personal de enfermería hacia personas con demencia y su asociación con cuidados omitidos en entornos hospitalarios
Investigador principal	Dra. © Lucía Catalán Peña y Dra. © Tamara Bustamante Gómez
Filiación institucional	Universidad San Sebastián – Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud – Escuela de Enfermería
Financiamiento	Proyecto académico sin financiamiento externo.

Usted ha sido invitado a participar en esta investigación **por ser parte del personal de enfermería que trabaja en una unidad médico-quirúrgica del Hospital Félix Bulnes, Hospital San José de Maipo o Hospital Dr. José Horwitz Barak**. El propósito de este documento es ayudarlo a tomar una decisión informada sobre su participación. Antes de decidir, por favor tómese el tiempo que necesite para leer este documento, hacer preguntas y discutirlo con el equipo de investigación.

¿De qué se trata esta investigación?

Este estudio tiene como objetivo identificar las actitudes que presenta el personal de enfermería hacia personas con demencia y su asociación con la ocurrencia de cuidados omitidos en entornos hospitalarios. Esta información busca contribuir a mejorar la calidad del cuidado que se entrega a esta población, proponiendo estrategias de sensibilización y optimización de los cuidados.

¿En qué consiste su participación?

Consiste en responder de forma anónima un cuestionario unificado donde se incluirán dos instrumentos:

Escala DAS: mide actitudes hacia personas con demencia

Escala MISSCARE: evalúa cuidados omitidos en hospitalización

La duración estimada es de 15 a 20 minutos y podrá completarlo durante su jornada laboral, sin interferir en sus funciones asistenciales.

¿Qué riesgos, efectos adversos o molestias están asociados con su participación?

Los riesgos asociados a participar son mínimos. No se espera daño físico, psicológico ni social. En caso de experimentar incomodidad al responder alguna pregunta, podrá omitirla o interrumpir su participación en cualquier momento sin consecuencias negativas.

Para minimizar cualquier riesgo o malestar, se resguardará el anonimato total y confidencialidad de sus respuestas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN



¿Qué beneficios puede obtener de su participación?

No existen beneficios económicos directos. Sin embargo, su participación contribuirá al conocimiento científico en esta área hospitalaria y al desarrollo de propuestas que permitan mejorar el cuidado de personas con demencia en el contexto hospitalario.

¿Es obligación participar? ¿Puede retirarse cuando quiera?

La participación es completamente voluntaria. Puede negarse a participar o retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia ni perjuicio.

¿Cómo se protegen los datos que usted entregue?

Los datos serán guardados de manera digital en un documento Excel en conjunto con los datos que entreguen todos los participantes, con la salvedad que, para proteger la privacidad de los involucrados, estos datos serán tabulados sin nombre ni Rut, ni algún dato de identificación personal.

¿Qué uso se va a dar a los datos que yo entregue?

Los datos serán utilizados exclusivamente para los fines de esta investigación académica. Pueden derivar en publicaciones científicas o presentaciones en congresos, pero siempre preservando el anonimato de los participantes.

¿Se volverán a utilizar los datos que yo entregue?

No se prevé el uso de los datos para próximas investigaciones, en el caso de que así sea, se le contactará para dar un nuevo consentimiento.

¿Cómo conocerá los resultados de la investigación?

Al finalizar el estudio, se realizará una difusión de los principales resultados a través de un informe general que estará disponible a solicitud de los participantes interesados.

¿A quién puede contactar para saber más de este estudio o si le surgen dudas?

Para consultas o aclaraciones puede contactar al investigador responsable:

Correo electrónico: Jdroguettv@correo.uss.cl

Teléfono: (+569) 966856823

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética Científico de la Universidad San Sebastián. Cualquier inquietud puede ser consultada directamente en: <https://investigacion.uss.cl/comites/>

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN



He tenido la oportunidad de leer esta declaración de consentimiento informado y de hacer preguntas acerca del proyecto de investigación. En consecuencia, acepto participar en esta investigación.

Nombre del participante	Firma del participante	Fecha
Nombre del investigador responsable	Firma del investigador responsable	Fecha

Escala MISSCARE

Esc Anna Nery

<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2023-0164es>

Material Suplementario para “Adaptación cultural del instrumento MISSCARE para su uso en el contexto chileno”

Adicional 2 - Cuidados de Enfermería perdidos MC_V2

**Cuidados de
Enfermería perdidos**

Versión validada al Español del
Instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch 2009

Versión: 2

Año: 2021

1. Nombre del hospital en el que trabaja: _____
2. Carácter administrativo:
☐ Público
☐ Privado
3. Nombre de la unidad en la que trabaja: _____
4. Tipo de unidad (según tipo de usuarios atendidos):
☐ Unidades básicas médicas
☐ Unidades básicas quirúrgicas
☐ Unidades cuidados especiales médicos y/o quirúrgicos
☐ Unidad de paciente crítico (UCI/UTI)
☐ Unidades indiferenciadas
☐ Unidades de urgencias
☐ Otros (Indíquelo)
5. La mayor parte de mi jornada, me mantengo trabajando en esta unidad: SI _____ NO _____
6. Nivel de educación más alto alcanzado:
A. ☐ Educación básica
B. ☐ Educación media
C. ☐ Título técnico
D. ☐ Título universitario
E. ☐ Título postgrado (Especialidad en carreras área de la salud)
F. ☐ Título postgrado Magister
G. ☐ Título postgrado Doctorado
7. Si es Enfermera/o, cuál es el grado más alto obtenido
A. ☐ Licenciatura en Enfermería
B. ☐ Diplomado en Enfermería
C. ☐ Postgrado en Enfermería
D. ☐ Magister en enfermería

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
Instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalichman 2009

Versión: 2

Año: 2021

- E. ☐ Magister en área fuera de la enfermería.
F. ☐ Doctorado en enfermería
G. ☐ Doctorado en área fuera de la enfermería.
8. Si usted es enfermera/o, ¿tiene alguna especialidad de enfermería? SI ☐ NO ☐
Mencione: _____
9. Género: femenino Masculino
10. Edad: _____ años
11. Puesto o cargo que desempeña en el trabajo
- A. ☐ Técnico en Enfermería
B. ☐ Enfermera/o clínica/o
C. ☐ Enfermera/o administrativa/o
D. ☐ Coordinador/a unidad
E. ☐ Supervisor/a Enfermería
F. ☐ Otro (especifique): _____
12. Número de horas que habitualmente trabaja por semana en la unidad (elijá una)
- A. ☐ Menos de 22 horas semanal
B. ☐ Entre 22 a 33 horas por semana
C. ☐ Entre 33 a 40 horas semanales
D. ☐ Más de 40 horas semanales
13. Horario de trabajo (marque la que describa mejor su jornada de trabajo)
- A. ☐ Diurno (turno 8 a 17 horas)
B. ☐ Cuarto turno (turno 8 a 20 horas y 20 a 08 horas)
C. ☐ Turnos modificados (Especifique) _____
D. ☐ Rotativo entre diurno y cuarto turno.
14. ¿Cuántas horas trabaja por turno en forma habitual?
- A. ☐ 8 horas de turno
B. ☐ 12 horas de turno

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch 2009

Versión: 2

Año: 2021

- C. ☐ Rotativo entre 8 y 12 horas de turno
D. ☐ Otro (especifique): _____

15. Situación laboral:

- A. ☐ Titular o planta (Contrato indefinido)
B. ☐ Contrato plazo fijo
C. ☐ Contrato honorarios
D. ☐ Otro (especifique): _____

16. Experiencia laboral (Enfermera/o y/o Técnico en Enfermería):

- A. ☐ 6 meses o menos
B. ☐ Entre 6 meses y 2 años
C. ☐ Entre 2 años hasta 5 años
D. ☐ Entre 5 años a 10 años
E. ☐ Mayor a 10 años

17. Experiencia en su actual puesto de trabajo:

- A. ☐ 6 meses o menos
B. ☐ Entre 6 meses y 2 años
C. ☐ Entre 2 años hasta 5 años
D. ☐ Entre 5 años a 10 años
E. ☐ Mayor a 10 años

18. En estos últimos 3 meses, ¿cuántas horas extras realizado?

- A. ☐ Ninguna
B. ☐ 1 a 12 horas
C. ☐ 12 a 24 horas
D. ☐ Más de 24 horas

19. En estos últimos 3 meses, ¿cuántos días o turnos faltó al trabajo por enfermedad, accidente y/o accidente?

- A. ☐ Ninguno
B. ☐ 1 día o turno
C. ☐ 2 – 3 días o turnos
D. ☐ 4 - 6 días o turnos
E. ☐ Más de 6 días o turnos

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
Instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch 2009

Versión: 2

Año: 2021

20. ¿Ha evaluado dejar su actual puesto de trabajo?

- A. ☐ En los próximos 6 meses
- B. ☐ En el próximo año
- C. ☐ No planea hacerlo
- D. ☐ Depende de mi calidad contractual (tipo contrato)

21. ¿Con qué frecuencia siente que la cantidad de personal de su unidad es suficiente?

- A. ☐ El 100% del tiempo
- B. ☐ El 75 % del tiempo
- C. ☐ El 50 % del tiempo
- D. ☐ El 25 % del tiempo
- E. ☐ El 0% del tiempo

22. ¿Con qué frecuencia opina que su carga de trabajo es excesiva en relación
al tipo de usuario y la dotación de personal?

- A. ☐ El 100% del tiempo
- B. ☐ El 75% del tiempo
- C. ☐ El 50% del tiempo
- D. ☐ El 25% del tiempo
- E. ☐ El 0% del tiempo

23. En el turno actual o el último que trabajó , ¿cuántos pacientes estaban a su cuidado?

- _____
- A. ¿Cuántos ingresos realizó (incluido traslados desde otras unidades)? _____
 - B. ¿Cuántas altas realizó (incluidas los traslados a otras unidades)? _____
- _____

Cuidados de Enfermería omitidos

Versión validada al Español del
Instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch 2009

Versión: 2

Año: 2021

En las siguientes preguntas, marque una respuesta para cada una de ellas:

	Muy satisfecha/o	Satisfecha/o	Neutral	Insatisfecha/o	Muy insatisfecha/o
18. ¿Cuán satisfecha/o está en su puesto actual?					
19. Independiente de su actual trabajo, ¿Cuán satisfecha se encuentra siendo Enfermera o asistente de enfermera?					
20. ¿Cuán satisfecho se encuentra con el equipo de trabajo?					

Cuidados de Enfermería omitidos

Versión validada al Español del
Instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalich 2009

Versión: 2

Año: 2021

SECCIÓN A: Cuidado Omitidos

Dada la alta demanda de atención requerida tanto asistencial como administrativa, es habitual que el Personal de Enfermería deba en muchas oportunidades deba priorizar las actividades a realizar, ello puede generar que no todos los cuidados y/o solicitudes de los usuarios puedan ser realizadas. Dada su experiencia, ¿con qué frecuencia las siguientes actividades son omitidas o no realizadas por el personal de la unidad (incluido usted)?

Marque solo una respuesta para cada enunciado.

	Siempre omitidos	Frecuentemente omitidos	Ocasionalmente omitidos	Rara vez omitidos	Nunca omitidos
1) Deambulación 3 veces al día o según indicación					
2) Cambio de posición a usuarios cada 2 horas o según indicación					
3) Alimentar a usuarios cuando la comida está aún caliente					
4) Ofrecer y acercar los alimentos cuando el usuario puede alimentarse solo					
5) Medicamentos administrados dentro de los 30 minutos del horario indicado (antes o después).					
6) Control de signos vitales según indicación.					

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
Instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalichman

Versión: 2

Año: 2021

7) Control de ingresos/egresos de usuarios.					
8) Documentación completa con todos los datos necesarios.					
9) Educación al usuario sobre estado actual de salud.					
10) Apoyo emocional al usuario.					
11) Apoyo emocional y/o educación a la familia.					
12) Baño/ cuidado de la piel de usuarios.					
13) Cuidado bucal de usuarios.					
14) Higiene de manos (funcionario)					
15) Entrega de documentos y educación al alta.					
16) Control de glicemia (hemoglucotest), según indicación.					
17) Valoración de usuarios en cada turno.					
18) Reevaluación según el estado de usuarios.					
19) Valoración y cuidados de accesos venosos periféricos, según					

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalich2009

Versión: 2

Año: 2021

protocolo vigente de centro de salud.					
20) Valoración y cuidados de accesos venosos centrales, según protocolo vigente de centro de salud.					
21) Respuesta al llamado de los usuarios o timbre dentro de los primeros 5 minutos					
22) Administrar medicamentos SOS requeridos por usuarios, dentro de los primeros 15 minutos de ser solicitado.					
23) Evaluar la efectividad del tratamiento administrado.					
24) Asiste a reuniones clínicas y/o interdisciplinarias cuando se realizan					
25) Asiste a usuario en requerimiento de eliminación dentro de los primeros 5 minutos o cuando se requiera.					

**Cuidados de
Enfermería omitidos**

Versión validada al Español del
Instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch 2009

Versión: 2

Año: 2021

26) Cuidados de la piel y manejo avanzado de heridas.					
27) Cuidados relacionados a asistencia ventilatoria (aspiración de secreciones, inhaloterapia).					

Sección B: Razones por la que se omite el cuidado de enfermería

En base a lo que ha mencionado en la primera parte de este cuestionario en torno a la omisión de los cuidados de enfermería en su unidad por el equipo en su unidad. Indique las **RAZONES** por la cual se **OMITIERON** dichos cuidados y/o intervenciones en su unidad, según **GRADO DE IMPORTANCIA**. Marque sólo una alternativa en cada pregunta

	Significativa razón	Moderada razón	Menor razón	No es una razón para omitir el cuidado
1) Cantidad de personal inadecuado				
2) Empeoramiento de las condiciones de los usuarios (situaciones de urgencia).				
3) Inesperado aumento de la cantidad de pacientes y/o complejidad en la unidad				

Cuidados de Enfermería omitidos

Versión validada al Español del
Instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kelsch 2009

Versión: 2

Año: 2021

4) Número inadecuado de personal auxiliar y/o administrativo (auxiliares de enfermería, técnicos o secretarías de la unidad, etc)				
5) Asignación de usuarios descompensados				
6) Insuficiente stock de medicamentos o falta de ellos cuando se requiere.				
7) Entrega inadecuada del turno saliente o de la unidad que lo traslada.				
8) Falta de intervenciones requeridas de otros profesionales (por ejemplo, Kinesioterapia no apoya en terapia física, etc.)				
9) Suministros/ equipos no disponibles cuando se requieren.				
10) Suministros/ equipos no funcionan correctamente cuando se necesitan.				
11) Falta de apoyo o respaldo entre miembros del equipo				
12) Tensión o falta de comunicación con otras unidades y/o servicios.				

Cuidados de Enfermería omitidos

Versión validada al Español del
Instrumento MISSCARE Survey
(Cuidados Perdidos)
de Beatrice J. Kalisch 2009

Versión: 2

Año: 2021

13) Tensión o falta de comunicación en el equipo de enfermería.				
14) Tensión o falta de comunicación con el estamento médico				
15) El Técnico en enfermería no comunica que el cuidado no se ha proporcionado.				
16) Personal responsable de otorgar el cuidado y/o intervención no se encuentra en la unidad o no disponible				
17) Alta carga laboral por ingresos y altas de usuarios.				
18) Excesiva carga laboral administrativa.				

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

Escala Dementia Attitudes Scales (DAS)

The Dementia Attitudes Scale

Melissa O'Connor, Ph.D. and Susan H. McFadden, Ph.D.

Please rate each statement according to how much you agree or disagree with it. Circle 1, 2, 3, 4, 5, 6, or 7 according to how you feel in each case. *Please be honest. There are no right or wrong answers.* The acronym "ADRD" in each question stands for "Alzheimer's disease and related dementias."

1. It is rewarding to work with people who have ADRD.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

2. I am afraid of people with ADRD.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

3. People with ADRD can be creative.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

4. I feel confident around people with ADRD

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

5. I am comfortable touching people with ADRD.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

6. I feel uncomfortable being around people with ADRD.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

7. Every person with ADRD has different needs.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

8. I am not very familiar with ADRD.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

9. I would avoid an agitated person with ADRD.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

10. People with ADRD like having familiar things nearby.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

11. It is important to know the past history of people with ADRD.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

Turn Page Over

12. It is possible to enjoy interacting with people with ADRD.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

13. I feel relaxed around people with ADRD.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

14. People with ADRD can enjoy life.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

15. People with ADRD can feel when others are kind to them.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

16. I feel frustrated because I do not know how to help people with ADRD.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

17. I cannot imagine taking care of someone with ADRD.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

18. I admire the coping skills of people with ADRD.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

19. We can do a lot now to improve the lives of people with ADRD.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

20. Difficult behaviors may be a form of communication for people with ADRD.

1	2	3	4	5	6	7
Strongly Disagree	Disagree	Slightly Disagree	Neutral	Slightly Agree	Agree	Strongly Agree

Demographic Information

1. Gender: ☐ Male ☐ Female

2. Age: _____

3. Race: ☐ White ☐ Hispanic ☐ African American ☐ Asian ☐ Native American ☐ Other

4. Have you ever known or worked with someone who has ADRD? ☐ yes ☐ no

If yes, please explain. How long have you known, or did you know, the person or people with ADRD? How close was/is your relationship?

You're done! Thank you for your help!