

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO
HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LOS
HOSPITALES DE APOYO, ILAVE Y SAN JUAN DE DIOS – AYAVIRI PUNO,
2013**

TESIS

PRESENTADA POR:

LEYDER CARINA PUMA OJEDA

DORA MAGALY PANDIA HUMPIRE

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO - PERÚ

2014

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL
CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE
ENFERMERIA EN LOS HOSPITALES DE APOYO, ILAVE Y SAN
JUAN DE DIOS – AYAVIRI, PUNO - 2013”**

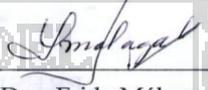
TESIS

PRESENTADO A LA COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD
DE ENFERMERÍA DE LA UNA-PUNO, COMO REQUISITO PARA OPTAR EL
TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADA POR:

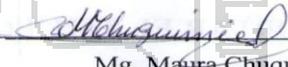
PRESIDENTE DE JURADO :


Dra. Frida Málaga Yanqui

PRIMER MIEMBRO :


Mg. Filomena Lourdes Quicaño de López.

SEGUNDO MIEMBRO :


Mg. Maura Chuquimia Arenas.

DIRECTORA Y ASESORA :


M.Sc. Nelva E. Chirinos Gallegos

PUNO – PERÚ
2014

ÁREA : ADULTO
TEMA : CUIDADO HUMANIZADO

DEDICATORIA (Leyder)

A Dios, nuestro creador todo poderoso por darme las fuerzas cuando más las necesitaba, por bendecirme en cada paso que doy y quien nos ilumina en cada momento de nuestras vidas.

A mis queridos padres Teodosio y Paulina, mis hermanos Henry, Gissela y Alvaro, mi eterna gratitud por su sacrificio, comprensión, apoyo moral y espiritual que han hecho posible la culminación de mis estudios.

A mi hija Emily Mireya motor de toda mi vida, y a Nestor compañero incondicional por permitirme y acompañarme en la consecución de mis sueños, pues es para ellos que vale la pena toda lucha.

DEDICATORIA (Magaly)

A Dios, nuestro padre celestial, quien nos dio vida, sabiduría, fuerza y coraje para hacer este sueño realidad, por estar en cada momento de mi vida y ser mi guía en los momentos más difíciles

A mis queridos padres Fidel y Cirila y a mis hermanos, por su amor, cuidado, guía y apoyo incondicional, que fueron y serán el alimento esencial para mí.

A mi hija Prya Ritgel y a Washington compañero irrenunciable por estar ahí con sus hermosos ojos llenos de energía y entusiasmo, por permitirme y acompañarme en la consecución de mis sueños, los amo.

GRACIAS DE CORAZON.

AGRADECIMIENTO

- A nuestra Alma Mater, la Universidad Nacional del Altiplano - Puno, por darnos la oportunidad de forjarnos profesionalmente.
- A la Facultad de Enfermería, por habernos brindado los conocimientos teórico-prácticos para desempeñarnos como futuro profesional de Enfermería.
- A los miembros del jurado calificador: Dra. Frida Málaga Yanqui, Mg. Lourdes F. Quicaño de López, M.Sc. Maura Chuquimia Arenas, por sus sugerencias y aportes que nos brindaron para la culminación y fortalecimiento del presente trabajo de investigación.
- A nuestra directora y asesora de investigación: M.Sc. Nelva E. Chirinos Gallegos, por sus constantes y acertadas orientaciones, apoyo moral y ayuda incondicional, por confiar en nosotras y acompañarnos en todo momento de nuestro aprendizaje como investigadoras, por el entusiasmo y por su paciencia en los momentos más críticos del estudio, por iluminarnos con su sabiduría.
- A los pacientes (os) de ambos hospitales, por su valiosa colaboración.
- Al personal docente y administrativo, por habernos brindado la confianza y facilidades durante la ejecución de la presente investigación.
- A todas aquellas personas que nos apoyaron y ayudaron con sus valiosas sugerencias en el desarrollo del estudio.

INDICE

1	INTRODUCCIÓN	8
2	MARCO TEORICO	15
3	HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:.....	48
4	VARIABLES Y SU OPERALIZACIÓN	49
5	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:.....	59
6	DISEÑO METODOLÓGICO	60
7	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	68
8	CONCLUSIONES	96
9	RECOMENDACIONES.....	98
10	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	100
11	ANEXOS	105



RESUMEN

La presente investigación titulada: “PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LOS HOSPITALES DE APOYO, ILAVE Y SAN JUAN DE DIOS – AYAVIRI, PUNO 2013”, se realizó con el objetivo de describir la percepción del cuidado humanizado que brinda el Profesional de Enfermería. La investigación es de tipo descriptivo, comparativo y transversal con enfoque cuantitativo, cuya población y muestra estuvo constituido por 205 pacientes hospitalizados, de los cuales 120 corresponden al Hospital de Apoyo San Juan de Dios Ayaviri y 85 al Hospital de Apoyo Ilave, para la obtención de los datos se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento el CBA (Caring Behaviors Assesment Tool) elaborado por Cronin y Harrison (1988) en lengua castellana contiene indicadores empíricos que reflejan los factores del cuidado humano planteado por Watson contenidos en 63 preguntas, validada en Puno por Tania Maldonado, asimismo se realizó la prueba piloto en el cual los pacientes encuestados tuvieron dificultad en responder los ítems: 03, 53 y 54 los cuales quedaron en blanco a falta de comprensión del paciente obteniendo así una calificación global de 300 puntos. Se obtuvo los siguientes resultados: en la dimensión ayuda y confianza en el cuidado humanizado que brinda el profesional de Enfermería, el 57.07% alcanzan el nivel deficiente, seguido del 33.66% nivel regular y solo el 7.8% nivel bueno; en la dimensión enseñanza y aprendizaje en el cuidado humanizado, el 49.76% alcanzan el nivel deficiente, seguido con 46.83% nivel regular y el 8.24% nivel bueno y en la dimensión: fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales en el cuidado humano, el 52.68% alcanzan el nivel deficiente, el 42.93% nivel regular y el 4.39% nivel bueno. Asimismo, las dimensiones: Humanismo/fe y esperanza/sensibilidad, aceptación de la expresión de sentimientos negativos y positivos, soporte/protección/ambiente y asistencia a las necesidades humanas en el cuidado humanizado en ambos Hospitales, los porcentajes fluctúan entre 62.93% a 78.05% que alcanzan el nivel regular y con 3.41% a 9.27% nivel bueno. Finalmente, al comparar los resultados globales, existe diferencia en la percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de Enfermería; ya que en el Hospital de Apoyo Ilave alcanzan el nivel regular en un 54.12% y en el hospital de Apoyo San Juan de Dios-Ayaviri alcanzan el nivel deficiente en 54.2%.

Palabras Claves: Percepción, cuidado humanizado.

1 INTRODUCCIÓN

CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

En nuestra sociedad contemporánea, se siente cada día más la necesidad de humanizar el cuidado al paciente con la finalidad de sensibilizar al profesional de la salud, ante los problemas psico-sociales que el paciente trae cuando está enfermo. Además es preciso reflexionar que en nuestra realidad, la ciencia y la tecnología están avanzando y se están dejando de lado la actitud humanitaria de parte de los profesionales de salud.¹

Este cuidado humanizado requiere actos como pensar, ser, hacer, lo que involucra tanto al ser que es cuidado, como al profesional que lo cuida, sin tener en cuenta el significado del cuidado; es decir, resulta fundamental comprender la esencia del ser humano como algo integral, único, indivisible, autónomo y con libertad de escoger. Los pacientes requieren cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida.² La Enfermera debe comprender que su labor principal, es diagnosticar las reacciones humanas; esto incluye brindar una atención en forma cálida y respetando los valores éticos del paciente. Debe existir entre los profesionales de la salud y el paciente una verdadera amistad, que convierta a la Enfermera en un ser humano, perito en la ciencia y el arte de cuidar.

No se puede negar la existencia de una frecuente crítica a la deshumanización en la atención de la salud. Esta crítica señala aspectos como la indiferencia ante las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes, el insuficiente respeto a la autonomía y la capacidad de decisión de los pacientes como principales protagonistas de un proceso que afecta a ellos mismos. Los términos de deshumanización y despersonalización hacen referencia, sobre todo, al grado de considerar como un objeto más al enfermo durante la atención brindada.

Al respecto, la Organización Mundial de Salud, en su constitución afirma: “Toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha incluido la calidad de atención como un objetivo del macro proyecto de salud para todos, dentro del cual se tiene en cuenta la percepción y la satisfacción de los pacientes”. Es por ello que cobra importancia el trato humanizado y holístico que permita lograr esa calidad de atención de los usuarios que consultan a los servicios de atención en salud.³

¹ Bermejo, J., C. Humanizar la Salud. Segunda edición. Editorial Artes Graficas.Madrid., 1997. Pág. 16.

² Sierra, H., M. Percepción del cuidado de Enfermería en diferentes instituciones hospitalarias. Revista avances en Enfermería. Vol.24. nº 01. Bogotá, Enero-Junio del 2006. Pág 1-2.

³ MINISTERIO DE SALUD. Nuevos conocimientos y nuevas esperanzas. Revista panamericana de salud pública. Vol .09.nº03.Lima-Perú, 2005. Pág. 05.

Por otro lado, en el Perú, mediante Ley n° 27669, se promulgó la ley del trabajo de la Enfermera (o), donde hace mención al rol de la enfermera (o) como profesional de las ciencias de la salud, “el cual interviene en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica, sistemática y humanística, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad”⁴. Siendo una de las funciones importantes del profesional de Enfermería brindar una atención holística, directa con calidad y eficiencia al usuario en toda institución de salud. Al respecto Peplau refiere que la relación establecida es recíproca, por la que las acciones de Enfermería no solo son en, para y hacia el paciente, sino con él; implica respeto, desarrollo, aprendizaje para ambos.⁵

Sin embargo, en un estudio de investigación realizado sobre cuidado humanizado en Inglaterra, titulado “cuidado humanizado en los pacientes del hospital de southampton, 2000” refiere que una gestante primeriza en la ciudad de Southampton, dice lo siguiente... *“la verdad, quedé muy desilusionada con la atención que brinda la Enfermera, fue muy fría e impersonal, me atendió como si fuera un número más... después de nuestro primer encuentro me quedé un poco decepcionada al darme cuenta que los próximos meses de mi gestación, seré atendida por ella, fría y distante...”* Asimismo, en el estudio de investigación “Factores que influyen en la relación Enfermera -Paciente”, realizado en el ESSALUD se concluye que las actividades diarias que realiza la enfermera en el servicio influye considerablemente en la relación Humana Enfermera-Paciente, en el 62.20% de los pacientes manifiestan malas relaciones profesionales de enfermería, y un 5.10% buenas y regulares en un 31.70%⁶. Al respecto, el paciente Virgilio Salas afirma que *“... la atención en los hospitales del MINSA y ESSALUD es una desgracia. Y no es solo la falta de recursos sino la falta de humanismo. Tanto médicos como las enfermeras no tienen el trato debido con la gente. En el hospital Rebagliati a mi madre que es parapléjica le colocaron un corsé de yeso y no podía moverse ni para comer; sin embargo, le dejaban la bandeja de comida a 4 metros y no me dejaban ingresar para alimentarla. La jefa de enfermeras de piso me dijo que “para eso tenían personal”. Dos horas después logré subir y su comida estaba arrimada junto a la pared y congelada...”* Esta es una de las muchas quejas que realizan los pacientes o familiares acerca del cuidado de Enfermería, que cada

⁴ Ministerio de Salud. Reglamento de la ley del trabajo de la Enfermera (o). (En línea) 2004 (fecha de acceso 22 de noviembre del 2010). URL disponible en: http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/normaslegales/DS_002_2002_SA.pdf.

⁵ Miller, L. la resolución de problemas de calidad y el mejoramiento de los procesos. Segunda edición. Editorial USAID, Bogota D.C. 1997. Pág 6.

⁶ Fernández, P.,G. Factores que influyen en la relación enfermera-Paciente en el HCHHD. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. UNAS-Arequipa, 1997. Pág. 52.

vez cae más en la rutina del trabajo y no se preocupa por realizar la dignidad humana del paciente.

A todo esto se ha creado diferentes teorías que promueven el cuidado humanizado que vienen desarrollando y aplicando al quehacer de la enfermería; sin embargo, parecen no ser suficientes, cada vez que las quejas recibidas por los tribunales de ética de enfermería relacionadas con la falta de sensibilidad abundan y son cada vez más lamentables y preocupantes.⁷ Lo que aún no se llega a comprender es que la condición de hospitalización hace al individuo vulnerable a varios estímulos, no sólo provenientes de la enfermedad que le afecta sino también del medio ambiente y relaciones que se establecen durante la hospitalización, en el que adoptan o pasa a ser incluido en el “estatus de paciente”⁸. Esta “frialdad en el trato” se identifica por conductas poco empáticas e impersonales, por ejemplo, al ser tuteados por el personal que los atiende y a la relación indiferente que los profesionales de salud establece con ellos.⁹

En la región Puno es similar la percepción que tiene el paciente sobre el cuidado humanizado en los Hospitales de Apoyo, Ilave y San Juan Dios - Ayaviri; es así que se ha podido oír con mucha frecuencia quejas constantes por parte de los usuarios de la atención que reciben de las enfermeras, refieren que no son tratados con amabilidad, individualmente, se mostraban muy frías y hostiles, no les inspiran confianza, no se dedican a ellos y nunca les explican cómo deben tomar sus medicamentos; otros indicaron el trato es hasta cierto punto inhumano, ya que no respetaban la privacidad de sus cuerpos llegando algunas veces exponerlos a la vista de los presentes, afirman también que en muchas oportunidades tienen mal carácter, levantaban la voz y otros referían su incomodidad porque no eran atendidos oportunamente y no se esforzaban por brindarles comodidad física o en el peor de los casos, les atienden sin respetar la dignidad del ser humano. Además se ha percibido que la enfermera muestra un desempeño laboral rutinario, carente de creatividad y algunas veces de mal humor. Si bien, algunos pacientes emiten opiniones negativas de la atención que se les brinda, aun no se conoce como es en realidad el cuidado que se les brinda a los pacientes hospitalizados de los hospitales de Apoyo, San Juan De Dios – Ayaviri e Ilave. En conclusión la Enfermera enfrenta un reto en su desempeño profesional donde debe brindar un cuidado humano, el cual implica una

⁷ Fernández, B. Humanización en Enfermería. Instituto superior de Ciencias Medicas. Primera edición. Editorial UNICEF. Bogotá, 2006. Pág. 20.

⁸ Martínez, A. El profesional de enfermería en su entorno de trabajo. Humanización de la asistencia, Manual de ética y legislación en Enfermería. Editorial Mosby/Doyma, Madrid. 1997. Pág. 171-176.

⁹ Roa, B. Factores estresantes percibidos por el paciente en el periodo pre-operatorio: servicio de cirugía, hospital Las Higueras de Talcahuano. Tesis para optar el grado de Magister en enfermería, departamento de enfermería, Universidad de Concepción, Concepción-Chile. 1995. Pág. 45.

actitud consciente y de responsabilidad; sin embargo, existe una amenaza que actualmente está presente en todos los contactos de la vida social, es aquella que tiene que ver con la deshumanización, porque vivimos en una época en la que se hace preciso realizar una profunda reflexión sobre afectos humanos, actitudes y valores de las enfermeras.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Según la revisión de anteriores investigaciones, se puede mencionar algunas de ellas, que tienen relación con la variable en estudio.

A nivel mundial

Hernández Vergel, L.; Zequeira Betancourt, D. y Miranda Guerra, A. realizaron el estudio titulado “La percepción del cuidado en profesionales de enfermería en la clínica «Cira García», Cuba- 2008”, de tipo descriptivo de corte transversal, para evaluar la percepción del cuidar según las concepciones de 72 enfermeros dispuestos a participar en la investigación. Se aplicó el método científico con un enfoque inductivo y deductivo. Para recolectar la información se utilizó una entrevista semiestructurada y la Escala de Evaluación del Significado del Cuidar (EESC). Las variables de estudio fueron, percepción del cuidado, edad, sexo, años de experiencia, nivel profesional y puesto de trabajo. En Los resultados recibieron tratamiento estadístico con pruebas no paramétricas. Predominó el sexo femenino 75,0%, edad entre 30 y 39 años 37,50%, estado civil casado 66,66% y más de 10 años de experiencia laboral el 77,77%. En los resultados las mayores diferencias se hicieron evidentes entre las concepciones de enfermeros generales y master, en las concepciones del cuidado como característica humana 0,094 y como imperativo moral 0,043. Se concluyó que existen diferencias en relación a la concepción de cuidado de enfermería entre los grupos y las categorías del cuidado investigadas.

En Latinoamérica

Otro estudio realizado por Rivera Álvarez, L. y Triana A. “Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country”, Colombia-2005. Estudio de tipo descriptivo exploratorio con abordaje cuantitativo. Con una muestra de 274 personas hospitalizadas, se evaluó la percepción de cuidado humanizado de enfermería, mediante el empleo del instrumento “Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado de enfermería”. Los resultados muestran que el 86.7% de las personas hospitalizadas en la Clínica de Country siempre percibieron un cuidado humanizado de

enfermería; el 12.04% de las personas casi siempre percibieron un cuidado humanizado de enfermería y el 1.09% de las personas hospitalizadas en la Clínica del Country solo algunas veces percibieron dicho cuidado.

En el estudio realizado por Gonzales Burgos, J. y Quintero Martínez D. sobre “Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de Ginecoobstetricia de una Institución de II y III nivel de atención de la Clínica Salud Coop de Veraguas, Colombia -2009”. Estudio de tipo descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo. Se trabajó con una muestra de 30 pacientes enfocados en el Teorema del Limite Central. Los resultados obtenidos dieron que el 73% de las mujeres hospitalizadas en el servicio de hospitalización de urgencias de gineco-obstetricia siempre percibieron el cuidado humanizado del personal de enfermería, el 11.% casi siempre, el 12% algunas veces percibió y 4% nunca percibió el cuidado humanizado por parte del personal de enfermería.

En el Perú:

En el ámbito nacional tenemos el estudio realizado por Huapaya M., Vilchez L., Zeta V. “Expectativas del paciente en la admisión respecto a la atención de enfermería humanizada y su percepción sobre la calidad de la misma al momento del alta en el servicio de Cirugía del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Lima”. 1996, utilizando como método el tipo descriptivo prospectivo correlacional en una población de 40 pacientes, algunas de las conclusiones fueron: Las expectativas que se generan en el paciente al momento de la admisión respecto atención humanizada, que brinda el profesional de enfermería son de intensidad media con tendencia a baja como producto de un estereotipo de profesional que la sociedad genera en el desempeño profesional desensibilizado. Los pacientes que ingresaron con expectativas de media intensidad al momento de alta variaron su intensidad a baja, lo que es explicado por el incumplimiento de la enfermería de los criterios de calidad humana en la atención de enfermería.

En otra investigación realizada por Silvia B., sobre “El nivel de atención humanizada en el actuar de la enfermería en el Departamento de Emergencia de Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima - 1996”, utilizando como método el tipo descriptivo de corte transversal, en un población de 10 enfermeras asistenciales; algunas conclusiones: Del total de las enfermeras investigadas en los 3 turnos de atención el 10% alcanzaron nivel medio de trato

humanizado y el 90% nivel mínimo. Frente al criterio de valorización humanizado, tanto en el turno noche como en el día tuvieron comportamiento de nivel mínimo en el trato humano.

Asimismo en el estudio realizado por S. Magullan, G. sobre “Las actitudes de las enfermeras hacia el paciente y su atención de enfermería en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen- 1988”, utilizando como método el descriptivo en la modalidad de tipo de encuesta muestral, llegando alguna de las siguientes conclusiones: a) El promedio actitudinal indica que las enfermeras que trabajan en los servicios de Cirugía, Medicina y Áreas críticas, denotan actitud general de indecisión, hacia el paciente, es decir no aceptan ni rechazan al enfermo dimensionalizado en su área biológicas, y psico-social. b) Existe influencia importante la edad de la enfermera sobre la dirección e intensidad de sus actitudes hacia el paciente, que a mayor edad la actitud es positiva y de aceptación. Esta investigación se consideró porque, tiene cierta relación con el objetivo del trabajo al determinar el nivel de aceptación de la enfermera al paciente como ser integral

A Nivel Regional

Figuerola C., realizó un estudio titulado “Cuidado humanizado de la atención de enfermería al paciente con cáncer y su familiar cuidador en el hospital III Goyeneche-Arequipa, 2011” Con el objetivo de: describir el cuidado humanizado de la atención de enfermería al paciente con cáncer y su familiar en el servicio de oncología del Hospital Goyeneche. el estudio es de tipo descriptivo transversal con abordaje cuantitativo. la población de estudio estuvo constituida por 60 personas encuestadas en el servicio de oncología, la cual estuvo dividida en 30 pacientes hospitalizados y 30 familiares cuidadores de ambos sexos durante el mes de noviembre, donde llegó a las siguientes conclusiones, por categorías: 1. según, el humanismo, fe-esperanza y sensibilidad, es calificada por ambos, como: regular y con tendencia a deficiente, 2. según: la ayuda y confianza, es percibida por ambos como deficiente, 3. según: la expresión de sentimiento positivo y negativo, es percibida por ambos como deficiente, 4. según: la enseñanza y aprendizaje es evaluado por ambos como regular con tendencia a deficiente, 5. según: el soporte, protección y ambiente es percibida por ambos como: regular, 6. según: la asistencia a las necesidades humanas, es observada por ambos como: regular, 7. según: las fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales, es percibida por ambos como: regular.

A nivel local

Maldonado R., Realizó un estudio titulado: “Percepción del cuidado humano que brinda el profesional de enfermería en los servicios de hospitalización de cirugía y medicina del HRMN-Puno, 2010” con el objetivo de describir la percepción del cuidado humano que brinda el Profesional de Enfermería, con un total de 53 pacientes encuestados, en donde llega a la siguiente conclusión: El cuidado humano que brinda el Profesional de Enfermería en los servicios de medicina y cirugía fueron percibidos en un rango de regular y deficiente, esto debido a que la enfermera solo se centra en la atención farmacológica y recuperación física del paciente y no toma en consideración las demás dimensiones que implica la conformación del paciente (infundir fe y esperanza, sensibilidad, aceptación de sentimientos del paciente, etc.)

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el nivel de percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado, que brinda el profesional de Enfermería en los Hospitales de apoyo, Ilave y San Juan de Dios Ayaviri- Puno, 2013?

IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO.

El presente trabajo de investigación resulta importante porque reúne un conjunto de informaciones reales y verídicas sobre el comportamiento de los profesionales de Enfermería desde la percepción de los pacientes. Esta perspectiva de trabajo posee mayor confiabilidad en la medida en que provee datos sobre la calidad del cuidado humanizado de los profesionales de Enfermería, a partir de las relaciones concretas con el mismo paciente. Por esta razón, los resultados constituirán un aporte a las entidades correspondientes y profesionales de Enfermería.

La percepción del paciente implica conocer la opinión sobre la calidad del servicio de salud, estimar la valoración del profesional y recabar informaciones concretas sobre las incidencias que serán utilizadas por las instituciones con el fin de reorientar el cuidado de los pacientes, centrado en los objetivos y metas institucionales, mediante el planteamiento de estrategias como capacitaciones, talleres de sensibilización, etc.

Esto resulta necesario porque la sociedad exige un cambio de actitud en los profesionales de salud en general en una sociedad donde se ha perdido la preocupación por el ser

humano como tal. En esa medida, permitirá fomentar la práctica de la humanización y empatía en los servicios de salud con los pacientes para recuperar una valoración positiva del personal de Enfermería en las diferentes instituciones de salud.

Además, una relación armoniosa entre el profesional y el paciente, es necesaria porque contribuye al desarrollo de un ambiente saludable para ambas partes. En otras palabras, el paciente, debido a que la valoración de la percepción tiene como propósito mejorar, en un futuro, recibirá mayor atención de parte del profesional de Enfermería, puesto que las instituciones, al conocer los resultados de la presente investigación, generaran cambios para la mejora de la atención y fortalecimiento de la imagen institucional.

Asimismo, el presente trabajo de investigación conducirá a una reflexión personal en los profesionales de Enfermería sobre la calidad de servicios de enfermería que ha estado brindando a los pacientes y, de esa manera, podrá profundizarse el concepto de humanización en el cuidado de los pacientes en las diferentes instituciones de salud.

Finalmente, dicho estudio servirá para fortalecer la línea de investigación del cuidado de enfermería, dando espacio para nuevos trabajos referidos a la percepción del cuidado humanizado, donde los profesionales de Enfermería puedan ser partícipes directos y generar nuevas ideas que ayuden al mejoramiento del cuidado humanizado.

2 MARCO TEORICO

PERCEPCIÓN

Es definida como el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen datos significativos en su interior durante la interacción en el cuidado. Se debe tener en cuenta que el proceso de la percepción es subjetivo, sin embargo, algunos comportamientos son frecuentes e importantes en la interacción cuidador-ser cuidado para nutrir la esencia de los momentos del cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía.¹⁰

¹⁰ Rivera, A.; Triana, A. Cuidado humanizado de Enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. Revista avances en Enfermería. Vol.25. nº 1. Bogotá, 2007. Pág. 68.

Por otro lado la percepción es un proceso de organización e interpretación de datos sensoriales que intervienen para desarrollar una conciencia del entorno y para crear una imagen significativa del mundo, además permite organizar, interpretar y codificar estos datos a fin de conocer el objeto; a diferencia de percibir que significa tomar conciencia de que ese objeto existe, que tiene consistencia, cualidades y otros. Así mismo, es de carácter inferencial y constructivo generando una representación interna de lo que sucede en el exterior, para ello usa la información que llega a los receptores y se va analizando paulatinamente así como información que viene de la memoria tanto empírica como genética que ayuda a la interpretación y a la formación de la representación^{11,12}.

Warren, define a la percepción como: “el arte de darse cuenta de los objetos externos, sus cualidades o relaciones, que sigue directamente a los procesos sensoriales a diferencia de la memoria o de otros procesos centrales”. Todos los seres humanos perciben el mundo exterior a través de los sentidos, pero dicha percepción depende también de experiencias anteriores, ya que constantemente los sentidos son bombardeados por multitud de estímulos que ofrecen un panorama interesante del mundo, pero no siempre son capaces de transmitirle a la persona una imagen exacta de la realidad, sin embargo las percepciones son importantes porque determinan la manera en que la información es utilizada para acordar acciones humanas¹³.

PERCEPCION DEL PACIENTE

La percepción del usuario de los servicios de enfermería, podría ser considerada como una actividad guiada por ciertas expectativas que pueden ser modificadas por la información que se obtiene, como consecuencia de esa actividad que refleja en gran medida el grado de satisfacción que el paciente puede tener de la atención recibida; la percepción por otro lado, depende de la calidad de los servicios otorgados.¹⁴

También se considera que la percepción del paciente es más que lo que se ve, se oye, se siente, se saborea, o se huele, es también el significado que damos a estas sensaciones, pues cada individuo organiza la información recibida que proviene de nuestros sentidos según sus emociones, necesidades y experiencias, por lo que la persona hospitalizada,

¹¹ Blas, V., Á. “Educación Infantil I. Módulo 2: Desarrollo cognitivo y motor. 2. El desarrollo sensorial. Los procesos sensoriales y Perceptivos”. 1992 España, Editorial McGraw Interamericana de España Pag. 239-240.

¹²Merleau, P., M. “Fenomenología de la percepción” 1985 Barcelona: Planeta-Agostini. ISBN 84-395-0029-555).

¹³Warren, H. “Diccionario de Psicología” 1998. México. Fondo de cultura mexicana.

¹⁴ Diccionario de las ciencias de la educación. Segunda edición. Editorial Santillana, Madrid. 2003. Pág. 109.

hombre o mujer percibe el cuidado brindado por el profesional de enfermería, con relación a su comportamiento, su trato, su conducta social, mediante la interacción diaria, durante el tiempo de hospitalización.¹⁵

DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA.

La enfermería es una profesión antigua, con una gran trayectoria histórica e importancia social, que se ha ido adaptando a las necesidades de cada época y cultura. La enfermería ha sido un arte y una práctica basada en unos principios científicos y técnicos biomédicos que desde hace varias décadas tiene la necesidad de reducir su dependencia conceptual para desarrollar un marco teórico propio¹⁶, como disciplina científica. Para otros autores, entre ellos la profesora Germán¹⁷, la enfermería cumple los criterios de profesión, ya que consta de un cuerpo de conocimientos propio, un control de la profesión, colegios profesionales, un código ético y una especialización, que utiliza para prestar el servicio que debe a la sociedad.

La enfermería es fundamentalmente el desarrollo de una actividad humana, y esta profesión, en tanto que labor de cuidado, tiene que ver con la realidad frágil y vulnerable del ser humano, aportando una visión del ser humano que se desprende de la acción de cuidar y de atender a la persona enferma. Siguiendo a Torralba, podemos afirmar que “nadie conoce mejor que el profesional de Enfermería al ser humano enfermo, la persona doliente, porque precisamente su acción se desarrolla en el epicentro de este mundo”. Esto es así porque el profesional de enfermería, trata cotidianamente a personas humanas en una situación de extrema vulnerabilidad como es la enfermedad, acompañando al ser doliente y prestando los cuidados cuando existe en él una situación de necesidad o debilidad que imposibilita o dificulta su independencia, así como en aquellas circunstancias de dolor, sufrimiento o de abandono y, muy a menudo, de proximidad a la muerte. Por todo, pensamos que es importante una reflexión antropológica desde la Enfermería que haga hincapié en estas cuestiones que constituyen la esencia del ser humano ante la enfermedad, considerando los elementos e instrumentos de reflexión teórica sobre el sentido y la esencia de la condición humana que el conocimiento de la Antropología Filosófica les

¹⁵Mesa H., P. “Sensación y percepción” [En Línea]. 2007 Lima-Perú. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos7/sepe/sepe.shtml>. [Consultado 2013 Jun 21].

¹⁶Poletti R. Cuidados de enfermería. Tendencias y conceptos actuales. 1980. Barcelona. Ediciones Rol.

¹⁷German, B., C. Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria en España 1977-2004. Análisis con perspectiva de género. Zaragoza. Prensa Universitaria PUZ. . 2007. Consultas <http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis?In=es>

aporta al respecto, para de este modo, comprender mejor a su paciente y el sentido y la razón que tienen para él sufrimiento y la muerte.¹⁸

La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”. Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud enfermedad, mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración.¹⁹

La profesión de enfermería exige una vocación específica que implica ejercer nuestro trabajo con espíritu de servicio sin admitir la mediocridad, sin admitir las cosas mal hechas; debemos estar convencidos de la nobleza de nuestro trabajo. No debemos detenemos siempre en lo fácil sino buscar y enfrentar siempre lo difícil. Nuestra vocación no debe admitir nunca la rutina en la tarea diaria y no debe haber dos días iguales al quehacer asistencial, docente, gerencial y/o investigativo²⁰.

Para algunas personas, la enfermería es un arte, para otros una vocación; sin embargo, para la mayoría, ante todo, una profesión. Básicamente, se puede decir que la enfermería proporciona asistencia para el cuidado de la salud bajo la orientación de la ciencia médica y la ética enfermera, conforme a los métodos de enfermería, las leyes, las teorías que se aceptan y se practican hoy en día. El trabajo de la enfermería o el proceso implican la solución de los problemas de salud del paciente. Se trata de un proceso continuo de la prestación de cuidados son el objetivo de la recuperación de la salud del paciente. Sin embargo, Enfermería no solo se cuenta en las necesidades físicas de los pacientes, sino también en sus necesidades emocionales y sociales.

El personal de enfermería debe tener ciertas actitudes para brindar un cuidado humanizado; por medio de sus vivencias, logros e interacción con los pacientes, adquiere la capacidad

¹⁸ Canovas, A., C. Tesis: La relación de ayuda en enfermería. una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión, de la universidad de Murcia, 2008. Pag. 19: 320.

¹⁹ Cohen, J., A. two portraits of csring: a comparison of the artist. Leninger and Watson. Journal of Advanced Nur-sing 1991; 16:889-909.

²⁰ Ariza, O., C. la excelencia del cuidado un reto para enfermería.

de saber que el cuidado humanizado no solamente son procedimientos técnicos sino que involucra la capacidad de percibir al ser humano en sus diferentes dimensiones.

Jean Watson, autora de la “Teoría del cuidado humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de Enfermería”²¹. Por otro lado Paterson enfatiza la relación que se establece entre la Enfermera y la persona que recibe el cuidado, intentando dar una respuesta a la experiencia fenomenológica vivida por ambos. En este encuentro, ellos se sienten afectados de manera recíproca y la relación va bien más allá de un encuentro técnico sujeto y objeto. Sobre esta perspectiva, la enfermería se define como una experiencia existencial vivida entre la enfermera y el paciente.²² En la progresión lógica de la teoría, se definen los seres humanos, la salud y la enfermería

CUIDADO.

El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, sino un punto de inicio del contacto con el paciente hospitalizado, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consciente que se manifiesta en actos concretos. El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana.

Cuidar implica conocer a cada paciente, interesarse por él. Interesarse, implica paradójicamente, desinteresarse de uno mismo, algo difícil. Interesarse supone entrar dentro del ser, en este caso dentro del paciente, tener un conocimiento propio de cada uno, uno debe darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones y además de sus conocimientos; requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo afectivo. Esto exige entonces un esfuerzo físico. Pero el que lo consigue se recrea en ese juego de gran belleza, que si se sabe

²¹ Watson J. Ponencia del primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad autónoma de Chihuahua. En línea, enero del 2009. (Fecha de acceso el 10 de Marzo de 2013). Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson.

²² Patterson, J.; Zderad, J. Enfermería humanística: Asociación nacional de enfermería. Vol. 19. Nº 65. New York, Junio 2006. Pág. 433.

percibir, consiste en ir descubriendo, poco a poco, un ser cuya riqueza de matices nunca se acaba de conocer todo. "Es precisamente ese misterio del ser, en parte conocido, y en parte desconocido, pero siempre anefable, en su unidad, el que debe arrastrar y entusiasmar cada vez más al profesional de enfermería"²³.

Por tanto, este proceso intersubjetivo de compromiso consciente que se armoniza con el amor a nivel universal, tiene un alto potencial sanador cuyos efectos se extienden más allá de los meros límites del acto de cuidado al potenciar los planos energéticos de armonía sobre el universo; dicho proceso no está ajeno al humanismo que es una preocupación por aquellas características que se consideran humanas y que existen en todas las culturas, es así que ejemplos de conductas humanistas son la empatía, la compasión, la simpatía hacia las demás personas y el respeto por la vida²⁴.

Según Watson es una idea moral más que una actitud orientada al trabajo incluye características como la ocasión orientada al trabajo e incluye características como la ocasión real de cuidado y el momento de cuidado transpersonal, fenómenos que ocurren cuando existe una relación auténtica entre la enfermera y el paciente, el cuidado es la esencia de la práctica de Enfermería.²⁵

Para Roach, defiende el cuidado como una forma de expresión de nuestra humanidad, refiere que el cuidar es una respuesta deliberada para aquello que importa, involucrando el poder espiritual de la afectividad. Esta respuesta involucra donación y auto-trascendencia. Identificando cuatro atributos del cuidar: comprensión, competencia, confianza y compromiso.²⁶

Según la teoría transcultural Madeleine Leininger es importante la cultura de los individuos en la relación del cuidado enfermero porque cada individuo interioriza y aplica su cuidado según sus costumbres, sus creencias, y valores lo que ha servido para sobrevivir y mantenerse ya que la cultura determina los patrones y estilos de vida que tienen influencia en las decisiones de las personas, además esta teoría ayuda al profesional de enfermería a

²³ Ariza, C. Es posible humanizar la atención de enfermería al paciente en estado crítico. Actual Enfer. Segunda edición. Editorial Mosby/Doyma. Madrid, 1998; Pag. 1-2.

²⁴ Arroyo de Cordero, G. "Humanismo en Enfermería" [En Línea] 2000 México, Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social - IMSS; 8 (2):61-63. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/281BAD79-3813-45C7-B2DA-24815432C59E/0/20006163.pdf>[Consultado el 15 de febrero de 2013, 12:43].

²⁵ Marriner, T., A. Modelos y teorías en enfermería. 5ta edición. Editorial Rol. Barcelona, 1989. Pág. 147.

²⁶ Vera, R., W. Cuidado Humano-el rescate necesario. 1996.

descubrir y documentar el mundo del ser humano y utiliza sus puntos de vista émicos, sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una ética apropiada (conocimiento profesional) como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.²⁷

Así mismo Leininger, aporta con conceptos definiendo: los cuidados culturales como todos los valores, creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte; la universalidad de los cuidados culturales como la similitud o uniformidad dominante en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan los modos de apoyo, asistencia, capacitación para ayudar a las personas; diversidad de los cuidados culturales alude a la variación y / o diferencia que existen en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.²⁸

También esta teoría cuenta con la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores culturales, sociales, la visión del mundo, la historia, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje, los modelos populares y profesionales, teniendo como objetivo proporcionar cuidados de forma responsable coherente con la cultura y que se ajusten con las necesidades, valores, creencias y realidades culturales del modo de vida de los usuarios destacando las tres modalidades principales previstas que guían los criterios, decisiones o acciones de enfermería de forma de proveer lo que ella llama cuidado cultural congruente.

Estas modalidades incluyen: 1) preservación o mantenimiento del cuidado cultural, 2) acomodación y/o negociación del cuidado cultural, 3) reempadronamiento o reestructuración del cuidado cultural; la propuesta de la Teoría es investigar diversidades y universalidades en relación a las visiones del mundo, estructura social y otras dimensiones, para descubrir medios de proveer cuidar/cuidado congruentemente a las personas de

²⁷ "Cultura de los Cuidados" [En Línea]. 2003 EEUU. URL Disponible en: [http://cultura_cuidados_vacs/2_historias_2.htm/Historia del PAE EEUU](http://cultura_cuidados_vacs/2_historias_2.htm/Historia_del_PAE EEUU) [Acceso Marzo de 2013].

²⁸ Manrique R., M. y col. "Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y la Universalidad - Madeleine Leininger." [En Línea] 2005. Nebraska. Disponible en: URL http://www.enfermeria21.com/listametas/Leininger_monografia.doc [Consultado 2013, Abril].

diferentes culturas, con el fin de mantener o rescatar su bienestar, salud o enfrentar la muerte en forma apropiada, respetando sus normas culturales; el cuidar-cuidado precisa ser visto como foco central de la disciplina enfermería, permeado por el cotidiano de su praxis en diferentes contextos²⁹.

Vera Waldow, refiere que el cuidado es una expresión de nuestra humanidad esencial para nuestro desarrollo y realización; el cuidar es la acción y actuar como cuidador/a incluye el efecto, consideración, lo cual implica promover el bienestar del otro, además es el fenómeno resultante del proceso de cuidar el cual representa la forma en que ocurre el encuentro o situación de cuidar entre en cuidador y el ser cuidado abarcando el crecimiento que sucede independientemente de la cura. El cuidado es intencional y sus objetivos abarcan: aliviar, reconfortar, ayudar, favorecer, promover, restablecer, restaurar, dar y hacer, entre otros constituyendo en forma general el cuidado como una forma de vivir, ser, expresarse, manteniendo un compromiso con el mundo para contribuir en el bienestar general la preservación de la naturaleza, la promoción de las potencialidades, de la dignidad humana y de la espiritualidad³⁰.

Ida Jean Orlando refiere que el cuidado de enfermería, está basado en la averiguación y la satisfacción de la necesidad de ayuda inmediata de la persona, siendo responsabilidad del profesional de enfermería cubrirlas de forma directa o indirecta, incluyendo tres elementos básicos interrelacionados: la conducta que presenta la persona, las respuestas del profesional de enfermería y las acciones de enfermería; concluyendo que el cuidado enfermero radica en hacer algo por otra persona o suministrarle la información necesaria para que cubra sus necesidades, aumente o recupere su capacidad de autoayuda o mitigue un sufrimiento y que este no sólo es necesario en momentos de enfermedad, sino también para promocionar el bienestar.³¹

Roach defendiendo el cuidar como una forma de expresión de nuestra humanidad, refiere que es contestatario; es decir es una respuesta a un valor, ella explica que el cuidar como respuesta, afirma valores ontológicos pertinentes a la naturaleza del ser como dignidad,

²⁹ Una alternativa frente al cuidado de la salud de la población en condición de DFV. Revista De Enfermería [En Línea] 2001. Colombia. Disponible en:http://encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9206-la_enfermeria1.htm [Consultado 2013 Feb 24].

³⁰ Una alternativa frente al cuidado de la salud de la población en condición de DFV. Revista De Enfermería [En Línea] 2001. Colombia. Disponible en:http://encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria9206-la_enfermeria1.htm [Consultado 2013 Feb 24].

³¹ Marriner A, M; y col "Modelos y teorías en Enfermería. Ida Jean Orlando. Teoría del proceso de enfermería" Pág. 351- 364]. 1999 España. 4ta Edición. Editorial Mosby Interamericana Harcourt.

moralidad, estética, conocimiento científico, política, economía. Los profesionales de enfermería son responsables de la calidad de los cuidados que conducen a la satisfacción de las personas con experiencias de enfermedad, considerando el no limitar las capacidades de las personas, reconociendo lo que pueden o saben hacer por sí mismos, indagando por todo aquello que los motiva a descubrir sus propias posibilidades, generando sentimientos de valoración personal que les permite ganar auto confianza para asumir sus cuidados y el de su familia.

King Imogene considera que la interacción es un proceso de percepción y comunicación entre una persona y el entorno o entre una persona y otra que se manifiesta por conductas verbales dirigidas hacia un objetivo, como es la percepción del cuidado enfermero en las personas hospitalizadas que constituye una experiencia de aprendizaje donde dos personas interaccionan para enfrentarse a un problema de salud presente para colaborar en su evolución y para buscar formas de adaptarse a la situación. Del mismo modo, Gala E. Díaz manifiesta que un profesional de enfermería socialmente hábil es capaz de interactuar y comunicarse eficazmente entablando una interacción con las personas que viven experiencia de enfermedad y demás profesionales, convencido de la importancia de ellos, razón por la cual en esta investigación busca conocer la percepción del cuidado enfermero, mediante la manera de actuar durante el proceso de cuidado del profesional de enfermería.³²

Pike por su lado considera que la empatía es la clave para la comunicación del interés y apoyo a la persona; se puede establecer una relación de empatía mirando al mundo desde el punto de vista de la persona y sintiendo el mundo de la persona. Hobbie, Lasinger y otros, planteados por Travelbee, consideran que el profesional de enfermería en la interacción de humano a humano vive la socialización como la transmisión de saberes y valores, como adaptación al medio, costumbres y normas en el encuentro existencial de un yo con un tú y un nosotros en condiciones de igualdad, respeto y afecto. Por lo que se consideran implícitos los sentimientos, percibiéndose un temor a profundizar en ellos.

Las personas con alteración de su salud, como aquellas que se encuentran hospitalizadas recibiendo cuidados, viven una experiencia única tanto en relación a su enfermedad como con relación a la estancia hospitalaria, pues el sentirse enfermo o estar enfermo provoca

³² Marriner A, M; y col "Modelos y teorías en Enfermería. Ida Imogene King. Teoría de la consecución de objetivos" Pág. 305- 317. 1999 España. 4ta Edición. Editorial Mosby Interamericana Harcourt.

una ruptura en su relación del ser humano con el mundo. El individuo hace frente a una amenaza (enfermedad, sufrimiento, incapacidad y muerte) a lo desconocido (su estado, su destino, del ambiente y personas extrañas) y con una temporal o definitiva desestructuración, denominada según Pellegrino crisis ontológica, la cual afecta al individuo como un todo, tanto físico como psicológico, social y espiritual.³³

Todas estas personas exacerbaban su vulnerabilidad, tornándose más frágil ya que su privacidad es invadida, su experiencia de vivir y la relación de la persona con los otros se encuentran obstaculizadas, fuera de su ritmo normal, modificando su rol social sintiéndose dependiente, oprimido, paralizado en sus movimientos y pensamientos; siendo común que se establezca una nueva definición de valores, la persona ve el ahora y se pregunta sobre su futuro, en aquello que se convertirá y existe una reflexión sobre el sentido de vida y de sus prioridades. Es así que al percibir su situación, la persona puede aceptar o no el cuidado, no obstante se someten a la autoridad médica en relación a su diagnóstico y tratamiento colocándose en sus manos; de la misma forma acepta y se somete a los demás cuidadores y sus cuidados para colaborar en él, siendo imprescindible la confianza y el conocimiento de los cuidadores, es decir cuando la persona es informada y consciente sobre lo que le sucede responderá al tratamiento y al cuidado en la medida en que la confianza sea preservada lo cual le da tranquilidad y seguridad siendo la clave para que la persona responda positivamente. Estas respuestas pueden ser verificadas a través de varios signos, sea a través de la expresión de duda, quejas o inclusive el silencio; Respuestas objetivas que pueden ser detectadas, tales como: relajación, disminución del dolor, fiebre, signos vitales estables, además de datos percibidos por la cuidadora como los ya citados: postura, expresión facial, entre otros.

CUIDADO DE ENFERMERÍA

El cuidado de enfermería se ha definido desde muchas vertientes de la teoría enfermera. Así mismo, podemos encontrar diferentes escuelas según Suzanne Kerouac que diferencian en seis grandes corrientes del hacer enfermero.

La escuela de las necesidades encabezada por Virginia Henderson, según la cual el cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

³³ Waldow V, R; y col." El proceso de Cuidar según la Perspectiva de la Vulnerabilidad. Rev. Latino-Am. Enfermería" [En Línea]. 2008 México. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000400018>. [Consultado 2013, Marzo]

La escuela de la interacción, cuya máxima exponente es Hildegarde Peplau. El cuidado es una acción humanitaria y no mecánica. Las teorizadoras señalan que la enfermera debe poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención. Otra teórica cuya aportación según Kerouac se clasifica en la escuela de Hildegarde Peplau, y que Marriner define como filosofía es Joyce Travelbee, quien afirmó que la labor de la enfermera “es ayudar a una persona, una familia, o una comunidad a prevenir o afrontar la experiencia que supone la enfermedad o el sufrimiento, y si es necesario a encontrar un significado a sus vidas”

Escuela de los efectos deseables, adaptación, según Callista Roy. Se define el objetivo de los cuidados restableciendo un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía.

La escuela de la promoción de la salud con Moyra Allen a la cabeza. Esta escuela amplía el objetivo de cuidados a la familia que debe aprender de sus propias experiencias de salud.

La escuela del ser humano unitario, su representante más relevante es Martha Rogers, quien se inspira para prestar cuidados de enfermería en trabajos filosóficos, en teorías de la física y la teoría general de los sistemas de von Bertalanffy.

Por último la escuela del Caring. Watson y Leininger proponen una correspondencia de cuidados que reúna el plano humanista y el científico. Según Benner y Wrubel, el cuidado que debe ofrecer la enfermería es establecer una relación de ayuda, comprometerse emocionalmente con el otro, ya que es la única manera de que la relación sea significativa, de que vea a ese ser humano que necesita de la ayuda profesional en su totalidad y que él vea a una enfermera cálida, empática, que no lo juzga sino que le brinda la ayuda profesional que necesita.

Desde las aportaciones de Nightingale, Leininger ha sido la autora extraoficialmente encargada de definir y diferenciar algo a lo que llama niveles del cuidado, encontramos en primer lugar el cuidado genérico, definido como aquellos actos de asistencia soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientadas hacia la mejoría y el desarrollo de la condición humana. También se definen los cuidados profesionales como las acciones, conductas o procesos y patrones aprendidos, cognitiva y culturalmente, que permiten desarrollar condiciones saludables de vida. Y por último, definió los cuidados profesionales enfermeros otorgándoles dos cualidades, decía de ellos que eran los modos humanísticos y enfermeros aprendidos cognitivamente, de ayudar o

capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidados orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte.³⁴

Muchas otras definiciones de cuidado se han realizado desde la perspectiva humanística, y sobre las bases puestas por Watson y Leininger, como las que asumen como principal de la definición de cuidado de las teóricas anteriores el aspecto transpersonal afirmando que el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado. En la actualidad la enfermería y el mundo sanitario en conjunto se ven a sí mismos bajo una perspectiva cambiante. Existen autores que defienden el acto de cuidar, de igual modo que Watson como una convergencia de acciones técnicas y humanistas, considerando que la enfermería debe preparar a sus profesionales con una visión de disciplina científica, cultivando la constante preocupación por el bien fundamental de la humanidad y que posean, a su vez, un sistema de valores y creencias que revele su entereza ética.

El propósito de este y otros trabajos, es encontrar o medir la importancia que los profesionales de enfermería otorgan a determinadas acciones, comparando las de carácter técnico con las de carácter humanístico.

Por tanto, el cuidado que practican las enfermeras se divide en dos variantes según la susceptibilidad de registro que tenga, esto es; existe la asistencia de enfermería registrable, como la toma de constantes o la administración de la medicación; y por otra parte tenemos las acciones que forman parte de lo que llamamos cuidado invisible, las cuales producen un beneficio, confort y bienestar al paciente y sin embargo por carecer de posibilidad de medición, no se les otorga la relevancia real que tienen. Se han realizado trabajos de investigación y revisiones bibliográficas en las que se trata de explicar la importancia de este tipo de atención que presta el cuerpo de enfermería, Cuidar por tanto, no es la ejecución de tareas o procedimientos prescritos por un médico, sino que se define como una relación y un proceso. El objetivo de cuidar va más allá de la enfermedad, cuidar es todo lo que ayuda a vivir y permite existir.

El avance de estos últimos años en investigaciones en cuidados invisibles, insta a la revisión de la literatura que existe en enfermería para añadir o adecuar las mismas a este tipo de investigación en cuidados, los cuidados humanizados o invisibles.³⁵

³⁴ Gomez, G., Victoria, A. Tesis: Percepción del cuidado de enfermería en el hospital real nuestra señora de gracia. Zaragoza, 2012, Pag. 08-10

El objetivo del trabajo de enfermería es el cuidado, premisa que ha sido aceptado por los profesionales. De este modo, cuando se define Enfermería, se dice que esta es la ciencia y el arte del cuidado. No obstante, esto fundamenta en teorías propias que con base filosófica intentan explicar los diversos fenómenos que implica el cuidado profesional. De manera importante, los modelos teóricos considera el cuidado como el foco principal de la profesión y describen aspectos de esta práctica, tales como el cuidado trascendental de Jean Watson, o el cuidado cultural de Madeleine Leininiger, la teoría de la adaptación de Callista Roy, entre otros.³⁶

La enfermería humanizada, concibe al ser humano como un todo, un ser singular, dotado de cuerpo, mente, espíritu y relaciones sociales³⁷. La enfermera, es la encargada de gestionar el cuidado del individuo desde estas características, en ocasiones no es así, porque la propia enfermería no se ve a sí misma como gestora de los cuidados que presta, sino como subordinada de tratamientos médicos y procedimientos biotecnológicos; esto es lo que bajo mi perspectiva debe cambiar, la enfermera debe concebirse como gestora de cuidados de las personas, proporcionando así un cuidado integral de la salud, y en consecuencia, ampliando su rol de manera necesaria³⁸.

CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA.

Es el conjunto de acciones fundamentadas con la relación entre paciente-enfermera, además del dominio de lo técnico-científico orientado a comprender al otro en el entorno en que se desenvuelve.³⁹ Ernestine Wiedenbach se dedicó al aspecto de arte o ejercicio profesional que tiene la enfermería, centrándose en las necesidades del paciente. Ella dice que la gente puede diferir en cuanto al concepto de enfermería, pero pocos no estarán de acuerdo en que la enfermería es alimentar y cuidar a alguien de forma maternal.⁴⁰

³⁵ Gomes, G., Victoria, A. Ob. Cit. ,Pag. 10-14.

³⁶ Cayllahua, J., T.; Urrutia, D. Influencia del idioma en los cuidados que brinda la enfermera al usuario en el hospital Manuel Núñez Butrón-Puno. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería-UNA PUNO, Perú. 2007. Pág. 20.

³⁷ Barbosa P., L.; Azevedo S., S.. Significados y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *IndexEnferm* [revista en la Internet]. 2006 Nov [citado 2013 Jun 20] ; 15(54): 20-24. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962006000200004>.

³⁸ González J., L.; Velandia M.; Flores V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. *RevConamed* 2009; 14 supl 1: 40-43

³⁹ Torres, A., M. Experiencias de conceptualización de Enfermería, la experiencia de conceptualización en la Facultad de Enfermería. Segunda edición. Editorial Ceja, Bogotá. 2001. Pág. 15

⁴⁰ Marriner, T. Modelos y teorías en enfermería. Tercera edición. Editorial Rol. Barcelona, 1997. p.60.

Este cuidado humanizado reúne actos como: pensar, ser, hacer, cuidar, lo que involucra tanto al ser cuidado, como el profesional que cuida. Sin tener en cuenta el significado de cuidado. Sino la esencia del ser humano como ser único, indivisible, autónomo y con libertad de escoger, es decir, en la comprensión del ser humano como un ser íntegro. Se habla de una visión fenomenológica-existencialista de la psicología y de las humanidades. La enfermera se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de los enfermos. Los pacientes requieren cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de enfermos es un fenómeno social universal que solo resulta efectivo si se practica de forma interpersonal.

⁴¹Los 10 factores del cuidado representan tanto sentimientos como acciones que tienen que ver con la enfermera, el paciente y los profesionales, e incluye aquello que siente, experimenta, comunica, expresa y promueve cada enfermera. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos.⁴² Los seres humanos dentro de esta visión holística son considerados como personas capaces de hacer selecciones responsables en la vida: a la salud se la concibe como un estado de venir a ser, donde hasta en condiciones de adversidad el ser humano encuentra significado para vivir y la enfermería fenomenológica se define como propiciadora de esta respuesta a las necesidades del cliente, auxiliándolo en sus selecciones.⁴³

La enfermería es un “diálogo vivo, una experiencia existencial vivida entre seres humanos, una búsqueda responsable, una relación transaccional, una forma particular de diálogo humano. De esa manera, los elementos de estructura de la enfermería humanística se pueden describir como: Incorporar a los hombres (paciente enfermera) en un encuentro (ser y convertirse) dirigido hacia una meta (nutrir el bienestar y el venir a ser) en una transacción intra subjetiva (estar con y hacer con) ocurriendo en el tiempo y en el espacio (como medidos y vividos por el paciente y la enfermera) en un mundo de hombres y cosas”.⁴⁴

En esa interacción, que va más allá del estar físicamente juntos, es que surge la oportunidad de compartir las experiencias, llevando a una intrasubjetividad, a un estar con.

⁴¹ Ibid. Pág. 62

⁴² Sierra, H.,M. Percepción del cuidado de enfermería en diferentes instituciones hospitalarias. Revista avances en Enfermería . Vol XXIV. Nº 01, Bogotá. Enero-Junio, 2006. Pág 1-2.

⁴³ Patterson, J.; Zderad, J. Enfermería humanística: Asociación nacional de enfermería. Vol. 19. Nº 65. New York, Junio 2006. Pág. 435.

⁴⁴ Bautista, R., L. M. percepción de la calidad del cuidado de Enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. AQUICHAN, Vol. 08. Nº 1. Bogotá, Junio del 2008. Pág. 35

Para estar con, “es necesario desenvolver la comprensión donde es preciso que el orientador no se limite al papel de observador y sí que se ponga en el lugar del orientado y perciba el mundo y las experiencias como éste las percibe, penetrando en su mundo emocional”.⁴⁵ El enfermero (a) puede contribuir con ese proceso de “convertirse” del paciente, cuando también enfrenta el mismo proceso de “venir a ser”, “convertirse”. Su auto-aceptación y conciencia personal le permiten interactuar con el otro y ayudarlo a “ser más”. De esta manera hay un verdadero “encuentro” o un compartir. En ese momento amplía la conciencia de ambos, o sea, los que están implicados y ofrece la oportunidad de un crecimiento humano, al proporcionar un convertirse más y más. Entonces ocurre un crecimiento mutuo, en el que ambos, enfermera y paciente se transforman. El uso de este abordaje requiere coherencia y autenticidad entre el pensar y el hacer del profesional de Enfermería. Estas actitudes solicitan al profesional que tenga una postura abierta y con disponibilidad para con el otro, lo que se caracteriza en una presencia genuina y un compartir verdadero.

La comunidad para Paterson y Zderad es considerada como un término abstracto, muy abarcable y de cierta manera difícil de medir. No significa necesariamente un espacio físico, sino un local donde ocurren interacciones e intercambios intrasubjetivos. Es el espacio, donde dos o más personas juntas comparten esfuerzos, viven, sufren y mueren. Y es a través de esa convivencia social en comunidad, de ese intercambio, que ocurre el aprendizaje y el ser humano encuentran las razones para su existencia. El hombre, entonces, aunque único, posee muchos puntos en común con sus semejantes.⁴⁶

La enfermería fenomenológica es una experiencia vivida entre seres humanos (enfermera-paciente). Su objetivo es el de proporcionar el bienestar de las personas, estando comprometida, por lo tanto, es un contexto humano, donde ambos sufren las influencias de este encuentro.⁴⁷

VISIÓN HUMANISTA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Los modelos y teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, como por ejemplo Watson, lo cual refiere que el cuidado es para Enfermería su razón

⁴⁵ Patterson, J.; Zderad, J. Ob. Cit. Pág. 436.

⁴⁶ Patterson, J.; Zderad, J. Enfermería humanística: Asociación nacional de enfermería. Vol. 19. Nº 65. New York, Junio 2006. Pág. 436.

⁴⁷ Patterson, J.; Zderad, J. Enfermería humanística: Asociación nacional de enfermería. Vol. 19. Nº 65. New York, Junio 2006. Pág. 436.

moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente.

El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos. Mientras que los aspectos biomédico y curativos se basan en una perspectiva analítica, empírica y experimental, reduciendo lo humano a lo biológico, por consecuencia el ser humano es una enfermedad u objeto de estudio.

En cambio, el “cuidado” de origen ancestral tiene una mirada diferente, ve al sujeto como enfermo-sujeto, antes que su enfermedad-objeto, permitiendo que el sufrimiento que puede ser aliviado no sea “ocultado” en la profundidad biológica del organismo. Los cuidado reducen las distancias entre los tratamientos y el sentido de la enfermedad, por lo cual enfermería se basa es una visión holística, bio-psicosocial, centrándose en las respuestas a los procesos mórbidos y de salud.⁴⁸

EL ARTE DE CURAR: HUMANIDAD Y CIENCIA.

Las acciones de la medicina y de los profesionales de la salud en general, son en su mismo origen inseparable de la labor humanitaria, son indudablemente compasivas. Su quehacer tiene origen en la compasión, entendiendo origen en su doble aceptación de nacimiento y fundamento: por compasión se emprenden, por compasión perduran. Y es que se necesita cierto enternecimiento por quien sufre para querer abrazar las ciencias médicas. Un misántropo no encaja en la asistencia. Las ciencias de la salud nacieron para curar, o para aliviar en su defecto, y se han mantenido y se perpetuaran para los mismos fines. Su objeto es el ser humano vulnerable, el ser humano frágil, rendido por la enfermedad, el dolor y el sufrimiento, rendido por el dolor físico y por el dolor moral. Porque la humanidad a diferencia de la técnica, reconoce en la enfermedad una dolencia que rebasa el cuerpo y afecta la dimensión espiritual del hombre; aquello que no es físico ni orgánico,

⁴⁸ Troncoso, T., M.; Valenzuela, S., S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Revista ciencia y enfermería, Vol. 16. Nº 03. Bogota, noviembre 2007. (fecha de acceso 12 de octubre del 2010) ; disponible en: http://www.acielo.br/scielo.php?script=aci_arttex&pid=S0103-21002007000400019&lng=pt&nrm=iso.

y que reúne lo inmaterial del ser humano: su alma, su psiquis, su mente, su intelecto, en últimas sus sentimientos, si se quiere negar lo trascendente.⁴⁹

Las cualidades que reclama el paciente, son a la vez las que esperan de los profesionales de salud, caridad, generosidad, bondad, amabilidad, consideración, afecto, diligencia, que no son otra cosa que la expresión de la humanidad en alto grado.

La humanidad se intuye, pero también se cultiva y se esfuerza. De ahí la importancia de incluirla en los programas que forman a los profesionales de Enfermería. Qué bien cabe en esta reflexión la exhortación del medio humanista Fernando Sánchez Torres cuando afirma que el médico no debe ser solo componedor-mecánico-del cuerpo humano, sino que debe trascender lo simplemente corporal, para ponerle arte a su oficio. Arte que es en sus palabras el alma, la pasión y el sentimiento.⁵⁰

TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

Para desarrollar su marco, Watson se apoyó sólidamente en las ciencias y las humanidades, ofreciendo una orientación fenomenológica, existencial y espiritual.

Watson explica que los conceptos que ella definió para aportar nuevos paradigmas en enfermería “derivaban de experiencias clínicas, empíricas, combinadas con su fondo filosófico, intelectual y experimental; por eso su trabajo inicial surgió de sus propios valores y percepciones sobre la personalidad, vida, salud y curación...”⁵¹

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial - fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es racional, transpersonal e intersubjetivo. Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia enfermera.⁵²

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única

⁴⁹ Marriner, T. Modelos y teorías en enfermería. Tercera edición. Editorial Rol. Barcelona, 1997. p.60.

⁵⁰ Murillo, L., M. La deshumanización en la salud. Primera edición. Editorial

⁵¹ Watson, J. The theory caring: Retrospective and prospective. Nursing Science Quarterly, 1997. Pág. 49-52.

⁵² Rivera, A.; Triana, A. Cuidado humanizado de Enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. Revista avances en Enfermería. Vol.25. nº 1. Bogotá, 2007. Pág. 56-68

de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales – transpersonales – espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría.⁵³

Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.

El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.

El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.

El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (geist) de una persona existe en él y para él.

Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.

Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.

La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

⁵³ Rivera, A.; Triana, A. Cuidado humanizado de Enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. Revista avances en Enfermería. Vol.25. nº 1. Bogotá, 2007. Pág. 56-68

CONCEPTOS DE LA TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

Los conceptos de la teoría de Jean Watson: Interacción enfermera- paciente, campo fenomenológico, relación transpersonal de cuidado y momento de cuidado están emergiendo, aún estos conceptos necesitan ser definidos más claramente, esto es quizás por la naturaleza abstracta de los conceptos que ha hecho este modelo difícil para evaluar.

Interacción enfermera- paciente

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como íntersubjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera- paciente)⁵⁴.

Campo fenomenológico

El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

Relación de cuidado transpersonal.

El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson, la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo.

El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

⁵⁴ Rivera, A.; Triana, A. Cuidado humanizado de Enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. Revista avances en Enfermería. Vol.25. nº 1. Bogotá, 2007. Pág. 56-68.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento⁵⁵.

El término "transpersonal" quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

La teoría de Watson proyecta una reverencia por las maravillas y misterios de la vida, un reconocimiento de la dimensión de la vida espiritual, y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio. Watson destaca el acto de ayuda de las personas para conseguir más autoconocimiento, autocontrol y disposición para la autocuración independientemente de la condición externa de salud.⁵⁶

Momento de cuidado

Según Watson, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana- humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo –todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en

⁵⁵ Watson, J. Ob, Cit. pág 24.

⁵⁶ Rivera, A.; Triana, A. Cuidado humanizado de Enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. Revista avances en Enfermería. Vol.25. nº 1. Bogotá, 2007. Pág. 56-68.

que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita está al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente⁵⁷.

PRINCIPALES SUPUESTOS

En su primer libro, *Nursing: The philosophy and Science of Caring*. Watson nombra los principales supuestos de la ciencia del cuidado en Enfermería.⁵⁸

El cuidado sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal.

El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.

El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia.

Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser.

Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado.

El cuidado genera más salud que curación. El cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o promover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos. Por lo tanto, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia de la curación.

El cuidado es el eje central de la enfermería.

En su segundo libro, *Nursing: Human Science and Human Care*, Watson afirma "...tanto la formación en enfermería como el sistema de suministro de cuidado de salud deben basarse en los valores humanos y deben preocuparse por el bienestar de los demás". La ocasión del cuidado, en últimas, permite el descubrimiento de sí mismo. Estas influencias y valores son claramente expuestos en sus 11 supuestos relacionados con los valores del cuidado humano.⁵⁹

El cuidado y el amor son lo más universal, lo más misterioso de las fuerzas cósmicas, ellos abarcan la energía psíquica y universal.

La asistencia y el amor, con frecuencia subestimados, son las piedras angulares de nuestra humanidad. La cobertura de estas necesidades satisfacen nuestra humanidad.

⁵⁷ Watson, J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en http://fen.uach.mx/index.php?page/semblanza_Jean_Watson (consultado el 24 de Mayo de 2013).

⁵⁸ Marriner, T. Modelos y teorías en enfermería. Quinta edición. Editorial Rol. Barcelona, 1993. p.149.

⁵⁹ Marriner, T. Modelos y teorías en enfermería. Quinta edición. Editorial Rol. Barcelona, 1993. p.149.

Desde que enfermería es una profesión que cuida, sus habilidades para mantener el ideal y la ideología del cuidado en la práctica profesional afectará el desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la enfermería a la sociedad.

En principio nosotros debemos amar y cuidar nuestros propios comportamientos y debemos tratarnos a sí mismos con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros con delicadeza y dignidad. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás.

Tradicionalmente la enfermería ha mantenido una postura de cuidado humano y atención hacia las personas en los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad.

El cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería—la esencia de la enfermería.

El cuidado humano, tanto individual como grupal, progresivamente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario.

Los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido sublimados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales.

Una cuestión trascendental para la enfermería actual y futura es la preservación y evolución del cuidado humano.

El cuidado humano puede ser efectivamente demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales. Los procesos humanos intersubjetivos mantienen vivo un sentir común de humanidad, la identificación de sí mismo con los otros.

Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y a la sociedad residen en los compromisos con los ideales humanos en la teoría, la práctica y la investigación.

Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera. Estas influencias y valores han formado las bases de los diez factores de Cuidado de Watson, utilizados por enfermeras en las intervenciones relacionadas en los procesos de cuidado humano.⁶⁰

⁶⁰ Cohen, JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16:899-909.

FACTORES DEL CUIDADO HUMANO

Formación de un sistema de humanístico- altruista de valores.

Los valores humanísticos y altruistas se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de las enfermeras-educadoras. Ese factor se puede definir como la satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión de uno mismo.⁶¹

El cuidado se basa en un conjunto de valores universales altruistas-humanistas.

Los valores humanistas son la bondad, la empatía, la preocupación y el amor por uno mismo y los demás. Se derivan de las experiencias de la infancia y se refuerzan por las creencias, las culturas y el arte. Los valores altruistas generados por los compromisos y la satisfacción de recibir a través de dar. Ellos dan sentido a la propia vida a través de las creencias y las relaciones con otras personas. Los sentimientos y actos altruistas-humanístico, constituyen la base del cuidado humano y promueve la mejor atención profesional, y como tales, constituyen la primera y más básica factor de la ciencia y la ética del cuidado.⁶²

Inculcación de la fe-esperanza.

Este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera-paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas que buscan la salud.⁶³

En este factor caritativo, se anima a que los pacientes mantengan sus creencias; respetándolas, honorándolas, como una gran influencia en la promoción y mantenimiento de la salud. Con independencia de que un régimen científico se encarga de la atención médica de una persona, la enfermera debe nutrir la fe y la esperanza y el sistema de creencias profundas del ser cuidado. Incluso cuando no hay nada que hacer medicamente, la enfermera alimenta la fe y la esperanza en los pacientes.⁶⁴

⁶¹ Marriner, T. Modelos y teorías en enfermería. Quinta edición. Editorial Rol. Barcelona, 1993. p.149.

⁶² Watson, J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences. Carative factors/caritas proceses as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto&contexto enfermegen. Vol.16. nº1. Brasil, 2007. Pág. 129-135.

⁶³ Marriner, T. Ob. Cit. p.26.

⁶⁴Watson, J. Ob. Cit. pág. 25.

Cultivación de la sensibilidad hacia uno mismo y para los demás.

El reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto actualización a través de la auto aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.⁶⁵

Ser humano es sentir. Con demasiada frecuencia las personas piensan sus pensamientos, pero no sienten sus sentimientos. La única manera de desarrollar la sensibilidad a uno mismo y para los demás es reconocer y sentir nuestros sentimientos.

El desarrollo del yo y el fomento de la sensibilidad, el gusto, valores y sensibilidad en las relaciones humanas evolucionan a partir de los estados emocionales. El desarrollo de la sensibilidad se siente compasivo por las humanidades y las experiencias de la vida compasiva.

La sensibilidad es el reconocimiento de los sentimientos dolorosos, así como los felices. Es cultivarla al mirar en uno mismo y la voluntad de explorar los sentimientos propios. Las personas que no son sensibles y reprimen sus propios sentimientos pueden no ser capaces de permitir que otros expresen y exploren sus sentimientos. Sensibilidad no solo conduce a la auto-percepción y el crecimiento psicológico, sino la sensibilidad y aceptación de los demás.

Las enfermeras que son sensibles a los demás son mejores para aprender sobre la visión del mundo de otras personas, posteriormente, la preocupación aumenta para la comodidad de otros, la recuperación y bienestar. Las enfermeras que reconocen y utilizan su sensibilidad para promover el desarrollo personal y la autorrealización, son capaces de favorecer el desarrollo de los demás. Sin este factor el cuidado de enfermería caería.⁶⁶

Desarrollo de una relación de ayuda – confianza.

El desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado traspersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino y auténtico. La empatía es la capacidad para la experiencia y, por lo tanto, sirve para

⁶⁵ Marriner, T. Modelos y teorías en enfermería. Quinta edición. Editorial Rol. Barcelona, 1993. p.149.

⁶⁶ Watson, J. Ob. cit. pág. 32.

comprender las percepciones y sensaciones de la otra persona y para comunicar aquellas comprensiones. La acogida no posesiva manifiesta con un volumen moderado del habla; una postura relajada, abierta y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones.

La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales.⁶⁷

La relación humana es el cuidado transpersonal, ya que connota un tipo especial de relación: una conexión con la otra persona, un gran respeto por toda persona y su ser en el mundo. En relación con el cuidado humano transpersonal, la enfermera entra en la experiencia de otra persona, y otro puede entrar en las experiencias de las enfermeras. Es un ideal de la intersubjetividad en al que ambas personas están involucradas. Es un arte en el que la enfermera que forma una unión con el otro, conectándose con la persona llena de Espíritu, por detrás del paciente, que trasciende lo físico.

Esta conexión hace honor a la más profunda preocupación por la dignidad humana y la preservación de la humanidad.⁶⁸

Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.

El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para los sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.⁶⁹

Porque los sentimientos después de pensamientos, comportamiento y experiencias, deben ser reconocidas y consideradas en el proceso de cuidado humano. También deben centrarse en los sentimientos y en los aspectos emocionales de un evento, esto es necesario para enfermeras involucradas en el proceso de cuidado humano. La relación amorosa puede pasar a un nivel más profundo, más honesto y autentico si la enfermera permite este factor caritativo. Además, en la escucha de los sentimientos y rendir homenaje a otra persona honramos su historia que tiene un significado e importancia para ellos y sus propiedades curativas. Al escuchar historias de otras personas, puede ser el acto más grande de curación que podemos ofrecer. Puede ser la enfermera quien es la única que escucha y hacen a otras historias y la magnitud de los sentimientos que lo acompañan.

⁶⁷ Marriner, T. Modelos y teorías en enfermería. Quinta edición. Editorial Rol. Barcelona, 1993. p.149.

⁶⁸ Watson, J. Ob. cit. pág. 25.

⁶⁹ Marriner, T. Ob. Cit. pág. 26.

Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.

El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como la ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.⁷⁰

La enfermería profesional emplea el proceso de enfermería, que es un método creativo, la resolución de problemas para ayudar en la toma de decisiones en toda situación de enfermería. Un enfoque creativo reconoce que las enfermeras utilizan todas las formas de saber/ser /hacer en la participación del cuidado clínico. Enfermería es la solución de problemas no lineal es un proceso, pero a menudo a la enfermera entra en un habitación pacientes y agarra la “gestalt”-lectura de campo, en el instante. Este proceso implica el uso completo de sí mismo y todas las facultades, los conocimientos, instinto, la intuición, la estética, tecnología, conocimientos la investigación empírica, la ética, personal e incluso saberes espirituales. En un modelo de la ciencia el cuidado de la práctica, todo el conocimiento es valioso y accesible para la atención clínica. El proceso invita a la imaginación creativa, así como la lógica científica y sistemática tecnología.⁷¹

Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal.

Este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje, diseñadas para permitir que los pacientes se realicen el cuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

Las enfermeras tienen un alarga historia acerca del papel educativo de enseñanza, sin embargo ha habido más énfasis en la transmisión de información en lugar de una intencionalidad consciente para colaborar en los procesos auténticos y las relaciones de mutualidad y reciprocidad, en que la enfermera trata de trabajar desde el marco de los pacientes de referencia, captar el significado y la importancia de la información para la persona, así como la preparación y la oportunidad para que la persona reciba la

⁷⁰ Marriner, T. Ob. Cit. pág. 24

⁷¹ Marriner, T. Ob. Cit. pág. 25

información. Este factor hace explícito que el aprendizaje es algo más que recibir información y datos. Se trata de una relación cordial en un contexto de enseñanza-aprendizaje. Este factor caritativo evoluciona hacia un papel más importante como entrenador en el que la persona se convierte en su propio mejor profesor, a diferencia de una convencional función de impartir-la información.⁷²

Provisión del entorno de apoyo, de protección y corrección mental, física, sociocultural y espiritual.

Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen sobre la salud y la enfermedad y los individuos. Los conceptos relevantes al entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, que incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios estéticamente agradables.⁷³ El propósito de proporcionar un ambiente es brindar una atención de calidad y también sanidad/plenitud. Las áreas que involucran a este factor son: confort, seguridad; privacidad; limpieza y entorno estético.

Las enfermeras a menudo tienen un gran control en el medio ambiente, pero sin una conciencia de su obligación de asumir la responsabilidad sistemática del medio ambiente para proteger, apoyar y/o corregir al paciente.

Más recientemente, este factor ha asumido por completo un nuevo significado. Además de reconocer el medio ambiente en un lugar funcional, físico que atender en forma convencional, ahora uno es invitado a considerar a la enfermera como influyente en los patrones, utilizando como guía para el medio ambiente se puede pensar en la enfermera como la distribución del medio ambiente para promover la curación, la armonía y el uso de modalidades cuidado-curación para ayudar a modelar un ambiente curativo más, por ejemplo, las imágenes, la visualización, la relajación, la música-sonido, el tacto intencional, arte, etc. Una vista más amplia de medio ambiente desarrollada por Watson sugiere y nos invita a considerar a la enfermera como el medio ambiente. En este marco se desarrolló, se nos invita a considerar al profesional y su cuidado evolucionado la

⁷² Watson, J. Ob. Cit. pág.24.

⁷³ Marriner, T. Ob. Cit. pág. 26

conciencia, la presencia, la intencionalidad, y así sucesivamente, como el ingrediente crítico en el medio ambiente.⁷⁴

Asistencia con la gratificación de las necesidades humanas.

La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer necesidades de menor rango antes de intentar las necesidades de un rango superior. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de menor rango, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor rango. La consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior. La auto actualización es una necesidad superior intrapersonal-interpersonal.⁷⁵

La asistencia a las necesidades básicas de otros da acceso a las enfermeras al cuerpo físico de una manera muy íntima. Como tal, es un privilegio y un gran regalo para la sociedad el cuidar de los demás cuando necesitan de atención. En un modelo de cuidado de la ciencia se reconoce que la enfermera sin embargo, no es solo tocar un cuerpo físico o satisfacer las necesidades físicas, sino tocamos en espíritu encarnado. También se hace explícito es este trabajo que se unifican todas las necesidades e interdependientes, así mismo todas las necesidades son igualmente importantes y deben ser valorados y responder a las de cuidado-curación.⁷⁶

Permisión de fuerzas existenciales- fenomenológicas.

La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencia es una ciencia de la existencia humana que utiliza el análisis fenomenológico. Watson opinó que este elemento es difícil de entender. Se incluye para proporcionar una experiencia motivadora del pensamiento que conduzca a una mejor comprensión de nosotros mismos y de los demás.⁷⁷

Este último factor caritativo abre el fenómeno de las incógnitas, que no se pueden explicar científicamente, que no puede a través de la mente occidental de la medicina moderna. Este

⁷⁴ Watson, J. Ob. Cit. pág.24

⁷⁵ Marriner, T. Ob. Cit. pág. 26

⁷⁶ Watson, J. Ob. Cit. pág.25

⁷⁷ Marriner, T. Modelos y teorías en enfermería. Quinta edición. Editorial Rol. Barcelona, 1993. p.151.

factor permite llevar por el ministerio y aspectos filosóficos, metafísicos de las experiencias humanas y fenómenos que no se ajusten a las ideas convencionales de la ciencia y el pensamiento racional. Sin embargo, estas incógnitas son reales para los afectados. Este factor permite llenado espiritual de significados y las incógnitas que surgen para abrir a infinitas posibilidades para los milagros. Este actor caritativo honorífico llena el espíritu de significados, creencias, culturales, los mitos y metáforas y el mundo interno de la vida subjetiva de la enfermera y los pacientes y las familias, lo que permite curas y curas milagrosas y sanaciones.⁷⁸

Watson cree que la responsabilidad de las enfermeras tiene que ir más allá de los 10 factores de cuidado y facilitar el desarrollo en el área de promoción de salud mediante las acciones preventivas de salud. Esta meta se alcanza enseñando cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo un apoyo situacional, enseñando métodos de resolución de problemas y reconociendo las capacidades de superación y la adaptación a la pérdida.⁷⁹

HUMANIZACIÓN EN ENFERMERÍA

En nuestra sociedad contemporánea se siente cada día más la necesidad de humanizar el cuidado al paciente con la finalidad de sensibilizar al profesional de las salud ante los problemas psico-sociales que el paciente trae cuando está enfermo, además es preciso reflexionar que en nuestra realidad, la ciencia y la tecnología están avanzando, y se están dejando de lado la actitud humanitaria de parte de los profesionales de salud.⁸⁰ La enfermera debe comprender que su labor principal es diagnosticar las reacciones humanas, esto incluye brindar una atención en forma cálida, respetando los valores éticos del paciente. Cabe recordar las palabras del profesor español Lain Entralgo quien decía “que en la relación enfermero-paciente se genera una singular amistad, quien requiere el ejercicio de: el respeto por la persona humana, actitudes de amabilidad, empatía, interés por sus necesidades afectivos, pacientes y comunicación adecuada durante la relación la enfermera- paciente”⁸¹. Debe existir entre los profesionales de la salud y el paciente una verdadera amistad, que convierta a la enfermera en un ser humano, perito en la ciencia y el arte de cuidar.

⁷⁸ Watson, J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences. Carative factors/caritas proceses as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto&contexto enfermegen. Vol.16. nº1. Brasil, 2007. Pág. 133.

⁷⁹ Marriner, T. Ob.Cit. p.26

⁸⁰ Bermejo, J., C. Humanizar la Salud. Segunda edición. Editorial Artes Graficas. Madrid., 1997. Pág. 16.

⁸¹ Medina, J., L. La pedagogía del cuidado. Primera edición. Editorial Alwertes, España. 1999. Pag. 14.

La enfermera es un “diálogo vivo, una experiencia existencial vivida entre seres humanos, una búsqueda responsable, una relación transaccional, una forma particular de diálogo humano. De esa manera, los elementos de la enfermera humanística se pueden describir cómo; incorporar a los hombre (paciente y enfermera) en un encuentro (ser y convertirse) dirigido hacia una meta (nutrir el bienestar y el venir a ser) en una transacciones intra subjetiva (estar con y hacer con) ocurriendo en el tiempo y en el espacio (como medidos y vividos por el paciente y la enfermera) en un mundo de hombre y cosas.”⁸²

En esa interacción, que va, más allá de estar físicamente juntos, es que surge la oportunidad de competir las experiencias, llevando una intra subjetividad, a un estar con, para estar con, “es necesario desenvolver la comprensión donde es preciso que el orientado no se limite al papel de observador y si que se ponga en el lugar del orientador y o perciba el mundo y las experiencias como este las percibe, penetrando en su mundo emocional.”⁸³ El enfermero puede contribuir con este proceso de “venir a ser”, “convertirse” del paciente, cuando también enfrenta contribuir con ese proceso de convertirse. Su auto aceptación y conciencia personal le permiten interactuar con el otro ayudarlo “a ser más”. De esta manera hay un verdadero encuentro o un compartir. Ese momento amplio la conciencia de ambos, o sea, los que están implicados y ofrece la oportunidad de un crecimiento humano, al proporcionar un convertirse más y más. Entonces, ocurre un crecimiento mutuo, en el que ambos, enfermera y paciente se transforman. El uso de este abordaje requiere coherencia y autenticidad entre el pensar y el hacer enfermero profesional. Estas actitudes solicitan al profesional que tenga una postura abierta y con disponibilidad para con el otro, lo que se caracteriza en una presencia genuina y compartir verdadero.⁸⁴

DESHUMANIZACIÓN EN ENFERMERÍA

No se puede negar la existencia de una frecuencia crítica a la deshumanización en la atención de salud; crítica que señala aspectos como la indiferencia ante las necesidades emocionales de los pacientes, la despersonalización de los sanitarios, el insuficiente respeto ante la autonomía y la capacidad de decisión de los enfermos que deberían ser los principales protagonistas de un proceso que a nadie afecta tanto como a ellos mismo. Los términos de deshumanización y despersonalización, hacen referencia, sobre todo, al grado

⁸² Patterson, J.; Zderad, J. Enfermería humanística: Asociación nacional de enfermería. Vol. 19. Nº 65. New York, Junio 2006. Pág. 405-496

⁸³ Mondin, B. El hombre: ¿quién es él? Elementos de la Antropología filosófica. Octava edición. Editorial Paulus, Sao Paulo. 1980. Pag. 79.

⁸⁴ Patterson, J.; Zderad, J. Ob.Cit. Pág. 51.

de considerar como un objeto más al enfermo durante la atención brindada. La ausencia de calor en la atención humana queda claro que los profesionales sanitarios necesitamos mantener una distancia afectiva con los enfermos, sin embargo estos no deben experimentar esta falta de sentimientos visibles, como una negación de humanidad.⁸⁵

La multitud hace visible al individuo: en el montón se pierde la dignidad y el valor de las personas. En la muchedumbre uno de más, uno de menos, carece de importancia. Entre el genio que atiborra en una noche las urgencias, el nombre de un paciente resulta irrelevante. Nunca se recuerda. Con frecuencia se olvida el motivo de ese anónimo que llegó a consulta. La masificación deshumaniza. Deshumaniza porque agota. El profesional agotado comienza a sentir como tortura la próxima consulta; el siguiente paciente es un suplicio. Deshumaniza porque en el cuidado se vuelve rutinario el sufrimiento. El caso doloroso y único conmueve, ante los mismos casos en sucesión indefinida termina anestesiado el sentimiento.

La masificación deshumaniza porque vuelve anónimos a todos los actores, porque involucra demasiada gente; mucho intermediario. Ya no son el médico y su paciente en comunión privada; hasta el vigilante y el portero se entrometen. Todos en la multitud son para los demás intrusos, se ven con desconfianza. Por seguridad las instituciones de salud cierran sus puertas y deben exigir identidades. Ni los vigilantes conocen a los médicos, con mayor razón desconocen al paciente.⁸⁶

CARING BEHAVIORS ASSESSMENT (INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE CUIDAR)

El *Caring Behaviors Assessment* (Instrumento de evaluación de las conductas de cuidar) es una de las primeras herramientas desarrolladas para evaluar el cuidado. Fue el primero, descrito en la literatura de enfermería para tener una base explícita teórico-conceptual del que se derivaron ítems específicos. Este es basado en la teoría de Watson (1985, 1988) y los 10 factores de cuidado identificados en su trabajo original. La herramienta fue desarrollada por Cronin Harrison (1988) han identificado las conductas de enfermería percibidas por el paciente para indicar su cuidado.⁸⁷ Desde su desarrollo y publicación

⁸⁵ Bermejo, J., C. Humanizar la Salud. Segunda edición. Editorial Artes Graficas. Madrid., 1997. Pág. 16.

⁸⁶ Murillo, S., la deshumanización en la salud. Primera edición. Editorial Bahamas, Concepcion. 2009. Pág. 13-15.

⁸⁷ Watson, J. Assessing and measuring caring in Nursing and Health Sciences. Segunda edición. 2009. PAG. 83.

original, el CBA ha sido utilizado en una serie de estudios publicados y no publicados y ha sido traducido a varios idiomas, incluyendo el español, filipino, italiano y japonés.

La CBA se compone de 63 conductas del cuidado de enfermería que se agrupan en siete subescalas las cuales son congruentes con los factores de cuidado de Watson. Los 3 primeros de los 10 factores de cuidado se agrupan en una sub escala, que esta conceptualmente congruente con la teoría de Watson. El sexto factor caritativo, “Usar procesos creativos para la resolución de problemas en el proceso del cuidado” fue asumido por los autores a ser inherente a todos los aspectos del cuidado de enfermería, y así imperceptible para los pacientes. Por lo tanto ese factor se omitió como una sub escala. La herramienta utiliza de sexto grado de nivel de idiomas. Se mide a los artículos en una escala de Likert de cinco puntos para reflejar el grado en las cuales cada conducta de enfermería refleja el cuidado.

La herramienta fue utilizada por primera vez con una muestra de 22 pacientes que habían sufrido un infarto de miocardio. La validez fue realizada por cuatro expertos conocedores de la teoría de Watson, Cronin y Harrison (1988) tuvo en cuenta la legibilidad y la confiabilidad, así como validez de apariencia y contenido. Ellos reportaron las siguientes confiabilidades de consistencia interna, probado con el alfa de Cronbach, en cada una de las sub escalas.

Humanismo / la fe-esperanza-la sensibilidad 0.84

Ayuda/confianza 0.76.

Aceptación de la expresión de positivo/negativo 0.67.

Enseñanza / aprendizaje 0.90.

Soporte y protección/ ambiente 0.79.

Asistencia de necesidades humanas 0.89.

Fuerzas existenciales/espirituales y fenomenológica 0.66.

Valores similares de confiabilidad fueron reportados por Huggins, Gandy y Kohut (1993) con una muestra de 288 pacientes ambulatorios visitada en una sala de emergencia. Un estudio posterior por Schultz, Bridgham, Smith y Higgins (1998) reportaron una prueba adicional de confiabilidad con un rango de 0.71 a 0.88 para la subescalas y alfa de 0.93 para la escala total. Uno de los más recientes reportes del uso del instrumento es por Baldursdottir y Jonsdottir (2002), quien utilizó con un grupo de adultos que habían

recibido atención en el departamento de urgencias de un hospital universitario. Ellos reportaron que la confiabilidad del alfa de Cronbach para cada una de las siete subescalas, que oscilaron desde 0.69 hasta 0.89.

Sin embargo, Cronin y Harrison (1988) reconocen las limitaciones de la CBA, en particular la duración del instrumento y la variabilidad en los ítems mencionados, como así como el pequeño tamaño de muestra de esta prueba inicial, y sugerir los próximos uso y evaluación de la herramienta.⁸⁸

ESCALA DE ACTITUD TIPO LIKERT

Este método fue desarrollado por Rensis Likert a principios de los treinta; sin embargo, se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se les administra. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones. Las afirmaciones pueden tener dirección: favorable o positiva y desfavorable o negativa. Y esta dirección es muy importante para saber cómo se codifican las alternativas de respuesta.

Existen dos formas básicas para aplicar una escala de Likert. La primera es de manera *autoadministrativa*; se le entrega la escala respondiente y este marca respecto a cada afirmación, la categoría que mejor describe su reacción o respuesta. Es decir, marcan su respuesta. La segunda forma es la *entrevista*; un entrevistador lee las afirmaciones y las alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que este contesta.⁸⁹

El método de los grupos extremos se debe especificar, la forma más aconsejable de establecerlo es tomar a los individuos del cuartil superior y a los individuos del cuartil inferior.⁹⁰

En primer lugar se averigua la amplitud de la distribución:

$$A = x_{\max} - x_{\min}$$

Y luego el número de intervalos:

$$h = A/I$$

⁸⁸ Watson, J. *Assesing and measuring caring in Nursing and Health Sciences*. Segunda edición. 2009. Pag. 83-96.

⁸⁹ Hernandez Sampiere R., Fernandes Collado C. y Baptista Lucio P. *Metodología de la Investigación*. Mexico McGraw: 1991:263-277.

⁹⁰ Elejabarrieta F. J. y Iñiguez L. *Construcción de escalas de actitud tipo Thurst y Likert*. 1984: 38

3 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN:

La medición del nivel de percepción del paciente sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería de los Hospitales de Apoyo, San Juan de Dios – Ayaviri e Ilave, se sitúan en un nivel regular y deficiente dentro de la corriente humanística en cuidados de enfermería.



4 VARIABLES Y SU OPERALIZACIÓN

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES:

Variable independiente: cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería.

Variable dependiente: percepción del paciente hospitalizado

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	CATEGORIA	INDICE
Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de Enfermería Proceso subjetivo mediante el cual el paciente expresa la forma como recibe el cuidado humanizado	Humanismo/fe-esperanza/sensibilidad.	Me tratan como una persona única.	Siempre	5
			Casi siempre	4
			A veces	3
			Casi nunca	2
			Nunca	1
			Toman en cuenta mi manera de pensar.	Siempre
		Casi siempre		4
		A veces		3
		Casi nunca		2
		Nunca		1
		Sabén hacer bien su trabajo.		Siempre
			Casi siempre	4
A veces	3			
Casi nunca	2			
Nunca	1			
Me dan seguridad.	Siempre		5	
	Casi siempre	4		
	A veces	3		
	Casi nunca	2		
	Nunca	1		
	Me hacen sentir que están cerca si los necesito.	Siempre	5	
Casi siempre		4		
A veces		3		
Casi nunca		2		
Nunca		1		
Me animan a		Siempre	5	

	confiar en mí mismo.	Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	4 3 2 1
	Señalan cosas buenas de mi persona y de mi condición de salud.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
	Elogian mis esfuerzos.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
	Me comprenden.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
	Me preguntan cómo me gustaría que se hagan las cosas.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
	Aceptan mi modo de ser.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
	Son comprensivos y respetan mis sentimientos y estados de ánimo.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca	5 4 3 2

			Nunca	1
			Siempre	5
			Casi siempre	4
			A veces	3
		Son amables y consideradas(os).	Casi nunca	2
			Nunca	1
		Se dan cuenta cuando “estoy aburrido” y me tienen paciencia.	Siempre	5
			Casi siempre	4
			A veces	3
			Casi nunca	2
			Nunca	1
		Durante la atención realizada se muestran tranquilas.	Siempre	5
			Casi siempre	4
			A veces	3
			Casi nunca	2
			Nunca	1
		Me tratan con respeto.	Siempre	5
			Casi siempre	4
			A veces	3
			Casi nunca	2
			Nunca	1
	Ayuda / confianza		Siempre	5
			Casi siempre	4
		Realmente me escuchan cuando estoy hablando.	A veces	3
			Casi nunca	2
			Nunca	1
		Aceptan mis sentimientos sin juzgarlos.	Siempre	5
			Casi siempre	4
			A veces	3
			Casi nunca	2
			Nunca	1
		Vienen a la habitación para	Siempre	5
			Casi siempre	4

	saber cómo estoy.	A veces	3
		Casi nunca	2
		Nunca	1
	Conversan conmigo sobre cómo era mi vida antes de ingresar al hospital.	Siempre	5
		Casi siempre	4
		A veces	3
		Casi nunca	2
		Nunca	1
	Me preguntan cómo me gustaría que me llamen.	Siempre	5
		Casi siempre	4
		A veces	3
		Casi nunca	2
		Nunca	1
	Se presentan cuando recién nos conocemos.	Siempre	5
		Casi siempre	4
		A veces	3
		Casi nunca	2
		Nunca	1
	Vienen rápidamente cuando los llamo.	Siempre	5
		Casi siempre	4
		A veces	3
		Casi nunca	2
		Nunca	1
	Me ponen toda su atención cuando están conmigo.	Siempre	5
		Casi siempre	4
		A veces	3
		Casi nunca	2
		Nunca	1
	Si me trasladarían a otro sector del hospital ¿me visitarían?	Siempre	5
		Casi siempre	4
		A veces	3
		Casi nunca	2
		Nunca	1

	Me tocan (la mano, hombro o mejilla) cuando necesito consuelo o me dan ánimo.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
	Cumplen con lo que se comprometen.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
Expresión de sentimientos positivos/negativo.	Me estimulan a expresar lo que siento.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
	No se molestan cuando estoy enojado o de mal humor.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
	Me ayudan a entender mis sentimientos.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
	No se alejan, ni me abandonan cuando estoy difícil de tratar (irritable, callado, etc.).	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
	Enseñanza/ Aprendizaje.	Me animan a preguntar sobre mi enfermedad y mi	Siempre Casi siempre A veces

		tratamiento.	Casi nunca	2
			Nunca	1
		Responden de manera clara mis preguntas.	Siempre	5
			Casi siempre	4
			A veces	3
			Casi nunca	2
			Nunca	1
		Me enseñan sobre mi enfermedad.	Siempre	5
			Casi siempre	4
			A veces	3
			Casi nunca	2
			Nunca	1
		Se aseguran de que entiendo lo que me explican.	Siempre	5
			Casi siempre	4
			A veces	3
			Casi nunca	2
			Nunca	1
		Me preguntan qué deseo saber acerca de mi salud/enfermedad.	Siempre	5
			Casi siempre	4
			A veces	3
			Casi nunca	2
			Nunca	1
		Me ayudan a ponerme metas que realmente puedo lograr de acuerdo a mi estado de salud.	Siempre	5
			Casi siempre	4
			A veces	3
			Casi nunca	2
			Nunca	1
		Me ayudan a planificar cómo lograr esas metas de salud.	Siempre	5
			Casi siempre	4
			A veces	3
			Casi nunca	2
			Nunca	1
		Me ayudan a	Siempre	5

		planificar los cuidados que tendré en mi casa cuando me den de alta.	Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	4 3 2 1
Soporte/ protección/ Ambiente.		Me dicen qué ocurrirá conmigo cada día respecto a mi salud. (evolución de la enfermedad)	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
		Entienden cuando necesito estar solo(a).	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
		Me sugieren ideas o cosas para hacerme sentir más cómodo(a). (cambios de posición, mantas, etc.)	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
		Dejan mi habitación limpia y ordenada después de un procedimiento.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
		Me explican las precauciones de seguridad que debemos tener mi familia y yo.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
		Me dan medicamentos para	Siempre Casi siempre	5 4

		el dolor cuando lo necesito.	A veces	3
			Casi nunca	2
			Nunca	1
		Me animan a que haga lo que puedo hacer por mí mismo/a.	Siempre	5
			Casi siempre	4
			A veces	3
			Casi nunca	2
			Nunca	1
		Respetan mi pudor (ejemplo: no destaparme en público).	Siempre	5
			Casi siempre	4
A veces	3			
Casi nunca	2			
Nunca	1			
Antes de irse, verifican junto conmigo que tengo todo lo que necesito al alcance de la mano.	Siempre	5		
	Casi siempre	4		
	A veces	3		
	Casi nunca	2		
	Nunca	1		
Consideran mis necesidades espirituales.	Siempre	5		
	Casi siempre	4		
	A veces	3		
	Casi nunca	2		
	Nunca	1		
Son gentiles conmigo.	Siempre	5		
	Casi siempre	4		
	A veces	3		
	Casi nunca	2		
	Nunca	1		
Son alegres.	Siempre	5		
	Casi siempre	4		
	A veces	3		
	Casi nunca	2		

		Nunca	1
Asistencia en las necesidades humanas.	Me ayudan a cuidarme hasta que yo pueda hacerlo por mi cuenta.	Siempre	5
		Casi siempre	4
		A veces	3
		Casi nunca	2
		Nunca	1
	Conocen bien su trabajo; por ejemplo, cómo poner inyecciones.	Siempre	5
		Casi siempre	4
		A veces	3
Casi nunca		2	
Sabén usar los equipos (ejemplo: monitores).	Nunca	1	
	Casi nunca	2	
	A veces	3	
	Casi siempre	4	
Me dan tratamientos y medicamentos a tiempo.	Siempre	5	
	Casi siempre	4	
	A veces	3	
	Casi nunca	2	
	Nunca	1	
Mantienen a mi familia informada sobre la evolución de mi enfermedad.	Siempre	5	
	Casi siempre	4	
	A veces	3	
	Casi nunca	2	
Permiten que mi familia me visite lo más que sea pueda.	Nunca	1	
	Casi nunca	2	
	A veces	3	
	Casi siempre	4	
Vigilan mi estado de salud muy de	Siempre	5	
	Casi siempre	4	

		cerca.	A veces Casi nunca Nunca	3 2 1
		Me hacen sentir que puedo decidir acerca de ciertas acciones sobre mi cuidado.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
		Reconocen cuándo necesito que llamen a un médico.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
	Fuerzas existenciales/ fenomenológica/ espiritual.	Me muestran que entienden mis sentimientos (tristeza, alegría, etc.)	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
		Me ayudan a entender que mis experiencias de vida son importantes para crecer como persona.	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1
		Me animan a sentirme bien conmigo mismo (a).	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca	5 4 3 2 1

5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el nivel de percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de Enfermería de los Hospitales de Apoyo, Ilave y San Juan de Dios Ayaviri- Puno, 2013.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar la percepción del cuidado humanizado según: el humanismo, fe-esperanza y sensibilidad en términos de sentirse como ser individual, apoyado, comprendido y respetado al comunicarse, de los Hospitales de Apoyo, Ilave y San Juan de Dios Ayaviri- Puno, 2013.

Identificar la percepción del cuidado humanizado según: la ayuda y confianza en términos de sentirse escuchados, apoyados emocionalmente y en confianza.

Identificar la percepción del cuidado humanizado según: la aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos en términos de comprensión intelectual y emocional.

Identificar la percepción del cuidado humanizado según: la enseñanza y aprendizaje en términos de conocimientos sobre su enfermedad, tratamiento y consentimiento informado.

Identificar la percepción del cuidado humanizado según: el soporte, protección y ambiente en términos de preservación de la intimidad, la seguridad, ambientes limpios y estéticos.

Identificar la percepción del cuidado humanizado según: la asistencia en las necesidades humanas en términos de necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales.

Identificar la percepción del cuidado humanizado según: las fuerzas existenciales fenomenológicas y espirituales en términos de motivación, empatía, valoración de uno mismo.

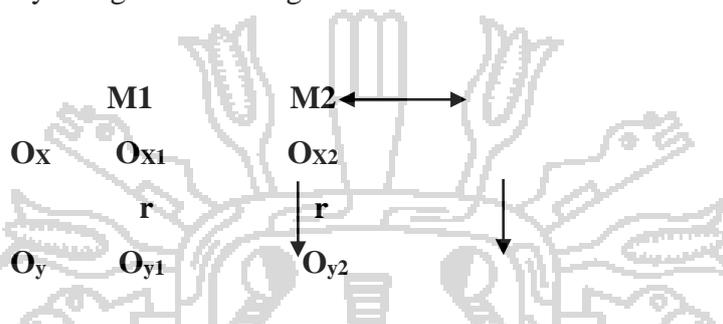
Comparar el nivel de percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de Enfermería de los Hospitales de Apoyo, Ilave y Hospital San Juan de Dios Ayaviri, Puno.

6 DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es de tipo descriptivo-comparativo; ya que consiste en recolectar en dos muestras, con el propósito de observar el comportamiento de una variable; y esta se estudia en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

Se utilizó el diseño de investigación **NO EXPERIMENTAL, TRANSVERSAL-DESCRIPTIVO**, cuyo diagrama es el siguiente:



Dónde:

M1: Pacientes hospitalizados del Hospital de Apoyo II-1 Ilave.

M2: Pacientes hospitalizados del Hospital de Apoyo II-1 San Juan de Dios Ayaviri.

Ox1: Percepción del paciente hospitalizado

Oy1: Cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería.

ÁMBITO DE ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación, se realizó en las instalaciones de los hospitales de Apoyo, Ilave II-1 y San Juan de Dios – Ayaviri II-1, Puno.

POBLACIÓN Y MUESTRA:

POBLACION

La población estudiada fueron los pacientes hospitalizados de los Hospitales de apoyo, Ilave: con un total de 163 unidades poblacionales (Información obtenida de la Unidad de Estadística e Informática REDESS Collao, Agosto-septiembre, 2012) y San Juan de Dios-Ayaviri: con un total de 255 unidades poblacionales (Información obtenida de la Unidad de Estadística e Informática REDESS Melgar, Agosto-septiembre, 2012).

MUESTRA

El método de muestreo elegido fue el Probabilístico.

Para el cálculo del tamaño de la muestra y para la estimación de las proporciones poblacionales, se aplicó la siguiente fórmula.

$$n = \frac{N Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)e^2 + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

Donde:

Z: Corresponde al nivel de confianza elegido (0.95).

P: Proporción del número de casos favorables respecto al total (0.5).

e: Error máximo (0.05).

N: Tamaño de la población (163 y 265).

Reemplazando:

n=114.6 y n=153.5 respectivamente.

La corrección de muestreo aplicable cuando $n_0 / N > 10\%$ con la siguiente formula:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Entonces para la obtención de los distintos objetivos de esta investigación se observó una total de 67 y 96 unidades muestrales, representados por 85 pacientes hospitalizados del Hospital de Apoyo Ilave y 120 pacientes hospitalizados del Hospital de Apoyo San Juan de Dios-Ayaviri.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

Pacientes varones y mujeres mayores de 18 años que den su consentimiento para la aplicación del instrumento.

Pacientes con capacidad mental de contestar el instrumento.

Tiempo de hospitalización mayor o igual a 48 horas.

Criterios de exclusión:

Los pacientes menores a 18 años.

Tiempo de hospitalización menor a las 48 horas.

Familiares.

Pacientes que no se encuentren con la capacidad física y mental para responder al instrumento.

Consideraciones éticas: A los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión se les informó de manera verbal y escrita el contenido, objetivo del estudio y su autonomía para continuar o retirarse del estudio cuando lo considere pertinente, asimismo se les informó acerca del manejo confidencial de la información recolectada.

Unidad de Análisis

Pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina, Cirugía y Gineco - Obstetricia, del hospital de Apoyo de Ilave II-I y hospital San Juan de Dios II-I – Ayaviri, de ambos sexos, cuya edad oscila entre 18 a 60 años de edad, la mayoría son procedentes de la zona rural, con creencias y costumbres andinas, quechua y aymara hablantes, y el 60% son beneficiarios del sistema integral de salud (SIS).

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el presente trabajo de investigación se utilizó la encuesta como técnica para la recolección de datos. Puesto que el sujeto está implicado activamente en la provisión de informes de sí mismo.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

El instrumento que se utilizó es la escala Caring Behaviors Assesment en lengua castellana, mediante el cual se podrá obtener evidencias concretas, del aporte del cuidado en la vida de las personas. Este instrumento contiene indicadores empíricos que reflejan los factores de cuidado humano planteados por Watson.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

El Caring Behaviors Assesment Tool⁹¹ es una herramienta validada en múltiples contextos Estado Unidenses, Europeos y Latinoamericanos, en la actualidad no se cuenta con una herramienta de esta naturaleza que se ajuste al espacio cultural del Perú, especialmente a la zona rural (Quechua y Aymara hablantes). el cual fue utilizado por la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y una valides de contenido elaborado

⁹¹ Cronin, S.,N.; Harrison, B. Importance of nurse caring behaviors as perceived after myiocard infarction. Hesrt&Lung 1988, 17:374-380.

por Nadia Reyna de la facultad de enfermería de la universidad de Colombia, en donde se revela la percepción del paciente con relación a comportamientos humanizados en la atención de enfermería, este mismo instrumento fue utilizado por Tania Maldonado Rodríguez en la Universidad Nacional Del Altiplano dirigido a pacientes de los servicios de medicina y cirugía en el 2010, validándose por prueba piloto con un numero de 10 pacientes, por lo que se realizaron cambios en las estructuras de afirmaciones sin cambiar el sentido de la oración.

Consiste en una escala de apreciación tipo Likert de cinco puntos en donde uno corresponde a nunca, dos casi nunca, tres a veces, cuatro casi siempre y cinco siempre. El instrumento consta de 63 ítems contenidos en siete subescalas que agrupan los factores del cuidado, para un rango real del instrumento de 63 a 315 por encuesta así:

Humanismo/fe-esperanza/sensibilidad (ítems 1-16); para un rango real de 1 a 80 puntos por encuesta, con una validación de Crombach alpha= 0.89.

Ayuda/confianza (ítems 17 a 27); para un rango real de 1 a 55 puntos por encuesta, con una validación de Crombach alpha= 0.84.

Expresión de sentimientos positivos/negativos (ítems 28 a 31); para un rango de 1 a 20 puntos por encuesta, con una validación de Crombach alpha= 0.79.

Enseñanza/ aprendizaje (ítems 32 a 39); para un rango de 1 a 40 puntos por encuesta, con una validación de Crombach alpha= 0.90.

Soporte/protección/ambiente (ítems 40 a 51); para un rango de de 1 a 60 puntos por encuesta, con una validación de Crombach alpha= 0.76.

Asistencia en las necesidades humanas (ítems 52 al 60); para un rango de 1 a 45 puntos por encuesta, con una validación de Crombach alpha= 0.67.

Fuerzas existencial/fenomenológica/espiritual (ítems 61,62 y 63), para un rango de 1 a 15 puntos por encuesta, con una validación de Crombach alpha= 0.66.⁹²

PRUEBA PILOTO:

La prueba piloto se aplicó en pacientes hospitalizados de los hospitales de Apoyo, Juli y Carlos Cornejo Rosello Vizcardo-Azángaro por poseer características similares a la población de estudio para validar el instrumento y ver la capacidad de entendimiento del contenido del mismo por el paciente encuestado y tomar decisiones en algunos ítems que presentaron algún grado de dificultad.

⁹² Kimblie, L. Patients Perceptions of Nurse Caring Behaviors in an Emergency Department. Marshall University College of Nursing and Health Professions. Junio 2003.

ADAPTACIÓN DEL INSTRUMENTO:

La adaptación final se realizó a través de una prueba piloto en el Hospital Apoyo de Juli el cual se aplicó a 10 pacientes el 20 de Junio y en el Hospital de Apoyo-Azángaro se aplicó a 10 pacientes el 21 de Junio detectando dificultades en los siguientes ítems: 03, 08, 11, 22, 25, 28, 31, 42, 47, 49, 53 y 54 (VER ANEXO N° 01)

Durante la aplicación de la prueba piloto los pacientes encuestados tuvieron dificultad en responder los ítems 03, 53 y 54, la duda apareció respecto al sentido de los enunciados: saben hacer bien su trabajo, conocen bien su trabajo (ejemplo: poner inyecciones) y saben usar los equipos (ejemplo: monitores). No pudiendo resolver las interrogantes mediante el análisis de la dimensión en la que estaba contenido el ítem, las preguntas quedaron en blanco. Además a ello se debe de agregar que los pacientes no saben cómo es lo correcto, es decir si el profesional de Enfermería tiene los conocimientos y destrezas para realizar su trabajo; ya que sus características culturales corresponden a las de una persona de la clase media y baja, usuarios del sistema integral de salud (SIS) y con estudios fundamentalmente primarios, secundarios y algunos sin estudios.

Asimismo para mayor validez se consultó al Lic. Bladimiro Zenteno Herrera, especialista en Lingüística, docente de la Facultad de Ciencias de la UNA-PUNO, quien sugiere que se puede realizar cambios léxicos cuando estos no son entendibles para el encuestado: ítems 08, 11, 22, 25, 28, 31, 42, 47, 49. (VER ANEXO 01)

CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO:

La calificación del instrumento se realizó de la siguiente manera:

Sumando los puntajes obtenidos sobre la percepción del paciente hospitalizado del cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería, las puntuaciones del número 1 al 15 correspondiente a la subescala humanismo/fe-esperanza/sensibilidad, luego las preguntas del 16 al 26, que corresponden a la subescala ayuda/confianza; las preguntas 27 hasta la 30 que corresponden a la subescala expresión de sentimientos positivos/negativos; los ítems 31 al 38 corresponden a la subescala enseñanza/ aprendizaje; los ítems 39 al 50 corresponden a la subescala soporte/protección/ambiente; los ítems 51 al 57 corresponden a la subescala asistencia en las necesidades humanas y del 58 al 60 que corresponden a la subescala de Fuerzas existencial/fenomenológica / espiritual.

Los puntajes obtenidos en cada subescala son llevados al cuadro de categorías, el que se detalla a continuación:

PUNTAJES DE LAS CATEGORÍAS DE RESPUESTA.⁹³

SIEMPRE: El valor numérico que adquirió por ítems es 5 puntos, y el valor total será de 300 puntos, la acción se realiza en más del 90% de las veces.

CASI SIEMPRE: El valor numérico que adquirirá por ítems es de 4 y el valor total será de 240 puntos, la acción se realiza del 60 al 80% de las veces.

A VECES: El valor numérico por ítems es de 3 puntos y el valor total de 180 puntos, la acción se tiene que realizar la mitad de las veces 50%.

CASI NUNCA: El valor numérico por ítems es de puntos y el valor neto de 120 puntos, la acción se realiza en un rango de 10 al 40% de las veces.

NUNCA: El valor numérico por ítems es de 1 punto y el valor total de 60 puntos, la acción se realiza en menos del 10% de las veces.

CALIFICACIÓN POR SUB-ESCALAS.⁹⁴

Humanismo/fe esperanza/sensibilidad: Si el puntaje se encuentra en los rangos de 75-65 puntos significa que el paciente percibe estos criterios de esta sub escala en el cuidado humano brindado, si el puntaje se encuentra entre 33-54 puntos encontraremos que regularmente el paciente percibe dichos criterios del cuidado humano y si el puntaje es de 15-32 puntos encontraremos que el paciente no percibe los criterios mencionados en esta sub-escala del cuidado humano.

Ayuda/confianza: Si el puntaje se encuentra en los rangos de 41-55 puntos significa que el paciente percibe estos criterio de esta sub-escala en el cuidado humano brindado, si el puntaje se encuentra entre 26-40 puntos encontraremos que regularmente el paciente percibe dichos criterios del cuidado humano y si el puntaje es de 11-25 puntos encontraremos que el paciente no percibe los criterios mencionados en esta sub-escala del cuidado humano.

Expresión de sentimientos positivos/negativos: Si el puntaje se encuentra en los rangos 16-20 puntos significara que el paciente percibe estos criterios de esta sub escala en el

⁹³ Cronin, S.,N.; Harrison, B. Importance of nurse caring behaviors as perceived after myiocard infarction. *Hesrt&Lung* 1988, 17:374-380.

⁹⁴ Cronin, S.,N.; Harrison, B. Ob. Cit. pág. 62.

cuidado humano brindado, si el puntaje se encuentra entre 10-15 puntos encontraremos que regularmente el paciente percibe dichos criterios del cuidado humano y si el puntaje es de 4-9 puntos, encontraremos que el paciente no percibe los criterios mencionados en esta sub escala del cuidado humano.

Enseñanza/aprendizaje: Si el puntaje se encuentra con los rangos de 30-40 puntos significará que el paciente percibe estos criterios de esta sub escala en cuidado humano brindado, si el puntaje se encuentra entre 19-29 puntos encontraremos que regularmente el paciente percibe dichos criterios del cuidado humano.

Soporte/protección/ambiente: Si el puntaje se encuentra en los rangos de 45-60 puntos significara que el paciente percibe estos criterios de esta sub escala en el cuidado humano brindado, si el puntaje se encuentra entre 29-44 puntos, encontraremos que regularmente el paciente percibe dichos criterios del cuidado humano y si el puntaje es d 12-28 puntos encontraremos que el paciente no percibe los criterios mencionados en esta sub escala del cuidado humano.

Asistencia en las necesidades humanas: Si el puntaje se encuentra en los rangos de 26-35 puntos significara que el paciente percibe estos criterios de esta sub escala en el cuidado humano brindado, si el puntaje se encuentra entre 16-25 puntos, encontraremos que regularmente el paciente percibe dichos criterios del cuidado humano y si el puntaje es de 07-15 puntos encontraremos que el paciente no percibe los criterios mencionados en esta sub escala del cuidado humano.

Fuerza existencia/fenomenología/espiritual: Si el puntaje se encuentra en los rangos de 12-15 puntos significara que el paciente percibe estos criterios de esta sub escala en el cuidado humano brindado, si el puntaje se encuentra entre 08-11 puntos, encontraremos que regularmente el paciente percibe dichos criterios del cuidado humano y si el puntaje es de 03-07 puntos encontraremos que el paciente no percibe los criterios mencionados en esta sub escala del cuidado humano.

LOS RANGOS GLOBALES DE PERCEPCIÓN SE CLASIFICAN EN:

Si el valor total del instrumento se encuentra en los rangos de 230-300 puntos se clasificara como: el paciente percibe cuidado humano bueno por parte del profesional de enfermería.

Si el valor total del instrumento se encuentra en los rangos 140-229 puntos se clasificara como: el paciente percibe un cuidado humano regular por parte del profesional de enfermería.

Si el valor total del instrumento se encuentra en los rangos 60-130 puntos se clasificara como: el paciente percibe un cuidado humano deficiente por parte del profesional de enfermería.

PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para desarrollar la presente investigación se realizaron las siguientes actividades:

COORDINACIÓN:

Se solicitó al Sr. Decano de la Facultad de Enfermería la emisión de una carta de presentación a nombre del Director de la REDESS COLLAO y REDESS MELGAR.

Se presentó la solicitud emitida por el decano a los directores de los Hospitales de Apoyo, Ilave y Ayaviri, con la finalidad de obtener facilidades y la autorización para ejecutar el trabajo de investigación.

Luego se tuvo reunión con la Enfermera Jefe del departamento de Enfermería de ambos Hospitales con la finalidad de dar a conocer los objetivos del trabajo de Investigación y obtener facilidades para recolectar la información consentida de los pacientes hospitalizados.

EJECUCIÓN

Para el llenado de la encuesta y recolección de la información se procede a lo siguiente:

Se aplica a los pacientes hospitalizados tomando en cuenta los criterios de inclusión.

Luego fue encuestado el paciente previa orientación y consentimiento informado, para lo cual las investigadoras formulamos en forma sencilla y comprensible cada interrogante para obtener la respuesta más acertada.

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de instrumento, tomando en cuenta el tiempo para contestar la encuesta, el cual fue de 20 a 30 minutos como máximo.

Luego se agradeció a los pacientes por la colaboración prestada en la recolección de datos.

Finalmente los datos fueron sistematizados para el respectivo análisis e interpretación y presentados en cuadros.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los instrumentos fueron codificados para facilitar el vaciado de datos.

Luego se realizó el vaciado en una sábana de datos. Durante la aplicación del instrumento los pacientes encuestados tuvieron dificultad en responder los ítems, 03, 53 y 54, dichos ítems se dejó en blanco al momento del vaciado de datos.

Finalmente se elaboraron cuadros de acuerdo a los objetivos.

7 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO N° 1

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN LA DIMENSION: HUMANISMO, FE -ESPERANZA Y SENSIBILIDAD EN LOS HOSPITALES DE APOYO, ILAVE Y SAN JUAN DE DIOS–AYAVIRI, PUNO 2013.

PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANO	HOSPITALES DE APOYO		AYAVIRI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	10	11.76	6	5	16	7.8
REGULAR	63	74.12	74	61.7	137	66.8
DEFICIENTE	12	14.12	40	33.3	52	25.37
TOTAL	85	100	120	100	205	100.0

FUENTE: Encuesta CBA (Caring Behaviors Assessment) aplicado por las investigadoras.

En el cuadro se visibiliza la percepción del paciente hospitalizado respecto al cuidado humanizado. En la dimensión: humanismo, fe-esperanza y sensibilidad, podemos observar que en el Hospital de Apoyo Ilave, el 74.12% alcanzan el nivel regular, el 14.12% nivel deficiente; comparando con los resultados en el Hospital de Apoyo San Juan de Dios Ayaviri, el 61.7% alcanza el nivel regular y el 33.3 % nivel deficiente; en ambos Hospitales, el 66.8% alcanza el nivel regular, seguido por el 25.37% nivel deficiente y el 7.8% nivel bueno.

Los resultados obtenidos en la dimensión humanismo, fe – esperanza y sensibilidad alcanzan el nivel regular en ambos hospitales. Este nivel alcanza mayor porcentaje en el Hospital de Ilave, lo que podría atribuirse a la rutina de trabajo, ya que el tiempo de servicio del profesional de Enfermería que labora en ambos hospitales fluctúa entre los 20 años. La afluencia de pacientes y la pérdida de motivación son factores que también interfieren en la prestación de servicios, no cumpliéndose con el lema “Personas atendiendo a personas con calidez y calidad”. Al respecto, según la calificación por ítems, los pacientes indican que las enfermeras casi nunca les tratan individualmente en un 48.8%, (VER ANEXO 06-A), no toman en cuenta su manera de pensar en un 42.4% y no

les preguntan cómo les gustaría que se hagan las cosas en un 36.6%. El profesional de Enfermería deberá adoptar una actitud positiva, de escucha abierta y atentamente las manifestaciones de su paciente, tanto por medio de su lenguaje como su expresión corporal, evitando la interferencia de sus propios prejuicios, ideas o interpretaciones (actitud fenomenológica). Se debe animar a que los pacientes mantengan sus creencias, respetándolas, honorándolas, como una gran influencia en la promoción y mantenimiento de la salud. Con independencia de que un régimen científico se encarga de la atención médica de una persona, la enfermera debe nutrir la fe y la esperanza y el sistema de creencias profundas del ser cuidado. Incluso cuando no hay nada que hacer medicamente, la enfermera alimenta la fe y la esperanza en los pacientes.

Este planteamiento es fundamentado y sostenido por **Watson (2007)**, quien refiere que "el cuidado se basa en un conjunto de valores humanistas (bondad, la empatía, la preocupación y el amor por uno mismo). Los demás aspectos se derivan de las experiencias de la infancia y se refuerzan con las creencias, las culturas y el arte. Los valores altruistas generados por los compromisos y la satisfacción de recibir a través de dar entran en el campo fenomenológico de la persona y responden a la condición del ser de la persona a cuidar (espíritu, alma), de la misma manera que exponen sus sentimientos subjetivos. Con el transcurrir del tiempo, son cada vez pocas las enfermeras que conservan valores humanistas, como se observa en el presente estudio de investigación, donde más de la mitad de pacientes perciben el humanismo como regular.

Además, la percepción es la forma individual y personal muy íntima en que un ser humano siente su entorno físico, emocional, espiritual y social con el que está íntimamente ligado y se va constituyendo en un círculo de vivencias que influyen en el comportamiento cotidiano y el trato para con los demás seres humano. Las percepciones son importantes para los seres humanos porque determinan la manera en que las informaciones son utilizadas para acordar acciones humanas de varios estímulos que brindan un significado al medio ambiente de la persona. A este respecto **Martínez (1997)** indica que la condición de hospitalización hace al individuo vulnerable a variados estímulos, no sólo provenientes de la enfermedad que le afecta, sino también del medio ambiente y relaciones que se establecen durante la hospitalización, en el que adopta o pasa a ser incluido en el "status de paciente". Este mismo autor, al percibir la falta de sensibilidad, humanismo, esperanza, interrumpe la adaptación del paciente dentro del entorno del hospital y por consecuencia,

según **Jiménez (2000)** nos dice que “el paciente ve alterado su autoestima y se producen cambios emocionales intensos que requieren de reajustes, además de verse afectado el aspecto económico, el funcionamiento familiar y las responsabilidades previamente adquiridas”.

Estos cambios, para **Moro (1999)**, repercuten en las necesidades de seguridad y pertenencia en un medio extraño. Una institución con una serie de normas y a veces falta de privacidad, potencia los sentimientos de inferioridad, aparecen sentimientos de culpa que aumentan con el tratamiento despersonalizado de los procesos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales a los que se ve sometido durante la hospitalización. En otras palabras, como señala el mismo Moro, “la enfermedad puede definirse como una alteración global de la estructura pluridimensional y plurirelacional de la persona, una alteración que puede ir al sufrimiento a lo largo de la vida. Esto es así porque la enfermedad altera globalmente la esencia del ser humano, de un modo interno y externo, y de este modo, si tratamos de entender la enfermedad, esta debe ser investigada en relación con el humanismo, la sensibilidad, la fe, ya que el ser humano sufre cambios no solo en lo que se refiere a su estructura somática, si no en todas sus dimensiones, dado que el modo que tiene el ser humano de padecer la enfermedad es específicamente propio o único **Feito (2000)**.”

Estos hallazgos corroboran las conclusiones planteadas por **Maldonado (Perú, 2010)** en el estudio sobre “Percepción del cuidado humano que brinda el profesional de Enfermería en los servicios de hospitalización de cirugía y medicina del H.R.M.N.B-PUNO”, quien empleó el CBA como instrumento y cuyos resultados con respecto a la dimensión: el humanismo, la fe-esperanza y sensibilidad, fue percibida por los pacientes en el 64.1% como regular, seguido del 34.0% como deficiente y el 1.9% como bueno. También el estudio de **Figuroa (Arequipa-Perú, 2011)** sobre “Cuidado humanizado de la atención de enfermería al paciente con cáncer y su familiar cuidador en el hospital III GOYENCHE-AREQUIPA” empleó el CBA y los resultados con respecto a la misma categoría fue percibida por los pacientes en 26.7% como regular, el 15% como deficiente y 8.3% como bueno.

Por otro lado, los resultados de la presente investigación difieren con el estudio de **Rivera y Triana (Colombia, 2007)** quienes emplearon la PCHE (Percepción del Cuidado

Humano en Enfermería) como instrumento y los resultados con respecto a la categoría de sentimientos del paciente, fue percibida por los pacientes en el 87.9% como siempre, el 11.6% como casi siempre, el 0.72% como algunas veces y ninguno dejó de percibirlos. No coinciden con nuestros resultados en el sentido de que la mayoría de las personas percibieron la sensibilidad en la interacción enfermera – paciente como regular con tendencia a deficiente. Similar a este estudio, tenemos el de **Gonzales y Quintero (Colombia, 2009)** cuyos resultados, con respecto a la misma categoría, fue percibida por los pacientes en el 68% como siempre, el 16% casi siempre, el 11% algunas veces y 5% nunca percibieron dichas acciones en dicha categoría durante la interacción enfermera – paciente. Al igual que el primer estudio, este evidencia que la mayoría de los pacientes siempre perciben el cuidado de enfermería de una forma adecuada. Esto se debe a que en Colombia se da un grado de valor alto a la humanización en el profesional de Enfermería, tal como lo indican las investigaciones antes mencionadas, lo que aún no sucede en el Perú ni muchos menos en Puno.



CUADRO N° 2

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN LA DIMENSION: AYUDA Y CONFIANZA EN LOS HOSPITALES DE APOYO, ILAVE Y SAN JUAN DE DIOS-AYAVIRI, PUNO 2013.

HOSPITALES DE APOYO PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANO	ILAVE		AYAVIRI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	15	17.65	4	3.3	19	9.27
REGULAR	17	20	52	43.4	69	33.66
DEFICIENTE	53	62.35	64	53.3	117	57.07
TOTAL	85	100.0	120	100.0	205	100.0

FUENTE: Encuesta CBA (Caring Behaviors Assessment) aplicado por las investigadoras.

El presente cuadro refleja la percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado en la dimensión: ayuda y confianza, donde: del 100% de pacientes encuestados en el Hospital de Apoyo Ilave el 62.35% alcanzan el nivel deficiente seguido del 20% nivel regular y el 17.65% nivel bueno; por otro lado, en el Hospital de Apoyo San Juan de Dios-Ayaviri encontramos que el 53.3% alcanza el nivel deficiente y el 43.4% nivel regular; en general en ambos Hospitales, el 57.07% alcanzan el nivel deficiente, seguido por el 33.66% nivel regular y el 9.27% nivel bueno.

Los resultados obtenidos en la dimensión: ayuda y confianza en términos de sentirse escuchados, apoyados emocionalmente y en confianza, son preocupantes; ya que la calificación que da el paciente es deficiente para ambos hospitales y comparando el mayor porcentaje es en el Hospital de Apoyo Ilave, asumimos que probablemente el acercamiento y comunicación entre paciente y enfermera no es eficiente en razón de que el idioma se constituye como barrera; ya que nuestra población objeto de estudio tienen como idioma el quechua y el aymara. La falta de confianza produce el rechazo hacia el profesional de enfermería, viéndolo en muchas ocasiones como ajeno a su entorno y realidad; incluso esto afecta la recuperación del paciente pues este no manifiesta signos, como malestares, dolores y complicaciones que se pueden dar durante el periodo de restablecimiento. Es por eso que la enfermera debe tomar y manifestar una actitud

tranquila, cariñosa para que el paciente exprese sus sentimientos y emociones, también debe tener la capacidad de consuelo y consejería. El profesional de Enfermería es quien más contacto tiene con el paciente, ejerciendo de eje principal entre los profesionales de salud y los pacientes, obteniendo así una relación más eficiente y beneficiosa, y se logrará el nivel de confianza y entrega óptima para encauzar el proceso que llevará a la salud. Esta confianza y entrega harán que el paciente se sienta relajado, seguro y lleno de fe respecto a los profesionales de la salud y al tratamiento que recibe de ellos, donde el profesional de enfermería tendrá un rol definido y satisfactorio, De esta manera se reducirá o eliminará la tensión y el estrés, ayudando al paciente a comprender y actuar adecuadamente con su enfermedad. Asimismo genera un impacto en el bienestar psicológico y emocional del paciente, reduciendo sustancialmente el riesgo de síntomas y enfermedades psicosomáticas y como también disminuyendo las complicaciones, y consecuentemente la estancia de hospitalización en su caso.

Para toda atención al paciente, es necesario dirigirse a ellos con un previo saludo afectuoso, estar siempre pendiente de sus necesidades, para que el paciente sienta que tiene a lado a alguien en quien confiar. Al respecto **Maureen (1991)** refiere que la enfermera ha olvidado que la confianza empieza con el diálogo, el entablar una conversación con el paciente e incluso con su familiar demuestra interés por la persona, asimismo **Alvis y Moreno (2007)**, indican que este apoyo recibido por el paciente en la interacción de cuidado con el personal de enfermería a través de un buen trato cordial y amistoso, calor humano en un ambiente tranquilo, cómodo y de confianza, que derivan en sentimientos de bienestar para el paciente, fortalece percibir un entorno familiar, alegre y entretenido. Por el contrario si la enfermera muestra indiferencia en la atención de salud hará sentir al paciente y más aún al familiar desconfianza y miedo lo cual repercutirá en el estado de ánimo e incluso en algunas ocasiones llega a entorpecer las actividades del profesional de enfermería. **Woff (1990)**; sostiene que, la palabra y su significado, es útil para crear una atmosfera de cordialidad cuando se conversa con el paciente para que se muestre accesible y descubrir sus puntos de vista y los problemas que presenta él. Autores que corroboran lo analizado anteriormente.

Lo obtenido en el presente trabajo difiere con otras investigaciones como la de **Rivera y Triana: Colombia (2007)** quienes emplearon el PCHE (Percepción del Cuidado Humano en Enfermería) como instrumento y cuyos resultados con respecto a la categoría de apoyo

emocional, fue percibida por los pacientes en el 79.56% como siempre, el 17.15% como casi siempre, el 2.91% como algunas veces y el 0.36% nunca percibieron estos comportamientos. Otro estudio es el de **Gonzales y Quintero (Colombia, 2009)** cuyos resultados con respecto a la misma categoría, fue percibida por los pacientes en el 72% como siempre, el 12% casi siempre, el 9% algunas veces y 7% nunca percibieron apoyo emocional brindado, a diferencia de nuestros resultados donde la mayoría de pacientes se sienten disconformes con la atención brindada porque no sienten confianza, cuidado amoroso, dedicado; puesto que el profesional de Enfermería al brindar la atención no se identifica adecuadamente, por lo que se recomienda crear conciencia de la necesidad de presentarse antes de realizar un procedimiento, pues esto ayuda a establecer una relación de confianza. Resulta evidente que para la enfermería, la práctica de un cuidado humanizado es imprescindible durante el proceso de hospitalización necesario para la atención de una enfermedad, lo cual les permite dar una mejor atención tal como lo indican las investigaciones antes mencionadas.

Por otro lado, los hallazgos son corroborados por las conclusiones planteadas por **Maldonado (Perú, 2010)** en el estudio sobre “Percepción del cuidado humano que brinda el profesional de Enfermería en los servicios de hospitalización de cirugía y medicina del H.R.M.N.B-PUNO”, quien empleo el CBA como instrumento y cuyos resultados con respecto a la dimensión: la ayuda y confianza, fue percibida por los pacientes en el 52.8% como deficiente, seguido del 47.2% como regular y ningún paciente lo percibió como bueno. Asimismo, en el estudio de **Figuroa (Arequipa-Perú, 2011)** sobre “Cuidado humanizado de la atención de enfermería al paciente con cáncer y su familiar cuidador en el hospital III GOYENECHÉ-AREQUIPA” quien empleo el CBA y cuyos resultados con respecto a la misma dimensión fue percibida por el paciente en el 31.7% como deficiente, el 16.7% como regular y 1.7% como bueno.

CUADRO N° 3

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN LA DIMENSION: LA ACEPTACIÓN DE EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS EN LOS HOSPITALES DE APOYO, ILAVE Y SAN JUAN DE DIOS–AYAVIRI, PUNO 2013.

HOSPITALES DE APOYO	ILAVE		AYAVIRI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANO BUENO	8	9.41	0	0	8	3.9
REGULAR	63	74.12	66	55	129	62.93
DEFICIENTE	14	16.47	54	45	68	33.17
TOTAL	85	100.0	120	100.0	205	100.0

FUENTE: Encuesta CBA (Caring Behaviors Assessment) aplicada por las investigadoras.

En el cuadro se aprecia la percepción del paciente hospitalizado en la dimensión aceptación de expresión de sentimientos positivos y negativos en el cuidado humanizado, podemos observar que en el Hospital de apoyo Ilave el 74.12% alcanzan el nivel regular y el 16.47% nivel deficiente, comparado con los resultados en el Hospital de Apoyo San Juan de Dios-Ayaviri, el 55% alcanzan el nivel regular y el 45% nivel deficiente; en ambos Hospitales, el 62.93% alcanzan el nivel regular, seguido por el 33.17% nivel deficiente y el 3.90% nivel bueno.

Los resultados obtenidos en la dimensión: aceptación de sentimientos negativos y positivos del paciente alcanzan el nivel regular en ambos hospitales. Este nivel alcanza mayor porcentaje en el Hospital de Ilave, asumimos que la causa de los resultados se deba a que el profesional de Enfermería tiene dificultad para entablar una buena comunicación debido a la sobrecarga del trabajo y no esté utilizando estrategias de comunicación adecuados, además el idioma constituye otra barrera para entablar una buena comunicación; puesto que el profesional de Enfermería a veces no les pregunta cómo se sienten en un 60.5% (VER ANEXO N° 06-C) a esta situación podemos agregar la falta de motivación, ocasionando desconfianza en el paciente, incertidumbre porque la persona no cree, no confía, y por ende no hay una buena relación, dando lugar a que el paciente no aflore sus

sentimientos, confiese todo lo negativo o positivo o que le está sucediendo. La enfermera, a la hora de tener una relación interpersonal con un paciente, debe establecer una implicación emocional acertada y unos mecanismos para mantenerla dentro de los límites aceptables, ya que si dicha implicación se abre paso por caminos equivocados, va a desembocar en un deterioro de esta relación, y por tanto, el perjuicio será tanto para el enfermero como para el paciente. En estos casos la enfermera nunca sabrá si el paciente se encuentra deprimido, acongojado, triste; y por lo mismo influye en su ánimo y en la forma de apreciar la vida y salud; esto interrumpe su recuperación haciendo ésta más prolongada.

Planteamientos que son fundamentados con lo sostenido por **Marriner (1989)** quien refiere que “...el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para los sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás”. Al igual que **Watson (2007)** también nos explica que la relación pasa a un nivel más profundo, más honesto y auténtico si la enfermera permite que haya la expresión de sentimientos positivos y negativos. Además, al escuchar historias de otras personas, puede ser el acto más grande de curación que podemos ofrecer. Frente a esto la enfermera ha olvidado que es “necesario establecer esta relación de cuidado humanizado con los pacientes ya que ello genera sentimientos positivos resultantes de la interacción enfermera – paciente tales como sentirse apoyado, acogido, atendido, cuidado, acompañado, informado, recibir calor humano y cariño, estar orientado, sentir afecto e incluso crecer como ser humano. Sentimientos que se constituyen en la oportunidad de sanación y crecimiento tanto de la enfermera como del paciente”, manifestado por **Alvis y Moreno (2007)**.

“El ser capaz de captar las precauciones y emociones de los pacientes y tener la capacidad de identificarnos con ellas y la compasión en que nos sentimos incómodos por el dolor, nos moviliza a buscar la forma de ayudarlo para aliviar el dolor. Por el contrario si no somos capaces de brindar confianza al paciente para que él exprese sus sentimientos y al sentirse ignorado frente a un tema que le aqueja puede determinar emociones relacionadas al temor a la muerte o al fracaso terapéutico...” **Fasce (2005)**.

Estos hallazgos son similares con las conclusiones planteadas por **Maldonado (Perú, 2010)** en el estudio sobre “Percepción del cuidado humano que brinda el profesional de

Enfermería en los servicios de hospitalización de cirugía y medicina del H.R.M.N.B-PUNO”, quien empleo el CBA como instrumento y cuyos resultados con respecto a la dimensión: la aceptación de sentimientos negativos y positivos, fue percibida por los pacientes en el 58.5% como deficiente, seguido del 41.5% como regular y ningún paciente lo percibe como bueno. Como también en el estudio de **Figuroa (Arequipa-Perú, 2011)** sobre “Cuidado humanizado de la atención de enfermería al paciente con cáncer y su familiar cuidador en el hospital III GOYENECHÉ-AREQUIPA” quien empleo el CBA y cuyos resultados con respecto a la misma dimensión fue percibida por los pacientes, en el 26.7% como regular, el 23.3% como deficiente y ningún paciente percibió como bueno.

Por otro lado, los resultados encontrados difieren con otras investigaciones como la de **Rivera y Triana (Colombia, 2007)** quienes emplearon el PCHE (Percepción del Cuidado Humano en Enfermería) como instrumento y cuyos resultados con respecto a la categoría de sentimientos del paciente, fue percibida por los pacientes en el 87.9% como siempre, el 11.6% como casi siempre, el 0.72% como algunas veces y ninguno dejó de percibirlos. Asimismo en el estudio de **Gonzales y Quintero (Colombia, 2009)** cuyos resultados con respecto a la misma categoría, fue percibida por los pacientes en el 68% lo como siempre, el 16% casi siempre, el 11% algunas veces y 5% nunca percibieron sentimientos positivos resultantes de la interacción enfermera – paciente, al igual que el primer estudio evidencian que la mayoría de los pacientes siempre perciben el cuidado de enfermería de una forma adecuada. Con relación a la teoría de Watson, 2007 la promoción y la aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos, y el cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, son dos de los diez factores que considera el profesional de enfermería, puesto que contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos.

CUADRO N° 4

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN LA DIMENSION: ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE, EN LOS HOSPITALES DE APOYO, ILAVE Y SAN JUAN DE DIOS-AYAVIRI, PUNO 2013.

HOSPITALES DE APOYO PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANO	ILAVE		AYAVIRI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	07	8.24	0	0	07	3.41
REGULAR	58	68.24	38	31.7	96	46.83
DEFICIENTE	20	23.53	82	68.3	102	49.76
TOTAL	85	100.0	120	100.0	205	100.0

FUENTE: Encuesta CBA (Caring Behaviors Assessment) aplicado por las investigadoras.

En el presente cuadro se observa la percepción del paciente hospitalizado en las dimensiones enseñanza y aprendizaje, en el Hospital de apoyo Ilave el 68.24% alcanzan el nivel regular, seguido del 23.53% nivel deficiente y el 8.24% nivel bueno, por otro lado en el Hospital de Apoyo San Juan de Dios-Ayaviri el 68.3% alcanzan el nivel deficiente, seguido del 31.7% nivel regular; a nivel general en ambos Hospitales, el 49.76% alcanzan el nivel deficiente, seguido por el 46.83% nivel regular y el 3.41% nivel bueno.

Al comparar los resultados obtenidos en ambos hospitales se puede evidenciar que existe diferencias en la percepción del paciente ; ya que en el Hospital de apoyo Ilave, alcanza el nivel regular, mientras que en el Hospital de Apoyo San Juan de Dios-Ayaviri alcanza el nivel deficiente; asumimos que el paciente no logra un aprendizaje significativo probablemente porque el profesional de Enfermería ha olvidado una de sus funciones principales dentro del campo asistencial que es la educación y no está utilizando estrategias de enseñanza-aprendizaje, esto se puede evidenciar en la calificación por ítems donde: el profesional de Enfermería nunca enseña sobre su enfermedad en un 58.8% en el hospital de Ilave(VER ANEXO N° 06-D) y en el de Ayaviri, los ítems de mayor problemática fueron: “Nunca me preguntan qué deseo saber acerca de mi salud/enfermedad” en un 53.3% y “nunca me enseñan sobre mi enfermedad” en un 46.7%. Brindar la información necesaria a las personas para que cubra sus necesidades reduce la ansiedad y crea un clima de confianza logrando que la interacción enfermera-persona fluya de manera natural

y espontanea lo que incluye brindarles información acerca del tratamiento que reciben, los efectos adversos de las mismas y la evolución de su enfermedad, así como resolver sus inquietudes sin dejar de ser amables, aspectos que no se dan en el presente estudio. Comprendemos la importancia de la educación, pero cuando no se da esto ocasiona a que el paciente no esté involucrado en su recuperación, ya que desconoce los cuidados que se pueden dar a sí mismo; como consecuencia se producen negligencias por parte del paciente al desconocer por ejemplo: ciertas restricciones nutritivas, movimientos limitados; frente a esto, el paciente no tendrá una participación activa en su recuperación y autocuidado.

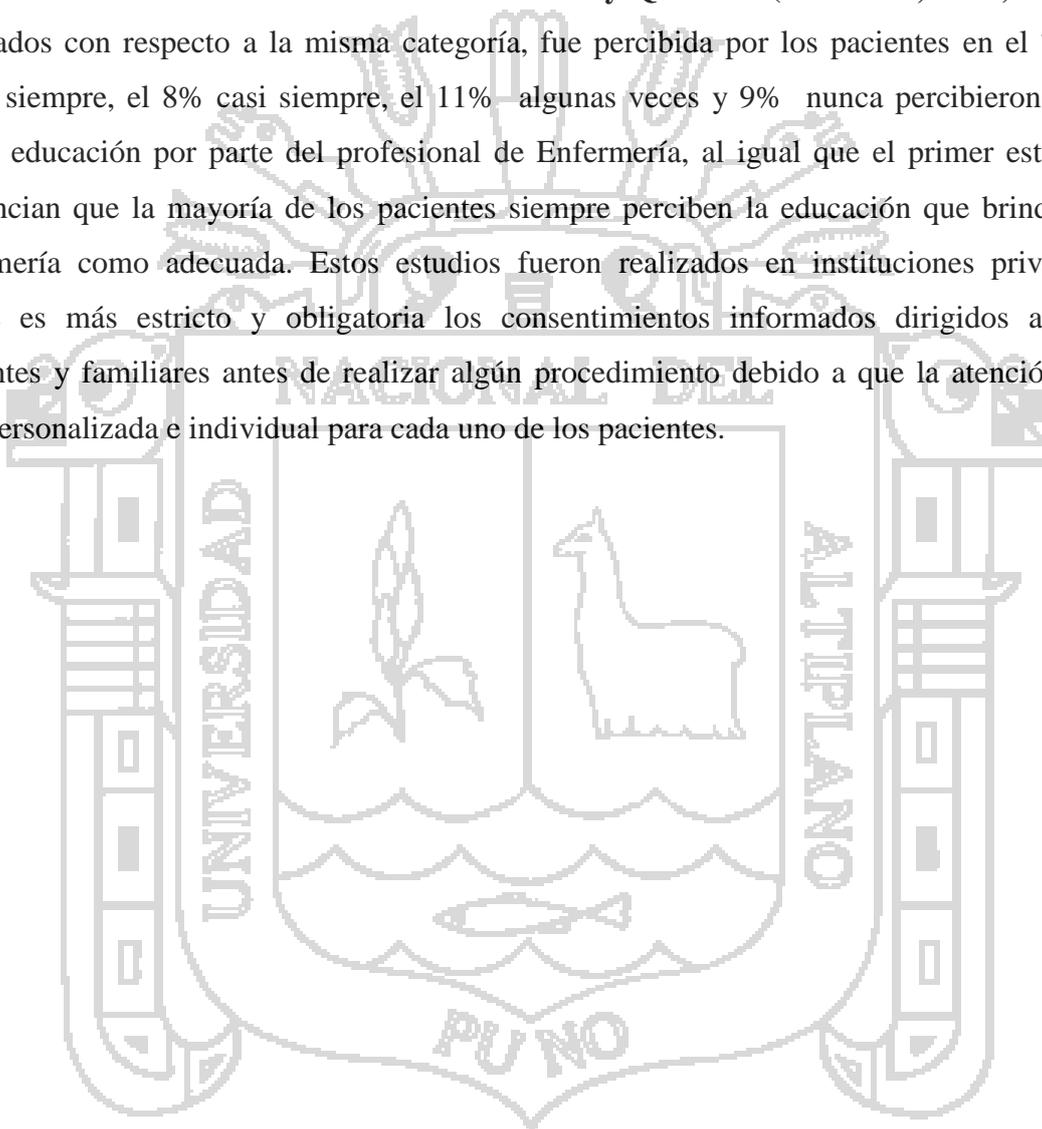
Al respecto la enfermera tiene que reforzar su labor educadora; teniendo en cuenta lo planteado por **Orlando (2010)** refiere que el cuidado de enfermería, está basado en la averiguación y la satisfacción de la necesidad de ayuda inmediata de la persona, siendo responsabilidad del profesional de enfermería cubrir las necesidades inmediatas de forma directa o indirecta, la cual no sólo es necesario en momentos de enfermedad; sino también para promocionar el bienestar, y hacer algo por otra persona como suministrarle la información necesaria para que cubra sus necesidades, aumente o recupere su capacidad de autoayuda o mitigue un sufrimiento. Este factor es un concepto importante para la Enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje, diseñadas para permitir que los pacientes se realicen el cuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal. La causa para la falta de información al paciente se debe a la poca comunicación con el mismo, y el desinterés que tiene el personal para brindarles oportunidad para que conozcan su estado de salud. La enfermera debe evitar ambigüedades en su conocimiento, la comunicación debe ser utilizada en términos sencillos y en forma compresiva para que el receptor capte el mensaje en forma óptima. Hechos que permiten al paciente satisfacer sus necesidades tanto físicas como psicológicas y emocionales...”. Se ha olvidado una de las funciones importantes del profesional de Enfermería la cual es la educación; acerca de esto **Watson (2007)** nos dice que “...las enfermeras tienen una larga historia acerca del papel educativo de enseñanza, sin embargo ha habido más énfasis en la transmisión de información en lugar de una intencionalidad consciente para colaborar en los procesos auténticos y las relaciones de mutualidad y reciprocidad, en que la enfermera trata de trabajar desde el marco de los pacientes de referencia, captar el significado y la importancia de la información para la

persona, así como la preparación y la oportunidad para que la persona reciba la información. Esta escala hace explícito que el aprendizaje es algo más que recibir información y datos; se trata de una relación cordial en un contexto de enseñanza aprendizaje.

Asimismo la **OMS (2000)** refiere que “la comunicación en el contexto clínico, aparece como un instrumento fundamental que puede constituirse como factor de protección o factor de riesgo para el desarrollo de problemas emocionales en el paciente en función de cómo se utilice. La comunicación constituye el núcleo esencial en la relación ayuda y, sin embargo, suele ser la herramienta terapéutica mas improvisada.” Aunque la enfermera tenga el conocimiento sino lo comparte, ni explica, no está cumpliendo sus funciones, y se las deja a los médicos, los cuales solo enfatizan en la explicación de medicamentos mas no en los cuidados como refiere **Alvis y Moreno (2007)** “... que realizando un análisis cualitativo encontraron que los pacientes perciben a las enfermeras como conocedoras, sin embargo, ellos no perciben que suministren información sobre el estado de salud, dieta y pronóstico; ellas direccionan las preguntas al médico y ellos sienten que las enfermeras podrían dar información sobre los medicamentos. Autores que corroboran lo analizado anteriormente.

Estos hallazgos corroboran las conclusiones planteadas por **Maldonado (Perú, 2010)** en el estudio sobre “Percepción del cuidado humano que brinda el profesional de Enfermería en los servicios de hospitalización de cirugía y medicina del H.R.M.N.B-PUNO”, quien empleo el CBA como instrumento y cuyos resultados con respecto a la dimensión de enseñanza y aprendizaje, fue percibida por los pacientes en el 52.8% como deficiente, seguido del 45.3% como regular y el 1.9% como bueno. Asimismo en el estudio de **Figuroa (Arequipa-Perú, 2011)** sobre “Cuidado humanizado de la atención de enfermería al paciente con cáncer y su familiar cuidador en el hospital III GOYENECHÉ-AREQUIPA” quien empleo el CBA y cuyos resultados con respecto a la misma dimensión fue percibida por los pacientes en el 23.3% lo siente como regular, el 21.7% que lo siente como deficiente y el 5% lo califica como bueno, estos estudios son similares al nuestro en el sentido que la mayoría de las personas percibieron un deficiente cuidado humanizado por parte del personal de Enfermería.

Por otro lado tenemos estudios que contradicen a nuestro estudio como el de **Rivera y Triana (Colombia, 2007)** quienes emplearon el PCHE como instrumento y cuyos resultados con respecto a la categoría de pro-actividad, fue percibida por los pacientes en el 80.65% como siempre, el 16.05% como casi siempre, el 3.28% como algunas veces y ninguno dejó de percibirlos, no respaldan a nuestros resultados en el sentido que la mayoría de los pacientes percibieron una adecuada educación por parte del personal de Enfermería. Así mismo en el estudio de **Gonzales y Quintero (Colombia; 2009)** cuyos resultados con respecto a la misma categoría, fue percibida por los pacientes en el 72% como siempre, el 8% casi siempre, el 11% algunas veces y 9% nunca percibieron una buena educación por parte del profesional de Enfermería, al igual que el primer estudio evidencian que la mayoría de los pacientes siempre perciben la educación que brinda la enfermería como adecuada. Estos estudios fueron realizados en instituciones privadas donde es más estricto y obligatoria los consentimientos informados dirigidos a los pacientes y familiares antes de realizar algún procedimiento debido a que la atención es más personalizada e individual para cada uno de los pacientes.



CUADRO N° 5

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN LA DIMENSIÓN: SOPORTE, PROTECCIÓN Y AMBIENTE EN LOS HOSPITALES DE APOYO, ILAVE Y SAN JUAN DE DIOS-AYAVIRI, PUNO 2013.

HOSPITALES DE APOYO PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANO	ILAVE		AYAVIRI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	4	4.7	06	05	10	4.88
REGULAR	50	58.82	100	83.3	150	73.17
DEFICIENTE	31	36.47	14	11.7	45	21.95
TOTAL	85	100.0	120	100.0	205	100.0

FUENTE: Encuesta CBA (Caring Behaviors Assessment) aplicado por las investigadoras.

El presente cuadro refleja la percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado. En la dimensión: soporte, protección y ambiente, se puede observar que en el Hospital de apoyo Ilave el 58.82% alcanza el nivel regular, seguido del 36.47% nivel deficiente; por otro lado en el Hospital de Apoyo San Juan de Dios Ayaviri el 83.3% alcanzan el nivel regular, seguido del 11.7% nivel deficiente; en ambos Hospitales, el 73.17% alcanzan el nivel regular, seguido por el 21.95% nivel deficiente y el 4.88% nivel bueno.

Los resultados obtenidos en la dimensión: soporte, protección y ambiente, alcanza el nivel regular en ambos hospitales. Este nivel alcanza mayor porcentaje en el Hospital de Ayaviri, asumimos que la causa de los resultados se debe a la afluencia de pacientes y hacinamiento; ya que en un mismo pabellón se encuentran los servicios de medicina, cirugía y gineco-obstetricia, que hace que la enfermera no de la atención completa, oportuna e individualizada a cada paciente, esto se puede evidenciar en la calificación por items, donde: el profesional de Enfermería siempre deja la habitación limpia y ordenada después de un procedimiento en un 59%, siempre alivian el dolor con la aplicación de medicamentos en un 51.2% por el contrario el profesional de Enfermería casi nunca respeta la intimidad del paciente en un 40.9% y a veces informa acerca de la evolución del paciente en un 48.8% (VER ANEXO N° 06-E) mientras realiza actividades de enfermería, en ambos hospitales. Lo que califican como deficiente es que la enfermera no brinda un soporte continuo durante su estadía; es decir este interés de la enfermera solo se manifiesta por momentos, y en ocasiones especiales. Es fundamental que el profesional de enfermería

concientice sobre la influencia positiva que tiene el ambiente y la protección en la recuperación de los pacientes; ya que significa una mayor satisfacción y un mejor índice de calidad percibido por los pacientes. Junto con estos, esta influencia también puede reducir costos de tratamiento, disminuyendo el tiempo de hospitalización, disminuyendo los tiempos de trabajo de enfermería por paciente, aumentando así el ánimo, mayor vínculo y compromiso con la institución en el profesional de Enfermería.

Así **Marriner (1989)** Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen sobre la salud y la enfermedad y los individuos. Los conceptos relevantes al entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, que incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios estéticamente agradables. El propósito de proporcionar un ambiente es brindar una atención de calidad y también sanidad/plenitud. Las áreas que involucran a este factor son: confort, seguridad; privacidad; limpieza y entorno estético. Al respecto **Nightingale (1969)** en su teoría del entorno, explica un marco conceptual enfocado en el desarrollo de los valores individuales, sociales y profesionales del individuo a través de la observación, educación y experiencia directa. Ella indica que unas buenas condiciones ambientales pueden aliviar las enfermedades físicas y mentales en el individuo. Menciona tres entornos: físico, psicológico y social, los cuales interactúan entre sí a favor de las personas y de cinco componentes esenciales para el desarrollo del bienestar: ventilación adecuada, luz adecuada, limpieza, calor, tranquilidad, dieta y ruidos innecesarios. Esto causa a su vez estrés y frustración entre todos, por ende es importante un entorno seguro, tranquilo y libre de ruidos y así el paciente se recuperará con prontitud; ya que el ambiente puede prevenir, detener o favorecer la enfermedad o condición de los pacientes.

En el contexto hospitalario el foco de atención es el cuidado del paciente hospitalizado y sus necesidades, lo que implica identificar constantemente los factores internos y externos que están influyendo en la salud de los que están a nuestro cargo, es decir, la atención de enfermería está dirigida al individuo en forma integral, contemplando distintos tipos de estímulos y respuestas en este medio, muchas veces desconocidos y dolorosos para quienes, por distintos motivos, presentan alguna alteración en el estado de salud, de resolución médica o quirúrgica, y que requieren el ingreso a un establecimiento hospitalario. En este contexto, como nos dice **Vacarezza (2000)**, la falta de intimidad es

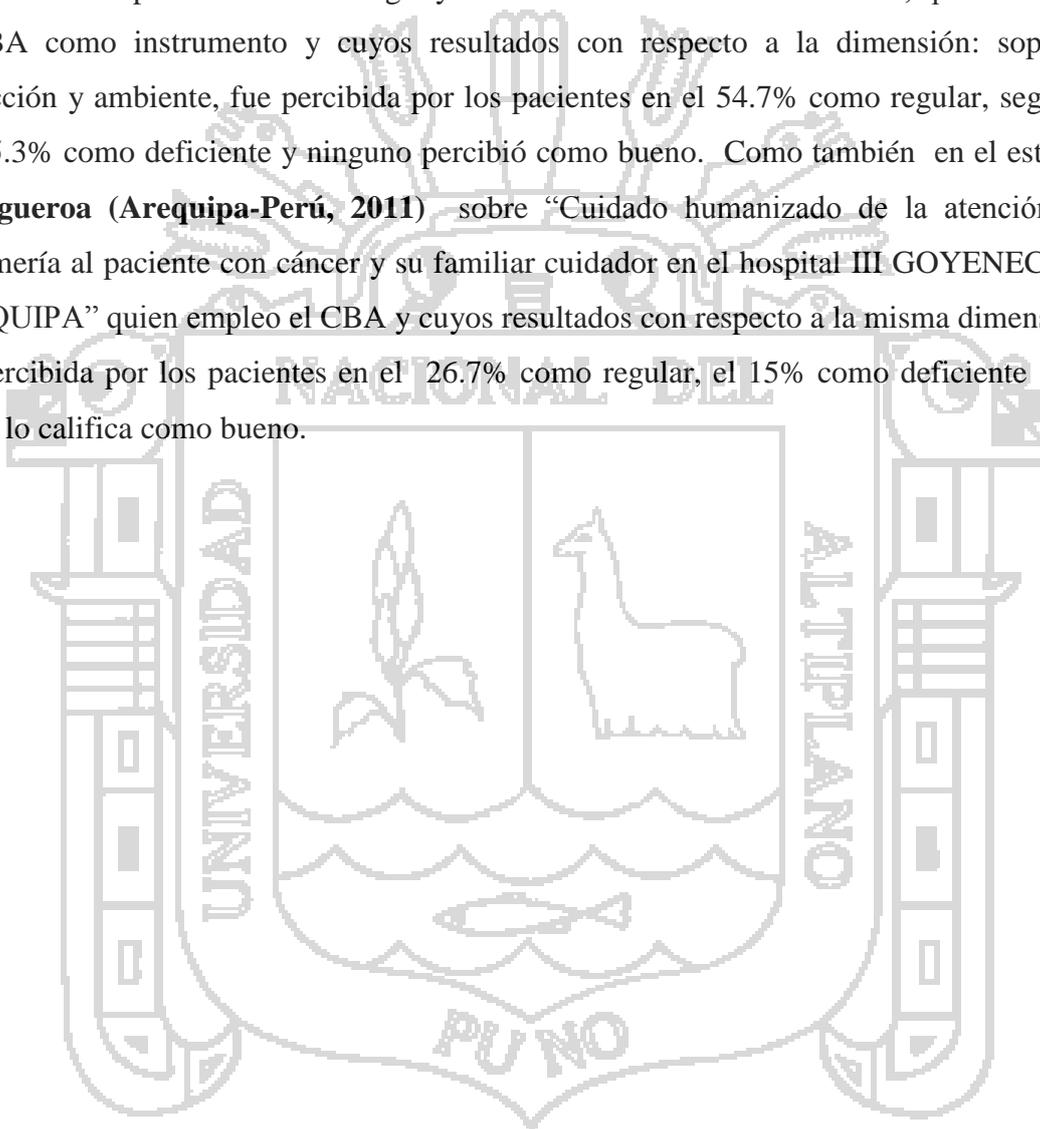
inherente a la hospitalización, Ésta se ve de alguna manera vulnerada en el paciente, el que se manifiesta desde la invasión no sólo al espacio territorial, reducido a una cama y un velador, sino también al ser examinado en su unidad por innumerables personas a las que generalmente desconoce y respondiendo preguntas relativas a su historia de vida personal, muchas veces sin una explicación previa del porqué son necesarios estos procedimientos y estas respuestas. Pareciera ser más importante el órgano afectado que la persona enferma, olvidando el respeto al pudor y dignidad de la persona. **Rodríguez (1999)**, así **Martínez (1997)** indica que la condición de hospitalización hace al individuo vulnerable a variados estímulos, no sólo provenientes de la enfermedad que le afecta, sino también del medio ambiente y relaciones que se establecen durante la hospitalización, en el que adopta o pasa a ser incluido en el "status de paciente"; además de que el ambiente no es realmente adecuado, existe hacinamiento por otro lado algunas camas se encuentran deterioradas, no hay un espacio determinado para cada paciente, contrastando con la realidad en ambos hospitales los servicios de Medicina, Cirugía y Gineco-obstetricia se encuentran en un mismo pabellón, lo cual impide una adecuada atención.

Dentro del aspecto de la protección tenemos un aspecto importante e intrínseco de la persona la cual es la dignidad individual reflejada en el respeto que deben tener hacia la necesidad de conservar la intimidad de cuerpo. Hasta donde sea posible, excluyendo sin embargo la inevitable exposición de una atención necesaria, como lo refiere **Marle (1990)**. Así mismo el mantener privacidad al paciente y demostrar mucha paciencia durante la atención de salud es muy importante para lograr la comodidad del mismo.” **Woff (1990)**. La falta de intimidad es inherente a la hospitalización, definida como "toda aquella realidad oculta, relativa a un sujeto o grupo determinado que merece reserva". Autores que corroboran lo analizado anteriormente.

Contrastando con otros estudios tenemos el de **Rivera y Triana (Colombia, 2007)** quienes emplearon el PCHE como instrumento y cuyos resultados con respecto a la categoría de apoyo físico, fue percibida por los pacientes en el 87.22% como siempre, el 11.67% como casi siempre, el 1.09% como algunas veces y nadie dejo de percibirlo. Otro estudio de **Gonzales y Quintero (Colombia, 2009)** cuyos resultados con respecto a la misma categoría, fue percibida por los pacientes en el 76% como siempre, el 9% casi siempre, el 11% algunas veces y 4% nunca percibieron apoyo físico brindado, ambos estudios indican también en su mayoría una buena percepción de los pacientes a diferencia

de nuestros resultados evidencian que la mayoría de pacientes en la dimensión: soporte, protección y ambiente brindado por el profesional de Enfermería lo percibe como regular con tendencia a deficiente.

Por otro lado, los resultados se asemejan al estudio de **Maldonado (Perú, 2010)** sobre “Percepción del cuidado humano que brinda el profesional de Enfermería en los servicios de hospitalización de cirugía y medicina del H.R.M.N.B-PUNO”, quien empleo el CBA como instrumento y cuyos resultados con respecto a la dimensión: soporte, protección y ambiente, fue percibida por los pacientes en el 54.7% como regular, seguido del 45.3% como deficiente y ninguno percibió como bueno. Como también en el estudio de **Figuroa (Arequipa-Perú, 2011)** sobre “Cuidado humanizado de la atención de enfermería al paciente con cáncer y su familiar cuidador en el hospital III GOYENECHÉ-AREQUIPA” quien empleo el CBA y cuyos resultados con respecto a la misma dimensión, fue percibida por los pacientes en el 26.7% como regular, el 15% como deficiente y el 8.3% lo califica como bueno.



CUADRO N° 6

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN LA DIMENSION: ASISTENCIA EN LAS NECESIDADES HUMANAS, EN LOS HOSPITALES DE APOYO, ILAVE Y SAN JUAN DE DIOS-AYAVIRI, PUNO 2013.

HOSPITALES DE APOYO PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANO	ILAVE		AYAVIRI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	0	0	16	13.4	16	7.8
REGULAR	74	87.06	86	71.6	160	78.05
DEFICIENTE	11	12.94	18	15	29	14.15
TOTAL	85	100.0	120	100.0	205	100.0

FUENTE: Encuesta CBA (Caring Behaviors Assessment) aplicada por las investigadoras.

En el cuadro observamos la percepción del paciente hospitalizado, en la dimensión asistencia de las necesidades humanas en el cuidado humanizado, en el cual en el Hospital de apoyo Ilave el 87.06% alcanzan el nivel regular, seguido del 12.94% nivel deficiente; al igual que en el Hospital de Apoyo San Juan de Dios Ayaviri el 71.6% alcanzan el nivel regular y el 15% nivel deficiente; en general en ambos Hospitales, el 78.05% alcanzan el nivel regular, seguido por el 14.15% nivel deficiente y el 7.8% nivel bueno.

Los resultados obtenidos en la dimensión: asistencia a las necesidades humanas es regular en ambos hospitales y comparando en mayor porcentaje es en el Hospital de Ilave, asumimos que la causa de los resultados se debe a la falta de tiempo que hace que la enfermera no de la atención completa, oportuna y holística a cada paciente, además tiene otra función inherente al contexto hospitalario, la función administrativa; ya que el profesional de Enfermería tiene que realizar el llenado de la hoja de censo, notas de Enfermería, actividades de enfermería, apertura de Historia clínica, actualización del libro de ingresos y egresos, esto se puede evidenciar en la calificación por ítems, “Nunca me hacen sentir que puedo decidir acerca de ciertas acciones sobre mi cuidado” en un 39 %. Las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales producen energía, configuran la personalidad y dirigen la conducta hacia la satisfacción. Dichas necesidades no siempre se complementan, por consiguiente es de vital importancia para el profesional de Enfermería satisfacer estas necesidades del paciente; ya que puede generar conflicto y

tensión en el paciente, entre ellas con fuertes reacciones emocionales como por ejemplo: estrés y ansiedad, lo que impedirá una recuperación óptima.

Planteamientos que son fundamentados con lo sostenido por **Marriner (1989)** quien explica que "...la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de menor rango, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor rango. La asistencia de estas necesidades básicas da acceso al profesional de Enfermería al cuerpo físico de una manera muy íntima. Como tal, es un privilegio y un gran regalo para la sociedad el cuidar de los demás cuando necesitan de atención. En un modelo de cuidado de la ciencia se reconoce que la enfermera sin embargo, no es solo tocar un cuerpo físico o satisfacer las necesidades físicas, sino tocamos en espíritu encarnado. También se hace explícito es este trabajo que se unifican todas las necesidades e interdependientes, así mismo todas las necesidades son igualmente importantes y deben ser valorados y responder a las de cuidado-curación.

Estos hallazgos corroboran las conclusiones planteadas por **Maldonado (Perú, 2010)** en el estudio sobre "Percepción del cuidado humano que brinda el profesional de Enfermería en los servicios de hospitalización de cirugía y medicina del H.R.M.N.B-PUNO", quien empleo el CBA como instrumento y cuyos resultados con respecto a la dimensión: asistencia en las necesidades humanas, fue percibida por los pacientes en el 90.6% como regular, seguido del 9.4% como deficiente y ninguno lo percibió como bueno. Asimismo en el estudio de **Figueroa (Arequipa-Perú, 2011)** sobre "Cuidado humanizado de la atención de enfermería al paciente con cáncer y su familiar cuidador en el hospital III GOYENCHE-AREQUIPA" quien empleo el CBA y cuyos resultados con respecto a la misma dimensión, fue percibida por los pacientes en el 23.3% como regular, el 22% como bueno y el 5% como deficiente.

También encontramos que los resultados se encuentra alejados a la realidad de otros como la de **Rivera y Triana (Colombia, 2007)** quienes emplearon el PCHE como instrumento y cuyos resultados con respecto a la categoría de apoyo físico, fue percibida

por los pacientes en el 87.22% como siempre, el 11.67% como casi siempre, el 1.09% como algunas veces y nadie dejó de percibirlo, los cuales no coinciden con nuestros resultados en el sentido que la mayoría de las personas percibieron un adecuado apoyo físico, lo cual no se observó en nuestro estudio donde la mayoría encontró la asistencia de necesidad humanas por parte del profesional de Enfermería como regular. En otro estudio como el de **Gonzales y Quintero (Colombia, 2009)** cuyos resultados con respecto a la misma categoría, fue percibida por los pacientes en el 76% como siempre, el 9% casi siempre, el 11% algunas veces y 4% como nunca; ambos estudios indican en su mayoría una buena percepción de los pacientes, por otro lado nuestros resultados evidencian que la mayoría de pacientes no perciben dichas acciones ni como bueno ni deficiente.



CUADRO N° 7

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO SEGÚN LA DIMENSION: FUERZAS EXISTENCIALES, FENOMENOLÓGICAS Y ESPIRITUALES BRINDADOS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES DE APOYO, ILAVE Y SAN JUAN DE DIOS-AYAVIRI, PUNO 2013.

HOSPITALES DE APOYO PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANO	ILAVE		AYAVIRI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	5	5.88	4	3.4	9	4.39
REGULAR	38	44.71	50	41.6	88	42.93
DEFICIENTE	42	49.41	66	55	108	52.68
TOTAL	85	100.0	120	100.0	205	100.0

FUENTE: Encuesta CBA (Caring Behaviors Assessment) aplicada por las investigadoras.

El cuadro refleja la percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado. En la dimensión: fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales, en el Hospital de apoyo Ilave el 49.41% alcanzan el nivel deficiente, seguidas del 44.71% nivel regular; por otro lado en el Hospital de Apoyo San Juan de Dios Ayaviri el 55% alcanzan el nivel deficiente y el 41.6% nivel regular; en ambos Hospitales, el 52.68% alcanzan el nivel deficiente, seguido por el 42.93% nivel regular y el 4.39% nivel bueno.

Los resultados obtenidos en la dimensión fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales, son preocupantes; ya que la calificación que da el paciente es deficiente para ambos hospitales y comparando el mayor porcentaje es en el Hospital de Apoyo Ayaviri, asumimos que esta área es muy compleja y para la mayoría del personal de salud posiblemente es desconocida y no lo ha desarrollado; ya que el paciente requiere un cuidado humano real, el cual va más allá de la empatía, la ayuda incondicional, la fe, esperanza; no solo por parte del paciente sino también por la enfermera; es un amor superior, en el cual el brindar cuidado no es una obligación sino un don que no todos la tienen, pero si lo pueden aprender y desarrollar, para brindar un cuidado holístico. Al respecto según la calificación por ítems, los pacientes indican que el profesional de enfermería casi nunca demuestra que entiende los sentimientos de tristeza, alegría, ira, etc. en un 43.5% en ambos hospitales (VER ANEXO N° 06- G), nunca ayuda a entender que las experiencias de vida son importantes para crecer como persona en un 31.2%, a veces

anima a sentirme bien conmigo mismo (a) en un 32.2%, por lo mismo no podrá accionar de manera optima en este campo, donde la parte espiritual de las enfermeras influye en la recuperación del paciente, haciéndola favorable y por ende disminuye el tiempo de hospitalización.

Planteamientos que son basados en lo sostenido por **Leite (2005)**, quien refiere que “es necesario desenvolver la comprensión donde es preciso que el orientado no se limite al papel de observador y sí que se ponga en el lugar del orientador y perciba el mundo y las experiencias como este las percibe, penetrando en su mundo emocional. También incluye la motivación de la esperanza y el brindar ánimos al paciente es importante debido a que el paciente no solo sea sometido a un sufrimiento físico sino que ha sido expuesto a un sufrimiento emocional y espiritual siendo sensibles a sus necesidades y temores. Asimismo **CEP (2006)** refiere que, la falta de dichas fuerzas hace que en el paciente no surja esa motivación a la sanación espiritual o posibles milagros que de alguna forma ayuda a mantener la esperanza para la pronta recuperación.

Al respecto **Watson (2007)** explica cómo estas permiten llevar por el misterio y aspectos filosóficos, metafísicos de las experiencias humanas y fenómenos que no se ajusten a las ideas convencionales de la ciencia y el pensamiento racional. Sin embargo, estas incógnitas son reales para los pacientes. Estas permiten el llenado espiritual de significados y las incógnitas que surgen para abrir a infinitas posibilidades para los milagros. Estas fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales son honoríficos; llena el espíritu de significados, creencias, culturales, los mitos y metáforas y el mundo interno de la vida subjetiva de la enfermera, los pacientes y las familias, lo que permite curas milagrosas y sanaciones. Estas fuerzas son las que ayudan a la recuperación como lo respalda **Marriner (1989)** El cuidado humano requiere de enseñanza de cambios personales en los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo un apoyo situacional, enseñando métodos de resolución de problemas y reconociendo las capacidades de superación y la adaptación a la pérdida.

Según el estudio “percepción de la calidad del cuidado de Enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander” arrojó que solo es posible cuidar a ser humano vulnerable si entre el agente cuidador y el sujeto cuidado se establece una relación de confianza. Podemos ver que estos estudios están muy relacionados con lo dicho por Watson, cuando dice que la

empatía es la capacidad de experimentar y por lo tanto comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión. Como nos dice uno de los pioneros de la psicología humanista y principal impulsador de las teorías de grupo **Carl Rogers**, hay que esforzarse en vivenciar la situación y los sentimientos de la otra persona, procurar introducirse dentro de ella hasta el punto de poder intuir aquella que ella misma no ve y, la aceptación incondicional y para esto el señala dos condiciones: la empatía y la autenticidad.

Estos hallazgos corroboran las conclusiones planteadas por **Maldonado (Perú, 2010)** en el estudio sobre “Percepción del cuidado humano que brinda el profesional de Enfermería en los servicios de hospitalización de cirugía y medicina del H.R.M.N.B-PUNO”, quien empleo el CBA como instrumento y cuyos resultados con respecto a la dimensión: las fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales, fue percibida por los pacientes en el 71.7% como deficiente, seguido del 26.4% como regular y el 1.9% como bueno. Como también en el estudio de **Figuroa (Arequipa-Perú, 2011)** sobre “Cuidado humanizado de la atención de enfermería al paciente con cáncer y su familiar cuidador en el hospital III GOYENECHÉ-AREQUIPA” quien empleo el CBA y cuyos resultados con respecto a la misma dimensión fue percibida por los pacientes en el 28.3% como regular, el 8.3% como deficiente y el 13% como bueno.

Por otro lado, los resultados encontrados difieren con otras investigaciones como la de **Rivera y Triana (Colombia, 2007)** quienes emplearon el PCHE como instrumento y cuyos resultados con respecto a la categoría de empatía, fue percibida por los pacientes en el 77.73% como siempre, el 18.24% como casi siempre, el 3.64% como algunas veces y 0.36% como nunca; en otro estudio de **Gonzales y Quintero (Colombia, 2009)** cuyos resultados con respecto a la misma categoría, fue percibida por los pacientes en el 68% como siempre, el 11% casi siempre, el 18% algunas veces y 3% como nunca; ambos estudios evidencian en su mayoría una buena percepción, a diferencia de nuestros resultados donde los pacientes lo perciben como deficiente, esto puede atribuirse a que en Colombia hay una constante capacitación acerca de la empatía y humanismo, así como lo indican las investigaciones antes mencionadas.

CUADRO N° 8**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES DE APOYO, ILAVE Y SAN JUAN DE DIOS-AYAVIRI, PUNO 2013.**

HOSPITALES DE APOYO PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANO	ILAVE		AYAVIRI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	5	5.88	0	0	5	2.44
REGULAR	46	54.12	55	45.8	101	49.27
DEFICIENTE	34	40	65	54.2	99	48.29
TOTAL	85	100.0	120	100.0	205	100.0

FUENTE: Encuesta CBA (Caring Behaviors Assessment) aplicada por las investigadoras.

El presente cuadro refleja la percepción del cuidado humanizado que brinda profesional de Enfermería, del 100% de la población encuestada, en el Hospital de Apoyo Ilave el 54.12% alcanzan el nivel regular y el 40% nivel deficiente y comparando los resultados, en el Hospital de Apoyo San Juan de Dios-Ayaviri el 54.2% alcanzan el nivel deficiente, seguido del 45.8 % nivel regular; finalmente en ambos hospitales, el 49.27% alcanzan el nivel regular y el 48.29% nivel deficiente y el 2.44% nivel bueno.

Al comparar los resultados de ambos hospitales se puede evidenciar que existe diferencias en la percepción del paciente; ya que en el Hospital de apoyo Ilave alcanza el nivel regular mientras que en el de Ayaviri alcanza el nivel deficiente; asumimos que los pacientes al ser hospitalizados son afectados por el nuevo entorno al cual ingresan, en los que repercuten en su ánimo; carácter y muchas veces en su autoestima, los cuales posiblemente intervienen en la percepción del cuidado humanizado que brinda el profesional de Enfermería. En una atención que ha priorizado la tecnificación y conocimientos teóricos que son elementos importantes en la atención en salud, pero éstos no son suficientes si se vulneran los derechos a una atención basada en el trato humano, lo que permite otorgar ciertamente no sólo una mejor atención, sino que un cuidado más digno. Existen ciertas situaciones que se presentan durante la atención que se brinda al paciente hospitalizado y que tal vez, asociados a la masificación y complejidad creciente de la atención de salud, los cuales obligan a las enfermeras a ignorar al paciente, debido a que el personal no se abastece para el número de paciente. Como los hospitales de Ayaviri

e llave son instituciones públicas, la demanda de pacientes provenientes de la zona rural es mayor que a los de la zona urbana, quienes tienen como idioma el quechua y aymara, por lo mismo la condición económica, el idioma influye e incrementan la diferencia de trato en los pacientes. El cuidado humanizado de enfermería posiblemente es desconocido, ignorado y desvalorizado por los profesionales de salud, habiendo olvidado la esencia del cuidado que se basaba en lo espiritual más que lo físico, atender el alma ayuda, más que atender el cuerpo. Por lo que la prestación de cuidados se vuelve mecánica y rutinaria, no hay individualización del cuidado, se comienza a etiquetar y estereotipar pacientes, y a centrarse exclusivamente en el trabajo físico dejando a un lado la visión holística del cuidado.

Planteamientos que son fundamentados por **Donabedian (1996)**, quien indica que, calidad es entendida como el proceso permanente de mejoramiento continuo, con alto valor agregado que superan las expectativas del cliente, a través de la aplicación de conocimientos y tecnologías, más avanzadas, tomando en cuenta los requerimientos de los pacientes, así como las capacidades y limitaciones de recursos de la institución de acuerdo a los valores imperantes los cuales se hacen evidentes a través de la atención oportuna, continua y fundamentalmente que esta sea humanizada. El profesional agotado comienza a sentir como tortura la próxima guardia. Deshumaniza porque en el cuidado se vuelve rutinario el sufrimiento. Además del recurso humano insuficiente para brindar una adecuada atención; como nos dice **Fernandez (2006)** “Algunas veces el mismo hospital lleva a la deshumanización de las enfermeras por la gran cantidad de pacientes que están y la falta de enfermeras obligando a ignorar la relación que existe, también porque existen médicos que no realizan su trabajo eficazmente y la responsabilidad se la dejan al profesional de enfermería porque está más capacitado para realizar sus labores que le corresponden”. realizándolo por obligación de forma ineficaz, no integral; lo cual no va acorde con lo que se debería hacer como nos dice **Marriner (1989)** donde el cuidado de Enfermería contempla las interacciones entre personas totales con sus sentimientos, pensamientos y expresiones; esto implica un conocimiento propio de cada enfermera, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses, motivaciones y sus conocimientos, requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad y apoyo afectivo. También influye en la deshumanización la diferencia de trato por la situación económica, la discriminación hacia las personas que provienen de zona rurales, el desconocimiento de los idiomas nativos como quechua y aymara, ya que

vivimos en una zona donde porcentajes significativos hablan solamente este idioma; y por consiguiente al desconocer al profesional de enfermería no se dará una buena comunicación, lo que ocasionara la “falta de respeto a los derechos de los pacientes según la clase social a la que éstos pertenecen, favoreciendo aquellos que se encuentran en mejores estratos socioeconómicos, presentándose esta situación comúnmente en los sistemas de atención pública de salud.” **Campos (1997)**

Por el contrario cuando la enfermera establece **Moris (1996)** una relación de poder entre enfermera y paciente, provoca una actitud obediente, sumisa y pasiva del usuario frente a las diversas relaciones e interacciones que se presentan. Respecto a eso **Ferreira (1997)** indica, que el usuario adopta el "rol de paciente" aceptando pasivamente la atención, lo que podría conducir a no manifestar su desagrado a ciertas actitudes y comportamientos, por miedo a represalias posteriores, lo que contribuiría considerablemente a la no identificación de actos bruscos, insensibles de parte de los prestadores durante la atención que recibe.

Por consiguiente pareciera ser más importante el órgano afectado que la persona enferma, olvidando el respeto a la dignidad y el pudor de la persona **Rodríguez (1999)**. Esto se ha ido presentando en la medida en que la enfermedad monopoliza la atención e inconscientemente se olvida la naturaleza humana de la atención de salud, tornándose ésta fría e impersonal, lo que ha violentado la relación amistosa y de confianza, pasando más bien a un vínculo de tipo despersonalizado **Iceta (1996)**. Esto estaría asociado a lo que **Jiménez (1990)** llaman una relación asimétrica y jerárquica entre los dispensadores de cuidados y los pacientes.

Estos hallazgos corroboran las conclusiones planteadas por **Huapaya y Vilchez (Perú, 1996)** “Expectativas del paciente en la admisión respecto a la atención de enfermería humanizada y su percepción sobre la calidad de la misma al momento del alta en el servicio de Cirugía del HNGAI”, en el que se concluye que las expectativas que se generan en el paciente al momento de la admisión respecto atención humanizada, que brinda el profesional de enfermería son de intensidad media con tendencia a baja como producto de un estereotipo de profesional que la sociedad genera en el desempeño profesional desensibilizado. Los pacientes que ingresaron con expectativas de media intensidad al momento de alta variaron su intensidad a baja, lo que es explicado por el

incumplimiento de la enfermería de los criterios de calidad humana en la atención de enfermería. Asimismo como en el estudio de **Maldonado (Perú, 2010)** sobre “Percepción del cuidado humano que brinda el profesional de Enfermería en los servicios de hospitalización de cirugía y medicina del H.R.M.N.B-PUNO”, quien empleo el CBA como instrumento y cuyos resultados con respecto a la percepción del cuidado humano, el 71.7% lo percibe como regular, seguido del 28.3% como deficiente y ninguno lo percibió como bueno. Como también en el estudio de **Figuroa (Arequipa-Perú, 2011)** sobre “Cuidado humanizado de la atención de enfermería al paciente con cáncer y su familiar cuidador en el hospital III GOYENCHE-AREQUIPA” quien empleo el CBA y cuyos resultados con respecto al cuidado humanizado de la atención de enfermería al paciente con cáncer, fue percibido por los pacientes en el 40% como regular, el 10% como deficiente y ninguno lo percibió como bueno.

Los resultados distan con los hallazgos de otros investigación como la de **Bautista (Colombia, 2008)** “Percepción de la calidad del cuidado de Enfermería en la ESE Francisco” evidencian que la mayoría de las pacientes siempre perciben el cuidado de enfermería de una forma adecuada la cual llena las expectativas de cada una de ellas en cuanto a su cuidado humanizado. En otro estudio de **Gonzales y Quintero (Colombia, 2009)** cuyos resultados con respecto a la misma categoría, fue percibida por los pacientes: en donde el 73% lo percibió como siempre, el 11% casi siempre, el 12% algunas veces y 4% nunca percibieron las acciones en el cuidado humano en las enfermeras. Ambos estudios indican en su mayoría una buena percepción por parte de los pacientes, en cambio nuestros resultados evidencian que la mayoría de pacientes lo perciben como regular con tendencia a deficiente.

8 CONCLUSIONES

El presente estudio permitió a las investigadoras arribar a las siguientes conclusiones:

PRIMERA

La percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado en la dimensión: humanismo/ fe, esperanza/ sensibilidad brindado por el profesional de enfermería en los Hospitales de Apoyo, Ilave y San Juan de Dios-Ayaviri, alcanzan el nivel regular con tendencia a deficiente.

SEGUNDA

La percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado en la dimensión: ayuda / confianza que brinda el profesional de enfermería en los Hospitales de Apoyo, Ilave y San Juan de Dios-Ayaviri alcanzan el nivel deficiente.

TERCERA

La percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado en la dimensión: expresión de sentimientos positivos/negativos brindado por la enfermera en los Hospitales de Apoyo, Ilave y San Juan de Dios-Ayaviri alcanzan el nivel regular con tendencia a deficiente.

CUARTA

La percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado en la dimensión: enseñanza / aprendizaje que brinda el profesional de enfermería en los Hospitales de Apoyo, Ilave y San Juan de Dios-Ayaviri alcanzan el nivel deficiente.

QUINTA

La percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado en la dimensión: soporte/ protección/ ambiente brindado por el profesional de enfermería en los Hospitales de Apoyo, Ilave y San Juan de Dios-Ayaviri alcanzan el nivel regular.

SEXTA

La percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado en la dimensión: asistencia de necesidades humanas en el cuidado humano que brinda el

profesional de enfermería en los Hospitales de Apoyo, Ilave y San Juan de Dios-Ayaviri alcanzan el nivel regular con tendencia a deficiente.

SEPTIMA

La percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado en la dimensión: fuerzas existenciales/ fenomenológicas/ espiritual brindado por el profesional de enfermería en los Hospitales de Apoyo, Ilave y San Juan de Dios-Ayaviri alcanzan el nivel deficiente con tendencia a regular.

OCTAVO

Al comparar los resultados globales, existe diferencia en la percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de Enfermería; ya que en el Hospital de Apoyo Ilave alcanzan el nivel regular y en el hospital de Apoyo San Juan de Dios-Ayaviri alcanzan el nivel deficiente.



9 RECOMENDACIONES.

A LOS DIRECTORES DE LOS HOSPITALES DE APOYO, ILAVE Y SAN JUAN DE DIOS-AYAVIRI.

Promover capacitaciones en los profesionales de Enfermería que laboran en los servicios de Hospitalización sobre el cuidado humanizado.

Implementar buzón de sugerencias con el fin de que los pacientes opinen acerca del cuidado y propongan opciones que ayuden a mejorar el cuidado brindado.

AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

A LA JEFATURA DE ENFERMERÍA

Fortalecer y optimizar las capacidades del potencial humano en lo referente a la concepción holística de la persona brindando cuidados de enfermería tendientes a satisfacer las necesidades, entendiendo las diversas manifestaciones de tipo emocional expresadas a través de los sentimientos (sufrimiento, miedo, incertidumbre, entre otros) y respetando los valores culturales, ideologías y capacidad para percibir, y el pensar de las personas.

Implementar programas de capacitación permanente para el Profesional de Enfermería sobre cuidado humanizado en coordinación con la unidad de capacitación.

Establecer un sistema de motivación e incentivos que cubran las expectativas reales de los profesionales de Enfermería, para lograr que los profesionales se involucren y se comprometan. Tomando en cuenta que aunque no exista recursos monetarios o materiales suficientes para estar dando recompensas por su desempeño en el trabajo, se deben crear hábitos institucionales en los que diariamente se valore el esfuerzo del profesional de Enfermería y sobre todo se humanice el trato en la relación laboral, la clásica “palmadita en el hombro” es un detalle que anima al miembro del grupo y más si quien la proporciona tiene una jerarquía importante.

A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA QUE LABORAN EN LOS HOSPITALES DE APOYO, ILAVE Y SAN JUAN DE DIOS-AYAVIRI.

Participar de talleres de sensibilización y recuperación de la humanización en la prestación de servicios y mejorar la calidad de atención.

Mantener una comunicación efectiva con las personas a las que proporciona cuidado: Identificándose y dirigiéndose con amabilidad, explicándole con lenguaje claro y sencillo

los cuidados que se proporcionan favoreciendo un ambiente de confianza para que expresen sus dudas, sentimientos y emociones, así mismo atendiendo de inmediato la solicitud de ayuda o apoyo y sobre todo favoreciendo y fomentando los valores éticos y sociales de la profesión.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

Realizar un test vocacional a los postulantes a la carrera profesional de Enfermería, para que los futuros profesionales mejoren la calidad en la atención.

A LOS BACHILLERES

Realizar trabajos de investigaciones relacionando factores causales concernientes al tema.



10 REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Bermejo, J., C. Humanizar la Salud. Segunda edición. Editorial Artes Gráficas. Madrid., 1997. Pág. 16.

Sierra, H., M. Percepción del cuidado de Enfermería en diferentes instituciones hospitalarias. Revista avances en Enfermería. Vol.24. n° 01. Bogotá, Enero-Junio del 2006. Pág 1-2.

Ministerio de Salud. Reglamento de la ley del trabajo de la Enfermera (o). (En línea) 2004(fecha de acceso 22 de noviembre del 2010). Pág. 05 URL disponible en: http://www.mintra.gob.pe/contenidos/legislacion/dispositivos_legales/ley_27669.ht.

Miller, L. la resolución de problemas de calidad y el mejoramiento de los procesos. Segunda edición. Editorial USAID, Bogota D.C. 1997. Pág 6.

Fernandez, P., G. Factores que influyen en la relación enfermera-Paciente en el HCHHD. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. UNAS-Arequipa, 1997. Pág. 52.

Fernández, B. Humanización en Enfermería. Instituto superior de Ciencias Médicas. Primera edición. Editorial UNICEF. Bogotá, 2006. Pág. 20.

Martínez, A. El profesional de enfermería en su entorno de trabajo. Humanización de la asistencia, Manual de ética y legislación en Enfermería. Editorial Mosby/Doyma, Madrid. 1997. Pág. 171-176.

Roa, B. Factores estresantes percibidos por el paciente en el periodo pre-operatorio: servicio de cirugía, hospital Las Higueras de Talcahuano. Tesis para optar el grado de Magister en enfermería, departamento de enfermería, Universidad de Concepción, Concepción-Chile. 1995. Pág. 45.

Rivera, A.; Triana, A. Cuidado humanizado de Enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. Revista avances en Enfermería. Vol.25. n° 1. Bogotá, 2007. Pág. 68.

Blas, V., Á. “Educación Infantil I. Módulo 2: Desarrollo cognitivo y motor. 2. El desarrollo sensorial. Los procesos sensoriales y Perceptivos”. 1992 España, Editorial McGraw Interamericana de España Pag. 239-240.

Merleau, P., M. “Fenomenología de la percepción” 1985 Barcelona: Planeta-Agostini. ISBN 84-395-0029-555).

Warren, H. “Diccionario de Psicología” 1998. México. Fondo de cultura mexicana. Diccionario de las ciencias de la educación. Segunda edición. Editorial Santillana, Madrid. 2003. Pág. 109.

- Mesa H., P. "Sensación y percepción" [En Línea]. 2007 Lima-Perú. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos7/sepe/sepe.shtml>. [Consultado 2013 Jun 21].
- Poletti R. Cuidados de enfermería. Tendencias y conceptos actuales. 1980. Barcelona. Ediciones Rol.
- German, B., C. Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria en España 1977-2004. Análisis con perspectiva de género. Zaragoza. Prensa Universitaria PUZ. . 2007. Consultas <http://zagan.unizar.es/collection/Tesis?ln=es>
- Canovas, A., C. Tesis: La relación de ayuda en enfermería. una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión, de la universidad de Murcia, 2008. Pag. 19: 320.
- Cohen, J., A. two portraits of csring: a comparison of the artist. Leninger and Watson. Journal of Advanced Nur-sing 1991; 16.889-909.
- Watson J. Ponencia del primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad autónoma de Chihuahua. En línea, enero del 2009. (Fecha de acceso el 10 de Marzo de 2013). Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson.
- Patterson, J.; Zderad, J. Enfermería humanística: Asociación nacional de enfermería. Vol. 19. N° 65. New York, Junio 2006. Pág. 433, 435, 436, 405-496
- Ariza, C. Es posible humanizar la atención de enfermería al paciente en estado crítico. Actual Enfer. Segunda edición. Editorial Mosby/Doyma. Madrid, 1998; Pag. 1-2.
- Arroyo de Cordero, G. "Humanismo en Enfermería" [En Línea] 2000 México, Revista de Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social - IMSS; 8 (2):61-63. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/281BAD79-3813-45C7-B2DA-24815432C59E/0/20006163.pdf>[Consultado el 15 de febrero de 2013, 12:43)].
- Marriner, T., A. Modelos y teorías en enfermería. 5ta edición. Editorial Rol. Barcelona, 1989. Pág.26, 60, 147, 149, 151, 351- 364, 305- 317
- Manrique R., M. y col. "Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y la Universalidad - Madeleine Leininger." [En Línea] 2005. Nebraska. Disponible en: URL http://www.enfermeria21.com/listametas/Leininger_monografia.doc [Consultado 2013, Abril].
- Waldow V, R; y col." El proceso de Cuidar según la Perspectiva de la Vulnerabilidad. Rev. Latino-Am. Enfermería" [En Línea]. 2008 México. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01011692008000400018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000400018>.

[Consultado 2013, Marzo]

Gomez, G., Victoria, A. Tesis: Percepción del cuidado de enfermería en el hospital real nuestra señora de gracia. Zaragoza, 2012, Pag. 08-14.

Cayllahua, J., T.; Urrutia, D. Influencia del idioma en los cuidados que brinda la enfermera al usuario en el hospital Manuel Núñez Butrón-Puno. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería-UNA PUNO, Perú. 2007. Pág. 20.

Barbosa P., L.; Azevedo S., S.. Significados y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. IndexEnferm [revista en la Internet]. 2006 Nov [citado 2013 Jun 20]; 15(54): 20-24. Disponible en:

http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.enfermeriaencardiologia.com%2Frevista%2F47_48_13.pdf&ei=K7TUUo2XEFiysATb34GgBg&usg=AFQjCNFiMIGq54Kb-5WY-RrO97-Bp3ksgg&bvm=bv.59378465.d.cWc.

González J., L.; Velandia M.; Flores V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. RevConamed 2009; 14 supl 1: 40-43

Torres, A., M. Experiencias de conceptualización de Enfermería, la experiencia de conceptualización en la Facultad de Enfermería. Segunda edición. Editorial Ceja, Bogotá. 2001. Pág. 15,62.

Bautista, R., L. M. percepción de la calidad del cuidado de Enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. AQUICHAN, Vol. 08. N° 1. Bogotá, Junio del 2008.

Troncoso, T., M.; Valenzuela, S., S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Revista ciencia y enfermería, Vol. 16. N° 03. Bogota, noviembre 2007. (fecha de acceso 12 de octubre del 2010) ; disponible en:

<http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fsalud.unsa.edu.ar%2Fsalud%2Fdescargas%2Frevista%2FREVISTA3.pdf&ei=07TUUoG3IarNsQSSr4LoBg&usg=AFQjCNG6gQxGVJdDIye5zDxZ0f4V02xykg&bvm=bv.59378465.d.cWc>.

Murillo, S., la deshumanización en la salud. Primera edición. Editorial Bahamas, Concepcion. 2009. Pág. 13-15.

Watson, J. The theory caring: Retrospective and prospective. Nursing Science Quarterly, 1997. Pág. 24, 49-52, 56-68

Watson, J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en http://fen.uach.mx/index.php?page/semblanza_Jean_Watson (consultado el 24 de Mayo de 2013).

Watson, J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences. Carative factors/caritas proceses as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto&contexto enfermegen. Vol.16. nº1. Brasil, 2007. Pág. 24-26, 32, 83, 129-135.

Medina, J., L. La pedagogía del cuidado. Primera edición. Editorial Alwertes, España. 1999. Pag. 14.

Mondin, B. El hombre: ¿quién es él? Elementos de la Antropología filosófica. Octava edición. Editorial Paulus, Sao Paulo. 1980. Pag. 79.

Hernandez Sampiere R., Fernandes Collado C. y Baptista Lucio P. Metodología de la Investigacion.. Mexico McGraw: 1991:263-277.

Elejabarrieta F. J. y Iñiguez L. Construcción de escalas de actitud tipo Thurst y Likert. 1984: 38

Cronin, S.N.; Harrison, B. Importance of nurse caring behaviors as perceived after myiocard infarection. Hesrt&Lung 1988, 17:374-380.

Kimblie, L. Patients Perceptions of Nurse Caring Behaviors in an Emergency Department. Marshall University College of Nursing and Health Professions. Junio 2003.

Alvis, T., Moreno, M. experiencia de recibir un cuidado de Enfermería humanizado. Bogota, 2007. Pág. 63.

Ariza, C. “¿Es posible humanizar la atención de Enfermería al paciente en estado crítico?”. Actual Enfer. 1998; 1(4)

Becerra, N. S. “El nivel de Atención Humanizada en el actuar de la enfermera en el departamento de Emergencia de Hospital Nacional Cayetano Heredia”. Tesis para Optar Titulo de Licenciada en Enfermería. UNCH – LIMA. 1996.

Cayllahua, J. T., Urrutia D. Influencia del idioma en los cuidados que brinda la Enfermera al usuario en el Hospital Manuel Núñez Butrón- Puno. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. 2007:20.

Donabedian, A. Calidad asistencial. Revista monográfico calidad asistencial. 2da parte. Colombia; 1996: 34.

Ferreira, M. y Figueiredo, N. Los mecanismos disciplinadores do hospital: As(os) enfermeiras (os) e o poder sobre o corpo de cliente hospitalizado. [En línea] febrero 1997 [fecha de acceso 08 de noviembre 2009]. URL disponible en [http:// bases.bireme.br](http://bases.bireme.br)

- Figuroa, C. “Cuidado Humanizado de la Atención de Enfermería al paciente con cáncer y su familiar cuidador en el hospital III Goyoneche-Arequipa”. Tesis para Optar Título de Licenciada en Enfermería. UNA PUNO. 2012.
- Jiménez, J. H.; Coeymans, M. y Gili, M. Percepción de calidad de la atención médica por los usuarios. En: Eficiencia y calidad del sistema de salud en Chile. Corporación de promoción Universitaria (CPU). 1990:265-303.
- Leite, A. M.; Freitag, P. L. Análisis de Contexto del concepto de ambiente en la Teoría Humanista de Paterson y Zderan. [En línea] Junio del 2005 [fecha de acceso 26 de setiembre del 2008]; 14 (48-49) URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100009&Ing=pt&nrm=iso
- Magullan, G. “Las actitudes de las enfermeras hacia el paciente y su atención de enfermería en el Hospital Nacional “Guillermo Almenara Irigoyen. Tesis para Optar Título de Licenciada en Enfermería. UNMSM-LIMA, 1988.
- Maldonado, R. “Percepción del Cuidado Humano que brinda el profesional de Enfermería en los servicios de hospitalización de cirugía y medicina del H.R.M.N.B - Puno”. Tesis para Optar Título de Licenciada en Enfermería. UNA PUNO. 2010.
- Mendoza, A. M. La Humanización en la Atención de Enfermería. [En línea] junio 2005. [fecha de acceso el 11 de diciembre del 2008]. URL disponible en: <http://www.portalquito.com/index.php?module=Pagesetter&func=viewpub&tid=2&pid=134>.
- Moris, I.; Riveros, N., Pucheu, J. Percepción de los usuarios que ingresan al servicio de cirugía del Hospital Herminda Martín de Chillán. Revista Horizonte de Enfermería, vol. 7, 1996:36-42.
- Nightingale, F. Notas de Enfermería, qué es y qué no es. Barcelona: Masson, 1969. Pág. 30.
- Orlando, F. Educación continuada de Enfermería. Primera edición. Florida. 2010. Pág. 32.
- Rodríguez, C. Calidad de la atención en salud y Ley 100 de seguridad social. En: Bioética y Justicia Sanitaria. Colombia: El Bosque. 1999:147-182.
- Torres, A. M. Experiencias de conceptualización de Enfermería, la experiencia de conceptualización en la Facultad. Bogotá: Editorial Ceja; 2001;15
- Vacarezza, R. De los derechos del paciente. Revista Médica de Chile, 2000:128, 1.380-1.384.



ANEXO N° 1

**ÍTEMS QUE SE MODIFICARON Y DEJARON EN BLANCO PARA LA
ADAPTACIÓN DEL INSTRUMENTO**

ITEMS	Propuesta CBA (2010)	Propuesta final después de la prueba piloto
03	Saben hacer bien su trabajo.	Se deja en blanco, debido a que el paciente tuvo dificultad para responder la pregunta además desconoce lo correcto.
08	Elogian mis esfuerzos.	Me felicitan cuando me esfuerzo por recuperarme.
11	Aceptan mi modo de ser	Aceptan mi manera de ser.
22	Se presentan cuando recién nos conocemos	Se presentaron cuando recién nos conocimos.
25	Si me trasladarían a otro sector del hospital ¿me visitarían?	Si me trasladarían a otro servicio del Hospital ¿me visitarían?
28	Me estimulan a expresar lo que siento.	Me preguntan, ¿cómo me siento?
31	No se alejan, ni me abandonan cuando estoy difícil de tratar (irritable, callado, etc.).	No se alejan de mi cuando estoy de mal humor o triste.
42	Me sugieren ideas o cosas para hacerme sentir más cómodo(a) (cambios de posición, mantas, etc.)	Me sugieren ideas o cosas para hacerme sentir más cómodo (a) (cambios de posición, aumento de frazadas, etc.)
47	Respetan mi pudor (ejemplo: no destaparme en público).	Respetan mi intimidad (no me destapan en público).
49	Consideran mis necesidades espirituales	Consideran mis necesidades espirituales (religión)
53	Conocen bien su trabajo; por ejemplo, cómo poner inyecciones.	Se deja en blanco, debido a que el paciente tuvo dificultad para responder la pregunta además desconoce lo correcto.
54	Saben usar los equipos (ejemplo: monitores).	Se deja en blanco, debido a que el paciente tuvo dificultad para responder la pregunta además desconoce lo correcto.

ANEXO N° 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERIA

ENCUESTA N°: _____

CARING BEHAVIORS ASSESSMENT TOOL

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE CUIDAR

FECHA: _____

SERVICIO: _____ N° DE CAMA _____ DIA DE HOSPITALIZACIÓN: _____

IDOMA: _____ SEXO: M ___ F ___ EDAD: _____

Buenos días señores pacientes estamos haciendo un estudio para conocer mejor las acciones y/o actitudes de los profesionales de Enfermería, sus respuestas son confidenciales, así que les agradecemos ser lo más sincero posible:

En el siguiente listado encontramos acciones y/o actitudes que los profesionales de Enfermería pueden decir o hacer para hacerle sentir que cuidan de usted. Por favor, indique si las situaciones que se presentan a continuación se realizan:

01	Me tratan como una persona única.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
02	Toman en cuenta mi manera de pensar.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
03	Saben hacer bien su trabajo.					
04	Me dan seguridad.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
05	Me hacen sentir que están cerca si los necesito.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
06	Me animan a confiar en mí mismo.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
07	Señalan cosas positivas de mi persona y de mi condición de salud.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
08	Me felicitan cuando me esfuerzo por recuperarme	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
09	Me comprenden.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
10	Me preguntan cómo me gustaría que se hagan las cosas.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
11	Aceptan mi manera de ser.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca

12	Son comprensivos y respetan mis sentimientos y estados de ánimo.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
13	Son amables y consideradas(os).	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
14	Se dan cuenta cuando “estoy aburrido” y me tienen paciencia.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
15	Durante la atención realizada se muestran tranquilas.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
16	Me tratan con respeto.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
17	Realmente me escuchan cuando estoy hablando.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
18	Aceptan mis sentimientos sin juzgarlos.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
19	Vienen a la habitación para saber cómo estoy.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
20	Conversan conmigo sobre cómo era mi vida antes de ingresar al hospital.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
21	Me preguntan cómo me gustaría que me llamen.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
22	Se presentaron cuando recién nos conocimos.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
23	Vienen rápidamente cuando los llamo.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
24	Me ponen toda su atención cuando están conmigo.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
25	Si me trasladarían a otro servicio del Hospital ¿me visitarían?	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
26	Me tocan (la mano, hombro o mejilla) cuando necesito consuelo o me dan ánimo.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
27	Cumplen con lo que se comprometen.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
28	Me preguntan, ¿cómo me siento?	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
29	No se molestan cuando estoy enojado o de mal humor.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
30	Me ayudan a entender mis sentimientos.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
31	No se alejan de mi cuando estoy de mal humor o triste.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
32	Me animan a preguntar sobre mi enfermedad y mi tratamiento.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
33	Responden de manera clara mis preguntas.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca

34	Me enseñan sobre mi enfermedad.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
35	Se aseguran de que entiendo lo que me explican.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
36	Me preguntan qué deseo saber acerca de mi salud/enfermedad.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
37	Me ayudan a ponerme metas que realmente puedo lograr de acuerdo a mi estado de salud.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
38	Me ayudan a planificar cómo lograr esas metas de salud.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
39	Me ayudan a planificar los cuidados que tendré en mi casa cuando me den de alta.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
40	Me dicen qué ocurrirá conmigo cada día respecto a mi salud. (evolución de la enfermedad)	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
41	Entienden cuando necesito estar solo(a).	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
42	Me sugieren ideas o cosas para hacerme sentir más cómodo (a) (cambios de posición, aumento de frazadas, etc.)	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
43	Dejan mi habitación limpia y ordenada después de un procedimiento.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
44	Me explican las precauciones de seguridad que debemos tener mi familia y yo.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
45	Me dan medicamentos para el dolor cuando lo necesito.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
46	Me animan a que haga lo que puedo hacer por mí mismo/a.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
47	Respetan mi intimidad. (ejemplo: no destaparme en público).	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
48	Antes de irse, verifican junto conmigo que tengo todo lo que necesito al alcance de la mano.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
49	Consideran mis necesidades espirituales (religión).	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
50	Son gentiles conmigo.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
51	Son alegres.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
52	Me ayudan a cuidarme hasta que yo pueda hacerlo por mi cuenta.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
53	Conocen bien su trabajo; por ejemplo, cómo poner inyecciones.					
54	Saben usar los equipos (ejemplo: monitores).					

55	Me dan tratamientos y medicamentos a tiempo.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
56	Mantienen a mi familia informada sobre la evolución de mi enfermedad.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
57	Permiten que mi familia me visite lo más que sea pueda.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
58	Vigilan mi estado de salud muy de cerca.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
59	Me hacen sentir que puedo decidir acerca de ciertas acciones sobre mi cuidado.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
60	Reconocen cuándo necesito que llamen a un médico.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
61	Me muestran que entienden mis sentimientos (tristeza, alegría, etc.)	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
62	Me ayudan a entender que mis experiencias de vida son importantes para crecer como persona.	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca
63	Me animan a sentirme bien conmigo mismo (a).	Siempre	Casi Siempre	A Veces	Casi Nunca	Nunca



ANEXO N° 3

Para protección de los derechos éticos de (los participantes) que proporcionaran la información para el estudio denominado “PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LOS HOSPITALES DE APOYO, ILAVE Y SAN JUAN DE DIOS – AYAVIRI PUN0, 2013”. Realizado por las egresadas Dora Magaly Pandia Humpire y Leyder Carina Puma Ojeda de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano.

Yo _____, como participante de la investigación, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, doy constancia de haber aceptado participar en la investigación “PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LOS HOSPITALES DE APOYO, ILAVE Y SAN JUAN DE DIOS – AYAVIRI PUN0, 2013”. Entendiendo que el objeto de esta investigación es orientar el cuidado de enfermería primordialmente a la satisfacción de las necesidades del paciente, y mejorar la atención de enfermería en la institución de salud.

Que como parte de la investigación debo dar mi autorización mediante la firma de este consentimiento informado, y debo responder el instrumento clasificando cada pregunta existente en un escala de 1 a 5 que me mostrara el encuestador.

Que la presente investigación no tiene riesgos, que puede producir incomodidad por el tipo y cantidad de preguntas, y que los beneficios que se esperan obtener al terminan el estudio son el poder conocer la opinión que tienen los pacientes frente al cuidado de enfermería para poder plantear mejora sean la forma en que el personal de enfermería brinda el cuidado.

He sido advertido (a) que mi participación es completamente voluntaria y que tengo la autonomía de retirarme cuando lo considero pertinente, que no existen riesgos para mi salud, que la información que proporcione será utilizada solo para fines de la realización de este estudio conservando siempre su confiabilidad y que mi intervención no tendrá ningún costo.

FIRMA DEL PARTICIPANTE _____

ANEXO 4



MOVIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN



REDESS :	COLLAO	ESTABLECIMIENTO :			HOSPITAL APOYO LA VE			MES:	AGOSTO	AÑO 2013
		Ingresos en el mes	De otros Serv.	Tranf. en el mes	Egresos en el mes	Saldo para el mes Sig	Días Paciente			
00	TOTAL	8	0	104	0	0	104	8	0	00
10	MEDICINA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Medicina General	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Neumología	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Cardiología	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	Neurología	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	Gerontogeriatría	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	Dermatología	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Nefrología	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	Psiquiatría	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	CIRUGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21	Cirugía General	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22	Tratam. y Ortopedia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	Otorrinolaringología	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	Oftalmología	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	Urología	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	Oncología	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	UCI	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30	PEDIATRIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31	1 a 11 meses	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32	Pre-escolar (1-4a)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33	5 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34	Escolar (6-14 años)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35	NEONATOLOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36	Neonatología General	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	GINECOL.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41	Obstetricia	0	0	0	0	0	0	0	0	0
42	Ginecología	0	0	0	0	0	0	0	0	0
X. OTROS SERVICIOS										
	SERVICIOS	Hospitalización	Consultas externas	Emergencias	SIS	indigentes	Hospitalización	Consultas externas	Emergencias	
20	RADIOLOGIA	1	27	127	27	0	0	0	0	0
21	Rx. Simples Tomados	1	27	127	27	0	0	0	0	0
22	Rx. Contrastados									
23	Rx. Dentales Tomados									
24	Fotodiagnósticos									
25	Mamografías Tomadas									
26	Tomografías Tomadas									
27	Otras Imagenología									
28	Ecografía									
30	FARMACIA	663	733	303	336	11				
31	Recetas despachadas	105	150	209						
LABORATORIO										
V. ASISTENCIA SOCIAL										
00. TOTAL										
01. Entrevista de casos sociales										
02. Visita de casos sociales										
03. Seguimiento de casos sociales										
4. OTALMOLOGIA										
5. UROLOGIA										
6. GINECOLOGIA Y OBST.										
a. Vaginitis										
b. Histerectomía										
c. Cesárea										
d. Quistes de ovario, laparoscóp.										
e. Salpingectomía										
f. Lijadura de trompa BTB										
g. Otros Gineco-Obstetricia										
7. Otros Cirugía Mayor										
* CIRUGIA MENOR										
a. Cura quiniplujia										
b. Reducción Ingr. y Yeso										
c. I. Lepado										
C.1. Aborto										
C.2. Retención de Restos Placentario										
C.3. Otros Legrados										
d. Otros Cirugía Menor										
Manejo de Emergencias										
49. Equipo Médicos										
49.1. Equipos Mecánicos										
49.2. Equipos de Computo										
49.3. Mantenimiento de Instalaciones Eléctricas										
50. Mantenimiento de Unidades Móviles										
51. Desinfección e Inanimeración de desechos(M3)										



MOVIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN

REDESSES:	COLTADO		ESTABLECIMIENTO:		HOSPITAL APOYO/ILAVE		MES:		AÑO 2013	
	Servicio	Saldo del mes anterior	Ingresos en el mes	Tranf. en el mes De otros Serv.	Egresos en el mes	Saldo para el mes Sig. Paciente	Días Cama	ES	SE	Indicador
00 TOTAL		10	80	0	89	0	241	00	00	0
10 MEDICINA		4	80	0	89	0	510	98	98	0
11 Medicina General							78	1	1	
12 Cardiología							120	1	1	
13 Neumología							120	1	1	
14 Neurología										
15 Gastroenterología										
16 Dermatología										
17 Nefrología										
18 Psiquiatría										
19 Otros										
20 CIRUGIA		0	2	0	1	0	120	ATC	ATC	
21 Cirugía General							120	2	2	
22 Traun. y Ortopedia										
23 Otorinolaringología										
24 Oftalmología										
25 Urología										
26 Otros										
27 UCI										
30 PEDIATRIA		1	1	0	1	0	120	72	72	0
31 1 a 11 meses										
32 Pre-escolar (1 - 4a)										
33 Escolar (5 años)										
34 Escolar (6-14 años)										
35 NEONATOLOGIA		0	0	0	0	0	120	7	7	
36 Neonatología General										
40 GINECOL.		5	65	0	70	0	30	140	140	
41 Obstetricia										
42 Ginecología		3	64	0	67	0	131	6	6	
		2	1	3	3	0	30	9	9	
X. OTROS SERVICIOS										
SERVICIOS	Hospitalización	Emergencias	SIS	SIS	Emergencias	Hospitalización	Emergencias			
20. RADIOLOGIA	2	41	83	33	0	979	30			
21. RX. Simples Tomados	2	41	83	33	0	979	30			
22. Rx. Contrastados										
23. Rx. Dentales Tomados										
24. Fotoradiografías										
25. Mamografías Tomadas										
26. Tomografías Tomadas										
27. Otras Imagenología										
28. Ecografía										
30. FARMACIA	614	653	245	554	7	536	835			
31. Recetas despachadas										

Mantenimiento y Servicios Generales	N°
49. Equipo Medicos	
49.1. Equipos Mecanicos	
49.2. Equipos de Computo	
49.3. Mantenimiento de Instalaciones Electricas	
50. Mantenimiento de Unidades Moviles	
51. Desinfección e inactivación de desechos(M3)	



MOVIMIENTO DE HOSPITALIZACIÓN

REDESS :	COLLAO		ESTABLECIMIENTO :				HOSPITAL AYOBUHAVE		MES:		AÑO 2013	
	Servicio	Saldo del mes anterior	Ingresos en el mes	Tratamiento en el mes	Egresos en el mes	Saldo para el mes siguiente	Días Paciente	Días Cama	Esancias	00 Nacidos Vivos	01 Defunc. Fetales	02 Aborto (egresos)
00 TOTAL		7	108	0	108	7	0	930	284	6	6	0
10 MEDICINA		1	13	0	13	1	0	120	57	108	1	0
11 Medicina General												
12 Neumología												
13 Cardiología												
14 Neurología												
15 Gastroenterología												
16 Dermatología												
17 Neurología												
18 Psiquiatría												
19 Otros												
20 CIRUGIA		0	10	0	10	0	0	120	52	0	0	0
21 Cirugía General												
22 Traun. y Ortopedia												
23 Otorrinolaringología												
24 Otolimnología												
25 Urología												
26 Otros												
27 UCI												
30 PEDIATRIA		0	0	0	0	0	0	240	15	0	0	0
31 1 a 11 meses												
32 Pre-escolar (1 - 4a)												
33 Escolar (6-14 años)												
34 Neonatología		0	0	0	0	0	0	120	0			
35 Neonatología General												
36 Obst. V.												
40 GINECOI.		6	81	0	81	6	0	330	160			
41 Obstetricia												
42 Ginecología		2	8	0	8	2	0	330	138			
X. OTROS SERVICIOS												
SERVICIOS	Hospitalización	Consulta externa	Emergencias	SIS	Indigentes	Hospitalización	Consulta externa	Emergencias				
20. RADIOLOGIA	2	46	107	32		912	97					
21. RX. Simples Tomados												
22. Rx. Contrastados												
23. Rx. Dentales Tomados												
24. Fluorodensitometría												
25. Mamografías Tomadas												
26. Tomografías Tomadas												
27. Otras Imagenología												
28. Ecografía												
30. FARMACIA	633	689	271	521	6	888						
31. Recetas despachadas laboratorio	197	182	86			500						
90. Nacidos Vivos 60. Defunc. Fetales 61. Aborto (egresos) 80. Pacientes Egresados 81. Vivos 82. Fallecidos 83. Antes de 24 horas 84. 24- 48 horas 85. mas de 48 horas 86. Partos Hiper-uter. TOTAL 87. Partos DISTOCICOS 88. EMERGENCIAS V. ASISTENCIA SOCIAL Injerto Otros Clugía general 00. TOTAL 01. Entrevista de casos sociales 02. Visita de casos sociales 03. Seguimiento de casos sociales 04. Apoyo y análisis socioeconómico a hospitales 05. Apoyo y análisis socioeconómico a Emergencias 06. Indigencia de pacientes a. Vasectomía b. Histerectomía c. Cesareas d. Quistectomía laparoscóp. e. Salpingectomía f. Ligadura de trompa RTB g. Otros Gineco-Obstetricia 7. Otros Cirugía Mayor 8. CIRUGIA MENOR a. Cura quirúrgica b. Reducción Incr. y Yeso c. Logotomía C.1 Aborto C.2 Retención de Restos Placentario C.3 Otros Legrados d. Otros Cirugía Menor												
N° 49. Equipo Medicos 49.1. Equipos Mecanicos 49.2. Equipos de Computo 49.3. Mantenimiento de Instalaciones Electricas 50. Mantenimiento de Unidades Moviles 51. Desinfección e inasineración de desechos(M3)												



ANEXO 5

56	5193	QUISANA CONDORI NICOLAZA	2	21	1	2013	8	13	2013	8	15	2	21	1	Otros trastornos del pulmón	198.4	
57	69517	QUISEP CCAMA FRANCISCO	1	58	1	2013	8	13	2013	8	21	1	8	21	1	Fractura del fémur, parte no especificada	572.9
58	32465	HUAYLUA MEDINA BENITO	1	38	1	2013	8	14	2013	8	16	2	21	1	Fractura de la bóveda del cráneo	502.0	
59	30711	CONDORI CHILASCONCO LIDIA	2	20	1	2013	8	14	2013	8	16	2	21	1	Colectistitis crónica	881.1	
60	50108	CAMAYILA CHALCO BASTORA	2	34	1	2013	8	14	2013	8	16	2	21	1	Colectistitis crónica	881.1	
61	69536	PALKAR CONSUELO BIGNICIA	2	54	1	2013	8	14	2013	8	16	2	21	1	Colectistitis crónica	881.1	
62	69536	OTAZU TORREBLANCA VICENTE	1	41	1	2013	8	15	2013	8	19	5	21	1	Herida de otras partes del pie	591.3	
63	69530	HUANANI YUCA VICTOR	1	38	1	2013	8	15	2013	8	19	4	21	1	Herida de la nariz	501.2	
64	69551	BENITEZ VALERIANO PANTALEON	1	40	1	2013	8	16	2013	8	17	3	21	1	Traumatismos superficiales múltiples, no especificados	100.9	
65	58335	BARRANTES CHUI CATALINA	2	78	1	2013	8	16	2013	8	18	2	21	1	Cálculo de la vesícula biliar con otra colestistitis	880.1	
66	68660	NÚÑEZ QUISPENATALIA	2	87	1	2013	8	17	2013	8	19	3	21	1	Fracturas de otras partes del fémur	572.8	
67	7870	QUISEP PALOMINO ADELA	2	43	1	2013	8	19	2013	8	20	1	21	1	Colectistitis crónica	881.1	
68	38769	TAYPE JAVIER MARTAS	1	45	1	2013	8	19	2013	8	20	1	21	1	Colectistitis crónica	881.1	
69	68206	HUARACALLO ARLINDA CALIXTO	1	21	1	2013	8	19	2013	8	21	1	21	1	Colectistitis crónica	881.1	
70	19888	VALDIVIA PALOMINO RUFINO	1	52	1	2013	8	19	2013	8	22	3	21	1	Ostomielitis, no especificada	M86.9	
71	69576	TUTACANO CARLO RENEIRO	1	22	1	2013	8	20	2013	8	26	6	21	1	Enfermedad del apéndice, no especificada	K38.9	
72	12758	QUISEP SOLOSOLO FLORIDA	2	36	1	2013	8	20	2013	8	26	6	21	2	1	Apendicitis aguda, no especificada	K35.9
73	40997	TURPO LOZADA IMELDA	2	25	1	2013	8	21	2013	8	28	7	21	1	Equinocosis del hígado, no especificada	867.8	
74	62179	LCAMA HUAYTA ISABEL	2	63	1	2013	8	21	2013	8	23	2	21	1	Colangitis	883.0	
75	7747	LIMARES PUMA CIRILO	2	62	1	2013	8	21	2013	8	26	5	21	1	Colectistitis aguda	883.0	
76	69615	LUNA FIGUEROA GOVA	2	49	1	2013	8	22	2013	8	24	2	21	1	Gastritis aguda hemorrágica	K31.0	
77	28845	HUILICA SARCEA TEOFILA	2	42	1	2013	8	24	2013	8	26	2	21	1	Colectistitis crónica	K81.1	
78	69090	CHAMBI JHUALLANCA GUILERMINA	2	42	1	2013	8	25	2013	8	27	2	21	1	Otras disticciones intestinales y las no especificadas	K56.6	
79	69546	PALOMINO HUAYPA JULIAN	1	54	1	2013	8	27	2013	8	30	3	21	1	Hernia inguinal unilateral o no especificada, con o sin colestistitis	K40.3	
80	96626	MACHACA PACCO ALEJANDRO	1	74	1	2013	8	27	2013	8	30	3	21	1	Centenación de la pared abdominal	S30.1	
81	69586	MAYTA GONZALEZ OBEDILIA	2	60	1	2013	8	27	2013	8	28	1	21	1	Cálculo de la vesícula biliar, sin colestistitis	880.2	
82	69634	TORREBLANCA CONDORI BENEDICTA	2	54	1	2013	8	28	2013	8	30	2	21	1	Fractura de la clavícula	S42.0	
83	592	MAMANI JUSTO LUCIANO	1	17	1	2013	8	28	2013	8	30	2	21	1	Traumatismos superficiales múltiples, no especificados	100.9	
84	69447	LUQUE QUINTO NELIDA	2	20	1	2013	8	24	2013	8	26	2	21	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
85	19330	MAMANI AGUILAR YENI	2	20	1	2013	7	30	2013	8	1	2	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
86	50914	GACERES COPAHUA CARMELA	2	36	1	2013	7	31	2013	8	2	1	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
87	69453	ORCCORO LUJAN MARÍA	2	21	1	2013	7	31	2013	8	2	1	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
88	69448	ARONI QUENTAS CLARA	2	20	1	2013	8	1	2013	8	2	1	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
89	13479	YARITA ROBADILLA FRANCISCA	2	26	1	2013	8	1	2013	8	2	1	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
90	24398	QUISEP TICOMA CARMEN	2	19	1	2013	8	1	2013	8	3	2	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
91	20510	ARELA CHUBA AMANDA	2	17	1	2013	8	1	2013	8	4	3	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
92	69415	QUISEP TAYPE LIDIA	2	28	1	2013	8	3	2013	8	5	2	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
93	59705	CHINO PARICAHUA ROSARIO	2	26	1	2013	8	3	2013	8	5	2	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
94	14766	IDME QUISEP CANDY	2	30	1	2013	8	5	2013	8	6	1	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
95	36647	GRUZ PILCO CECILIA	2	26	1	2013	8	5	2013	8	6	1	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
96	12335	QUISEP MAMANI LUZMILA	2	35	1	2013	8	6	2013	8	6	1	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
97	17066	CALDERON RAMOS DELIA	2	25	1	2013	8	6	2013	8	6	1	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
98	55463	QUENTA HUALLPA CATALINA	2	41	1	2013	8	6	2013	8	7	1	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
99	6569	MAMANI HERENCIA MARIA	2	41	1	2013	8	6	2013	8	7	1	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
100	11446	HANCCO SUCA ELIZABETH	2	45	1	2013	8	9	2013	8	11	2	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
101	69484	GUZMÁN MAMANI VILMA	2	28	1	2013	8	9	2013	8	11	2	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
102	62192	ATAJO CUCHO MARIA	2	18	1	2013	8	9	2013	8	10	1	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
103	31823	ALVARO CONDORI MARILUZ	2	32	1	2013	8	10	2013	8	11	1	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
104	67982	QUISEP ROCQUE BLANCA	2	25	1	2013	8	10	2013	8	11	1	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
105	12445	MAMANI HANCCO JACINTA	2	32	1	2013	8	12	2013	8	14	2	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
106	27125	QUISEP MONTESINOS JULIA	2	38	1	2013	8	13	2013	8	17	2	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
107	50403	GUTIERREZ PACHECO DANY	2	25	1	2013	8	13	2013	8	16	1	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
108	68670	QUISEP ZAVALLA LILIA	2	25	1	2013	8	15	2013	8	17	2	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
109	69301	CHANI AYVA VILMA	2	29	1	2013	8	17	2013	8	18	1	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
110	69553	CHUBA CHUI LO MARINA	2	49	1	2013	8	18	2013	8	19	1	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
111	63176	AGUILAR AGUILAR ANTONIA	2	22	1	2013	8	18	2013	8	20	1	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
112	68407	PINEDA CONDORI LUISA	2	25	1	2013	8	19	2013	8	21	1	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
113	69279	QUISEP ARANA YACQUELIN	2	25	1	2013	8	19	2013	8	21	2	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
114	1797	HUAYTA ARAPA DIVA	2	18	1	2013	8	21	2013	8	23	2	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
115	28620	SALAS QUISEP EUSEBIA	2	28	1	2013	8	21	2013	8	23	2	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	
116	35324	TURPO LOZADA SILVIA	2	29	1	2013	8	21	2013	8	23	2	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	O80.9	



Universidad Nacional del Altiplano
 Facultad de Medicina
 Hospital General de Puno
 Puno, Perú

117	69616	CHULLUNQUJA VELARDE PERAFLORES	2	19/1	LIALLI	21/	2013	8	24	2013	8	26	21	41	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	080.9
118	69695	QUISEP HUALLPA EDELMIRA	2	24/1	AVAVIRI	210801	2013	8	26	2013	8	27	141	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	080.9	
119	19626	HUAYNACHO LIMA BRESLY	2	22/1	AVAVIRI	210801	2013	8	26	2013	8	27	141	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	080.9	
120	32174	ANCOCORI AGUILAR JUSTINA	2	25/1	MACCARI	210805	2013	8	27	2013	8	30	341	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	080.9	
121	51567	CALCINA TITO ZORAIDA	2	25/1	AVAVIRI	210801	2013	8	27	2013	8	28	141	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	080.9	
122	31100	FIGUEROA MACEDO RONY ZENAYDA	2	33/1	AVAVIRI	210801	2013	8	28	2013	8	30	241	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	080.9	
123	69643	GUTIERREZ MAMANI NANCY	2	34/1	ORURILLO	210807	2013	8	28	2013	8	30	241	1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	080.9	
124	13502	MAMANI OAYZA REYNILDA	2	38/1	AVAVIRI	210801	2013	8	29	2013	8	31	241	1	Parto por cesárea, sin otra especificación	082.9	
125	34652	ANCOCORI YANA AYOCE	2	34/1	AVAVIRI	210801	2013	8	29	2013	8	31	241	1	Parto por cesárea, sin otra especificación	082.9	
126	11437	ARELAZ ABEYAS MARITZA	2	34/1	AVAVIRI	210801	2013	7	31	2013	8	2	242	1	Falso trabajo de parto, sin otra especificación	082.9	
127	20510	ARELAZ CHURBA ANANDA	2	22/1	AVAVIRI	210801	2013	7	31	2013	8	2	242	1	Falso trabajo de parto, sin otra especificación	082.9	
128	6569	MAMANI HELENCIA MARIA	2	28/1	AVAVIRI	210801	2013	7	31	2013	8	1	142	1	Falso trabajo de parto, sin otra especificación	082.9	
129	17466	ARIZAGA GUTIERREZ LUCY	2	45/1	AVAVIRI	210801	2013	7	31	2013	8	2	242	1	Falso trabajo de parto, sin otra especificación	082.9	
130	35463	QUEYTA HUALLPA CATALINA	2	30/1	AVAVIRI	210801	2013	7	31	2013	8	1	142	1	Hemorragia vaginal y úterina anormal, no especificada	074.9	
131	20065	HUAMANI QUISEP HAYDEE	2	44/1	ORURILLO	210807	2013	8	1	2013	8	2	142	1	Complicación no especificada del trabajo de parto	075.9	
132	69487	TURO PUNA VIRGINIA	2	22/1	AVAVIRI	210801	2013	8	3	2013	8	5	242	1	Aborto no especificado incompleto, sin complicación	066.4	
133	61844	CHECMAPOCCO PUMA GLADYS	2	25/1	COASA	210304	2013	8	16	2013	8	8	242	1	Parto por cesárea, sin otra especificación	082.9	
134	2154	CHECMAPOCCO QUISEP FIDELIA	2	22/1	AVAVIRI	210801	2013	8	6	2013	8	9	342	1	Parto por cesárea, sin otra especificación	082.9	
135	69493	CANSAVA VILMA MODESTA	2	43/1	AVAVIRI	210801	2013	8	6	2013	8	9	342	1	Hemorragia vaginal y úterina anormal, no especificada	082.9	
136	45642	SONCO QUISEP HERMINIA	2	42/1	AVAVIRI	210801	2013	8	9	2013	8	10	242	1	Hemorragia vaginal y úterina anormal, no especificada	082.9	
137	53713	LLAVILLA MORALES BERNANCIA	2	37/1	LIALLI	210804	2013	8	10	2013	8	10	142	1	Pre-eclampsia severa	014.1	
138	50017	ARIZAGA QUISEP ISABEL	2	29/1	UMACHIRRI	210809	2013	8	11	2013	8	13	242	1	Embarazo ectópico, no especificado	000.9	
139	69797	CALCINA CALCINA MAGALY	2	25/1	AVAVIRI	210801	2013	8	12	2013	8	13	142	1	Hiperplasia de glándula del endometrio	N85.0	
140	69516	QUISEP ANDRAGUE YENI	2	18/1	AVAVIRI	210801	2013	8	12	2013	8	13	142	1	Complicación relacionada con el embarazo, no especificada	O26.9	
141	36081	DE LA CRUZ GUTIERREZ MODESTA	2	19/1	USICAYOS	210310	2013	8	12	2013	8	14	242	1	Parto por cesárea, sin otra especificación	082.9	
142	1787	CESPREDES FLORES LUISA	2	37/1	AVAVIRI	210801	2013	8	13	2013	8	14	142	1	Complicación relacionada con el embarazo, no especificada	O26.9	
143	3568	PERLACHOS CHECMAPOCCO MARTINA	2	44/1	AVAVIRI	210801	2013	8	13	2013	8	17	442	1	Sépticemia y coagulitis, no especificadas	N70.9	
144	27570	RAMOS IDME SABINA	2	32/1	AVAVIRI	210806	2013	8	13	2013	8	14	142	1	Hemorragia vaginal y úterina anormal, no especificada	N93.9	
145	69548	CHURQUI MERMA LUZ	2	19/1	COASA	210304	2013	8	16	2013	8	15	242	1	Aborto no especificado incompleto, sin complicación	064.4	
146	41293	LIMA HANCCO JUANA	2	46/1	MACCARI	210805	2013	8	16	2013	8	15	242	1	Pre-eclampsia severa	014.1	
147	69566	PERALTAMINEDA GABRIELA	2	26/1	ORURILLO	210807	2013	8	16	2013	8	17	142	1	Parto por cesárea, sin otra especificación	082.9	
148	49556	ARAZA GONDORE NEVES	2	30/1	USICAYOS	210310	2013	8	19	2013	8	20	142	1	Parto por cesárea, sin otra especificación	082.9	
149	3050	SUNZI MORALES INES	2	41/1	AVAVIRI	210801	2013	8	19	2013	8	20	142	1	Hemorragia vaginal y úterina anormal, no especificada	N93.9	
150	52266	VILCA MAMANI CARMELO	2	22/1	SANTA ROSA	210808	2013	8	20	2013	8	22	242	1	Parto por cesárea, sin otra especificación	082.9	
151	7990	CHOCQUIHUANCA CCOYA LILIANA	2	33/1	UMACHIRRI	210809	2013	8	22	2013	8	25	342	1	Parto por cesárea, sin otra especificación	082.9	
152	69355	DIAZ SUPO IIRMA	2	37/1	AVAVIRI	210801	2013	8	26	2013	8	28	242	1	Complicación relacionada con el embarazo, no especificada	O26.9	
153	26641	CONDORI ATAVARI ROSA	2	15/1	AVAVIRI	210801	2013	8	26	2013	8	28	242	1	Parto por cesárea, sin otra especificación	082.9	
154	44237	CCARI CAHUANI MELY	2	29/1	PUNO	210101	2013	8	27	2013	8	28	242	1	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas con complicación	N39.0	
155	67231	LEQUEZ LOPEZ MARIA	2	27/1	PHARA	210101	2013	8	27	2013	8	28	242	1	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas con complicación	N39.0	
156	20492	MACHACA VILCA BENITA	2	62/1	AVAVIRI	210801	2013	8	28	2013	8	28	242	1	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas con complicación	N39.0	
157	69645	QUISEP MEZA ALEJANDRO	1	72/1	AVAVIRI	210801	2013	8	28	2013	8	28	242	1	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas con complicación	N39.0	
158	69642	HANCCO MAMANI ISABEL	1	72/1	AVAVIRI	210801	2013	8	28	2013	8	28	242	1	Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas con complicación	N39.0	
159	9192	LEONARDO GUTIERREZ RONALDO	1	88/1	AVAVIRI	210801	2013	8	29	2013	8	29	342	1	Aborto no especificado incompleto, sin complicación	064.4	
160	39305	HUAYACONDORI HUAYNAPATA TOMA	1	39/1	AVAVIRI	210801	2013	8	30	2013	9	2	411	1	Insuficiencia cardíaca congestiva	I50.0	
161	69646	FLORES CCAZA NICOLAIZA	1	81/1	ORURILLO	210807	2013	8	30	2013	9	2	411	1	Insuficiencia cardíaca congestiva	I50.0	
162	42247	DELGADO FLORES SUSANA	1	59/1	CUPI	210803	2013	8	30	2013	9	2	411	1	Insuficiencia cardíaca congestiva	I50.0	
163	69336	ATAYAPANGUI CUTIPA GUILLERMO	1	84/1	AVAVIRI	210801	2013	8	30	2013	9	2	411	1	Neumonía, no especificada	J18.9	
164	69678	PACCOSONCO CCAHUANCA HANCCO BONI	1	35/1	SANTA ROSA	210808	2013	8	31	2013	9	2	411	1	Neumonía, no especificada	J18.9	
165	28297	PARIAPAZA CONDORI FELIPE	1	79/1	MACCARI	210805	2013	9	2	2013	9	10	811	1	Hemorragia gastrointestinal, no especificada	K92.2	
166	69619	MAMANI QUISEP FREDIDO	1	75/1	AVAVIRI	210801	2013	9	2	2013	9	10	811	1	Enfermedades de la tráquea y de los bronquios, no especificadas	J42.0	
167	69697	FLORES LOPEZ ALEJANDRO	1	41/1	MACUSANI	210301	2013	9	3	2013	9	4	111	1	Infección aguda no especificada de las vías respiratorias	J12	
168	5869	QUISEP ARIZACA NICOLAIZA	1	46/1	AVAVIRI	210801	2013	9	4	2013	9	4	111	1	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	A09	
169	6706	CCAMA DIAZ FERRAN	1	36/1	AVAVIRI	210801	2013	9	4	2013	9	5	111	1	Infección del pulmón debida a <i>Ichthyococcus grami</i>	B67.1	
170	23086	MAMANI LUJAN EDUARDA	1	69/1	AVAVIRI	210801	2013	9	5	2013	9	5	411	1	Gastritis, no especificada	K29.7	
171	69724	HUAYLA HUAYLA RILEMENA	1	73/1	MACCARI	210805	2013	9	5	2013	9	12	311	1	Insuficiencia cardíaca congestiva	I50.0	
172	69735	MAMANI CONDORI MARIA	1	69/1	AVAVIRI	210801	2013	9	11	2013	9	13	211	1	Tumor maligno del cerebro, excepto lóbulos y ventrículos	C71.0	
173	11816	CCAMA HUANCA DOLORES	1	79/1	AVAVIRI	210801	2013	9	12	2013	9	17	611	1	Hipertensión esencial (primaria)	I10	
174	13999	AMAHUA ANCCORI ADELANDA	1	15/1	AVAVIRI	210801	2013	9	13	2013	9	17	511	1	Insuficiencia cardíaca congestiva	I50.0	
175	69773	GUTIERREZ JARA SHARMELY	1	25/1	AVAVIRI	210801	2013	9	14	2013	9	18	411	1	Insecciónes organofosforadas y carbamatos	T60.0	
176	520	VERDUZCO HUABANCA EUGENIA	1	62/1	AVAVIRI	210801	2013	9	15	2013	9	18	411	1	Síndrome nefrítico no especificado	N05.9	
177	2773	ANCCASI TITTO AVELINO	1	38/1	UMACHIRRI	210809	2013	9	19	2013	9	23	411	1	Fiebre tifoidal	A01.0	
																Infección de vías urinarias, sitio no especificado	N59.0



435	24495	CACRES QUIBE ZAYDA	2	24	1	AYAVIRI	21	2013	10	18	2013	10	20	2	41	1	Parto unico espontáneo, sin otra especificación	O80.9
436	60676	MAMANI RAMOS JUANA	2	31	1	AYAVIRI	21L...	2013	10	19	2013	10	21	2	41	1	Parto unico espontáneo, sin otra especificación	O80.9
437	67088	GANARRIA VILCA DELIA	2	19	1	CUPI	21L...	2013	10	20	2013	10	21	1	41	1	Parto unico espontáneo, sin otra especificación	O80.9
438	70011	ZEVALLOS MUYCHICA ROSA	2	32	1	PHARA	211205	2013	10	21	2013	10	23	2	41	1	Parto unico espontáneo, sin otra especificación	O80.9
439	46943	SUICA MACHACA CARINA	2	24	1	AYAVIRI	210801	2013	10	21	2013	10	23	2	41	1	Parto unico espontáneo, sin otra especificación	O80.9
440	70055	NIEBLES MAMANI MIRIAM	2	23	1	UMACHIRI	210809	2013	10	22	2013	10	24	2	41	1	Parto unico espontáneo, sin otra especificación	O80.9
441	69558	MAMANI ARGOTE YANET	2	23	1	ORURILLO	210807	2013	10	22	2013	10	24	2	41	1	Parto unico espontáneo, sin otra especificación	O80.9
442	18858	CUTIPA PACCO ALICIA	2	27	1	AYAVIRI	210801	2013	10	25	2013	10	24	2	41	1	Parto unico espontáneo, sin otra especificación	O80.9
443	12842	CONDORI HANCCO MAEDA	2	24	1	AYAVIRI	210801	2013	10	26	2013	10	27	2	41	1	Parto unico espontáneo, sin otra especificación	O80.9
444	70074	CAHUANA MAMANI LUZ	2	22	1	AYAVIRI	210801	2013	10	26	2013	10	27	2	41	1	Parto unico espontáneo, sin otra especificación	O80.9
445	70019	CHUBA HUASNA ROSA	2	26	1	SANTA ROSA	210808	2013	10	29	2013	10	27	2	41	1	Parto unico espontáneo, sin otra especificación	O80.9
446	76015	HUANCA PUMAL LUSA	2	25	1	AYAVIRI	210801	2013	10	30	2013	10	28	2	42	1	Parto por cesárea, sin otra especificación	O82.9
447	69600	CASAZOLA BEJAR ANTONIETA	2	23	1	AYAVIRI	210801	2013	10	30	2013	10	28	2	42	1	Parto por cesárea, sin otra especificación	O82.9
448	29454	LAUCATA MEDINA MARIBEL	2	23	1	AYAVIRI	210801	2013	10	1	2013	10	3	2	42	1	Neumonía, no especificada	I18.9
449	54560	LIMA LIMA MARIA	2	33	1	AYAVIRI	210801	2013	10	1	2013	10	5	4	42	1	Parto por cesárea, sin otra especificación	O82.9
450	41479	DIAZ CCOMANWYA GLADYS	2	33	1	AYAVIRI	210801	2013	10	2	2013	10	5	3	42	1	Pre-eclampsia moderada	O14.0
451	68898	CCASMA LUPACA JULIA	2	25	1	LLALLI	210804	2013	10	2	2013	10	5	3	42	1	Parto por cesárea, sin otra especificación	O82.9
452	56741	CCORI PINO NELY	2	20	1	AYAVIRI	210801	2013	10	2	2013	10	5	3	42	1	Parto por cesárea, sin otra especificación	O82.9
453	11303	BEJAR FERNANDEZ CECILIA	2	25	1	AYAVIRI	210801	2013	10	3	2013	10	7	4	42	1	Parto por cesárea, sin otra especificación	O82.9
454	69912	PANDIA QUISPE SONIA	2	25	1	PUCARA	210768	2013	10	6	2013	10	7	4	42	1	Parto por cesárea, sin otra especificación	O82.9
455	69927	BARREDA CHUQUITACQUI NORMA	2	36	1	AYAVIRI	210801	2013	10	7	2013	10	8	4	42	1	Intervención gestacional inducida por el embarazo	O73.4
456	69928	ANAHUA MOROCCO VIRGINIA	2	20	1	AYAVIRI	210802	2013	10	7	2013	10	8	4	42	1	Intervención gestacional inducida por el embarazo	O73.4
457	38834	CHUNGA PACCO DORA	2	39	1	ANTAUTA	210806	2013	10	8	2013	10	8	4	42	1	Intervención gestacional inducida por el embarazo	O73.4
458	25068	ARENAS MUÑOZ MELVI	2	36	1	AYAVIRI	210801	2013	10	8	2013	10	9	4	42	1	Intervención gestacional inducida por el embarazo	O73.4
459	69931	CHOQUENEYRA ESPERILLA ROCY	2	17	1	AYAVIRI	210801	2013	10	8	2013	10	9	4	42	1	Intervención gestacional inducida por el embarazo	O73.4
460	68879	PERALTA VILCA CLAUDIA	2	36	1	AYAVIRI	210801	2013	10	8	2013	10	9	4	42	1	Intervención gestacional inducida por el embarazo	O73.4
461	69964	HUASUACONDORI TRUJILLO JEAN	2	40	1	AYAVIRI	210801	2013	10	8	2013	10	9	4	42	1	Intervención gestacional inducida por el embarazo	O73.4
462	9174	MAMANI FRISANCHO LIDIA	2	24	1	POTONI	210269	2013	10	11	2013	10	14	3	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
463	69965	CESEMARO BUISA ADELANDA	2	22	1	AYAVIRI	210801	2013	10	11	2013	10	15	3	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
464	69995	CHOQUE QUISPE SOLEDAD	2	22	1	AZANGARO	210203	2013	10	14	2013	10	15	3	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
465	57778	CHELA MAMANI FRANCISCA	2	20	1	PUCARA	210768	2013	10	14	2013	10	15	3	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
466	11303	CHELA MAMANI FRANCISCA	2	33	1	SANTA ROSA	210808	2013	10	14	2013	10	15	3	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
467	69518	BEJAR FERNANDEZ KATIA	2	25	1	AYAVIRI	210808	2013	10	15	2013	10	16	4	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
468	70011	ZEVALLOS MUYCHICA ROSA	2	26	1	AYAVIRI	210801	2013	10	15	2013	10	16	4	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
469	68507	QUISPE MAMANI KARINA	2	32	1	PHARA	211205	2013	10	16	2013	10	17	4	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
470	52831	MAMANI CALDERON MAYRA	2	20	1	AYAVIRI	210801	2013	10	19	2013	10	25	4	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
471	70037	CANARI CHUBA MILAGROS	2	22	1	ORURILLO	210807	2013	10	20	2013	10	25	4	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
472	70056	HUAYPATA HUALLPA MARGOT	2	29	1	AYAVIRI	210801	2013	10	21	2013	10	25	4	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
473	66587	QUISPECONDORI YANA RUTH	2	19	1	AYAVIRI	210801	2013	10	22	2013	10	24	2	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
474	1120	CUCHO CONDORI MARY LUZ	2	19	1	AYAVIRI	210801	2013	10	22	2013	10	24	2	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
475	41479	DIAZ CCOMANWYA GLADYS	2	24	1	AYAVIRI	210801	2013	10	22	2013	10	24	2	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
476	22539	VELARDE PALCORI MARIA	2	24	1	AYAVIRI	210801	2013	10	22	2013	10	24	2	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
477	69433	SANCHEZ LIMA NORMA	2	32	1	LLALLI	210804	2013	10	24	2013	10	26	4	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
478	62888	ITUSACA MAMANI SARA NOEMI	2	27	1	UMACHIRI	210804	2013	10	25	2013	10	26	4	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
479	70075	CONDORI ARCA YENI	2	27	1	UMACHIRI	210804	2013	10	25	2013	10	26	4	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
480	61411	ESPIRILLA CAYLAHUA MARLENI	2	27	1	MACARI	210805	2013	10	26	2013	10	28	4	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
481	16403	TITTO GUERRA MAYTA	2	30	1	PUCARA	210708	2013	10	26	2013	10	29	4	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
482	31199	HUALLPARTUPA SOLOSOLO LIVIA	2	30	1	SANTA ROSA	210808	2013	10	26	2013	10	29	4	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
483	41365	HUANCA HUANCA MARINA	2	32	1	AYAVIRI	210801	2013	10	26	2013	10	29	4	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
484	69600	QUISPE FLORES AVELINA	2	25	1	ORURILLO	210807	2013	10	27	2013	10	29	4	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
485	48387	MAYTA APAZA ABIGAIL	2	18	1	AYAVIRI	210801	2013	10	28	2013	10	29	4	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
486	55697	POCCO SUPPO SABINA	2	34	1	LISCAYOS	210340	2013	10	28	2013	10	30	2	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0
			2	34	1	AYAVIRI	210801	2013	10	30	2013	10	31	2	42	1	Retención de la placenta sin hemorragia	O73.0

11 MEDICINA
21 CIRUJIA
41 OBSTETRICIA
42 GINECOLOGIA

ANEXO N° 06-A

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA DIMENSIÓN: HUMANISMO, FE-ESPERANZA Y SENSIBILIDAD, SEGÚN ITEMS.

CATEGORIA ITEMS	SIEMPRE				CASI SIEMPRE				AVECES				CASI NUNCA				NUNCA			
	ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Me tratan como una persona única.	7	8.2			2	2.4	10	8.3	31	36.5	20	16.7	40	47.1	60	50	5	5.9	30	25
Toman en cuenta mi manera de pensar.	5	5.9			15	17.6			4	4.7	28	23.3	26	30.6	40	33.3	35	41.2	52	43.4
Me dan seguridad.	1	1.2	16	13.3	11	12.9	24	20	33	38.8	72	60	36	42.4			4	4.7	08	6.7
Me hacen sentir que están cerca si los necesito.			16	13.3	6	7.1	32	26.7	36	42.4	56	46.7	35	41.2	16	13.3	8	9.4		
Me animan a confiar en mí mismo.	5	5.9			9	10.6	40	33.3	38	44.7	64	53.3	33	38.8	8	6.7			8	6.7
Señalan cosas positivas de mi persona y de mi condición de salud.	3	3.5			9	10.6	32	26.7	43	50.6	64	53.3	29	34.1	24	20	1	1.2		
Me felicitan cuando me esfuerzo por recuperarme	2	2.4			15	17.6	24	20	42	49.4	56	46.7	26	30.6	40	33.3	4	4.7		
Me comprenden.	4	4.7			9	10.6	8	6.7	31	36.5	80	66.7	35	41.2	32	26.6	4	4.7		
Me preguntan cómo me gustaría que se hagan las cosas.					15	17.6			26	30.6	8	6.7	27	31.8	48	40	7	8.2	64	53.3
Aceptan mi manera de ser.	1	1.2			4	4.7	24	20	53	62.3	72	60	26	30.6	16	13.3	1	1.2	8	6.7
Son comprensivos y respetan mis sentimientos y estados de ánimo.	3	3.5			5	5.9			36	42.4	32	26.7	35	41.2	40	33.3	6	7.1	48	40
Son amables y consideradas(os).	10	11.8			8	9.4	40	33.3	35	41.2	56	46.7	32	37.6	24	20				
Se dan cuenta cuando "estoy aburrido" y me tienen paciencia.	1	1.2			11	12.9	24	20	44	51.8	56	46.7	36	42.4	32	26.6	3	3.5	8	6.7
Durante la atención realizada se muestran tranquilas.	1	1.2	16	13.3	5	5.9	80	66.7	43	50.6	24	20	32	37.6			4	4.7		
Me tratan con respeto.	5	5.9	16	13.3	2	2.4	64	53.3	3	3.5	32	26.7	43	50.6	8	6.7	4	4.7		

ANEXO 6-B

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA DIMENSIÓN: AYUDA Y CONFIANZA, SEGÚN ITEMS

CATEGORIA ITEMS	SIEMPRE				CASI SIEMPRE				AVECES				CASI NUNCA				NUNCA			
	ILAVE		AYAVIR I		ILAVE		AYAVIR I		ILAVE		AYAVIR I		ILAVE		AYAVIR I		ILAVE		AYAVIR I	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Realmente me escuchan cuando estoy hablando.	8	9.4	8	6.7			2	20	28	32.9	48	40	4	4.7	40	33.3	35	41.2		
Aceptan mis sentimientos sin juzgarlos.					3	3.5	8	6.7	44	51.8	80	66.7	12	14.1	16	13.3	26	30.6	16	13.3
Vienen a la habitación para saber cómo estoy.	5	5.9	8	6.7			5	46.6	33	38.8	40	33.2	13	15.3	8	6.7	34	40	8	6.7
Conversan conmigo sobre cómo era mi vida antes de ingresar al hospital.	3	3.5			4	4.7			30	35.3	16	13.3	15	17.6	40	33.3	29	34.1	64	53.4
Me preguntan cómo me gustaría que me llamen.	3	3.5			1	1.2			26	30.6			22	25.9	48	40	23	27.1	72	60
Se presentaron cuando recién nos conocimos.	2	2.4			1	1.6			26	30.6	16	13.3	30	35.3	24	20	13	15.3	80	66.7
Vienen rápidamente cuando los llamo.			2	20	6	7.1	4	40	43	50.6	24	20	9	10.6	8	6.7	27	31.8	16	13.3
Me ponen toda su atención cuando están conmigo.	6	7.1	8	6.7	2	2.4	4	33.3	43	40.6	64	53.3	6	7.1	8	6.7	28	32.4		
Si me trasladarían a otro servicio del Hospital ¿me visitarían?					1	1.2			33	38.8			18	21.2	32	26.7	23	27.1	88	73.3
Me tocan (la mano, hombro o mejilla) cuando necesito consuelo o me dan ánimo.	3	3.5			5	5.9			32	37.6	24	20	24	28.2	40	33.3	21	24.7	56	46.7
Cumplen con lo que se comprometen.	8	9.4			5	5.9	2	20	31	36.5	72	60	20	23.5	16	13.3	21	24.7	8	6.7

ANEXO 6-C

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA DIMENSION: ACEPTACION DE SENTIMIENTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS, SEGÚN ITEMS.

CATEGORIA ITEMS	SIEMPRE				CASI SIEMPRE				AVECES				CASI NUNCA				NUNCA				
	ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Me preguntan, ¿cómo me siento?	1	1.2			21	24.7	16	13.3	44	51.8	80	66.7	17	20	8	6.7	2	2.4	1	13.6	3
No se molestan cuando estoy enojado o de mal humor.					23	27.1	32	26.6	48	56.5	72	60	9	10.6	8	6.7	5	5.6	8	6.7	
Me ayudan a entender mis sentimientos.			8	6.7	22	25.9	32	26.6	40	47.1	48	40	17	20	16	13.3	6	7.1	1	13.6	3
No se alejan de mí cuando estoy de mal humor o triste.					22	25.9	8	6.7	34	40	72	60	21	24.7	32	26.6	8	9.4	8	6.7	



ANEXO 6 - D

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA DIMENSION: ENSEÑANZA- APRENDIZAJE, SEGÚN ITEMS

CATEGORIA ITEMS	SIEMPRE				CASI SIEMPRE				AVECES				CASI NUNCA				NUNCA			
	ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Me animan a preguntar sobre mi enfermedad y mi tratamiento.	4	4.7			4	4.7			19	22.4	8	6.7	19	22.4	56	46.7	39	45.9	56	46.7
Responden de manera clara mis preguntas.	5	5.9	8	6.7	3	3.5	16	13.3	26	30.6	40	33.3	9	10.6	32	26.7	42	49.4	24	20
Me enseñan sobre mi enfermedad.	1	1.2	8	6.7	4	4.7			26	30.6			4	4.7	56	46.7	50	58.8	56	46.7
Se aseguran de que entiendo lo que me explican.	6	7.1	8	6.7	7	8.2			28	21.2	24	20	18	21.2	48	40	36	42.4	40	33.3
Me preguntan qué deseo saber acerca de mi salud/enfermedad.	5	5.9			4	4.7	8	6.7	23	27.1			15	17.6	48	40	38	44.7	64	53.3
Me ayudan a ponerme metas que realmente puedo lograr de acuerdo a mi estado de salud.	4	4.7			4	4.7			29	34.1	64	53.3	18	21.2	56	46.7	30	35.3		
Me ayudan a planificar cómo lograr esas metas de salud.	4	4.7			4	4.7	16	13.3	27	31.8	72	60	18	21.2	32	26.7	32	37.6		
Me ayudan a planificar los cuidados que tendré en mi casa cuando me den de alta.	1	1.2			21	14			24	28.2	40	33.3	12	14.1	72	60	36	42.4	8	6.7

ANEXO 6 – E

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA DIMENSION: SOPORTE, PROTECCIÓN Y AMBIENTE, SEGÚN ITEMS

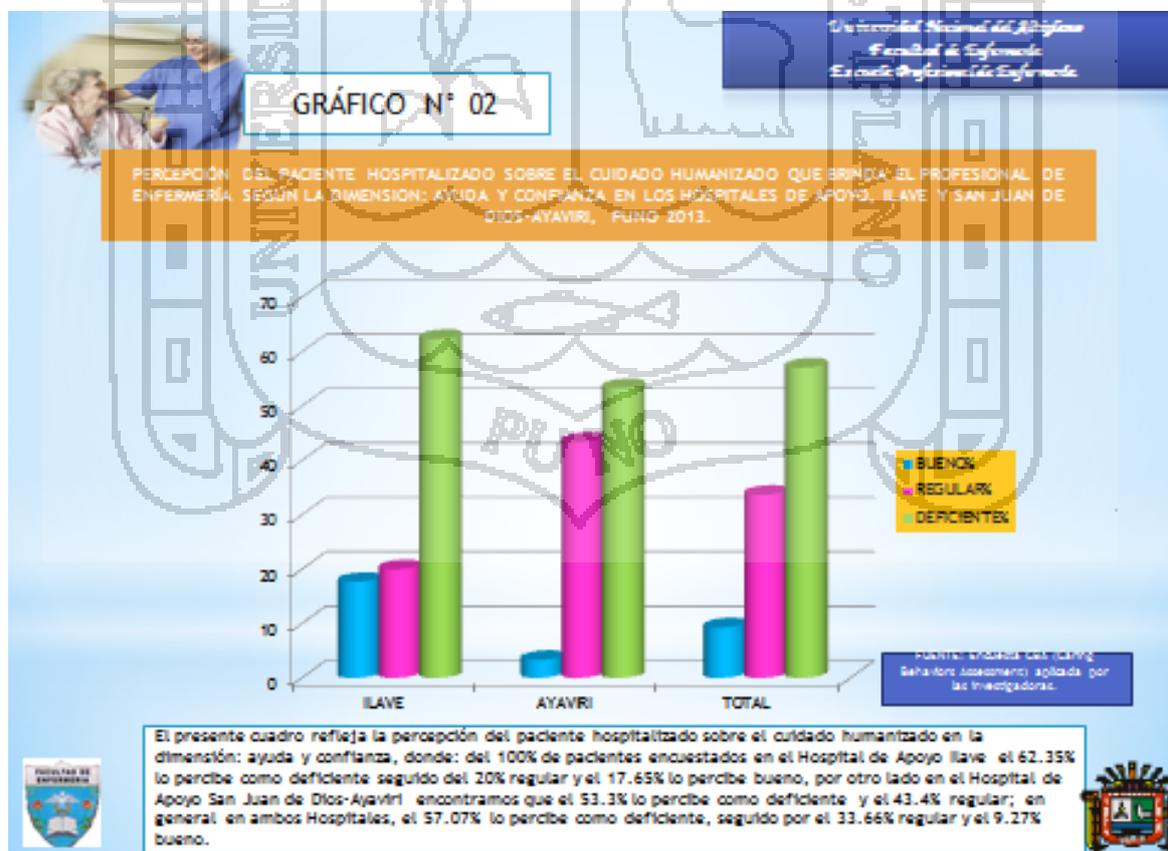
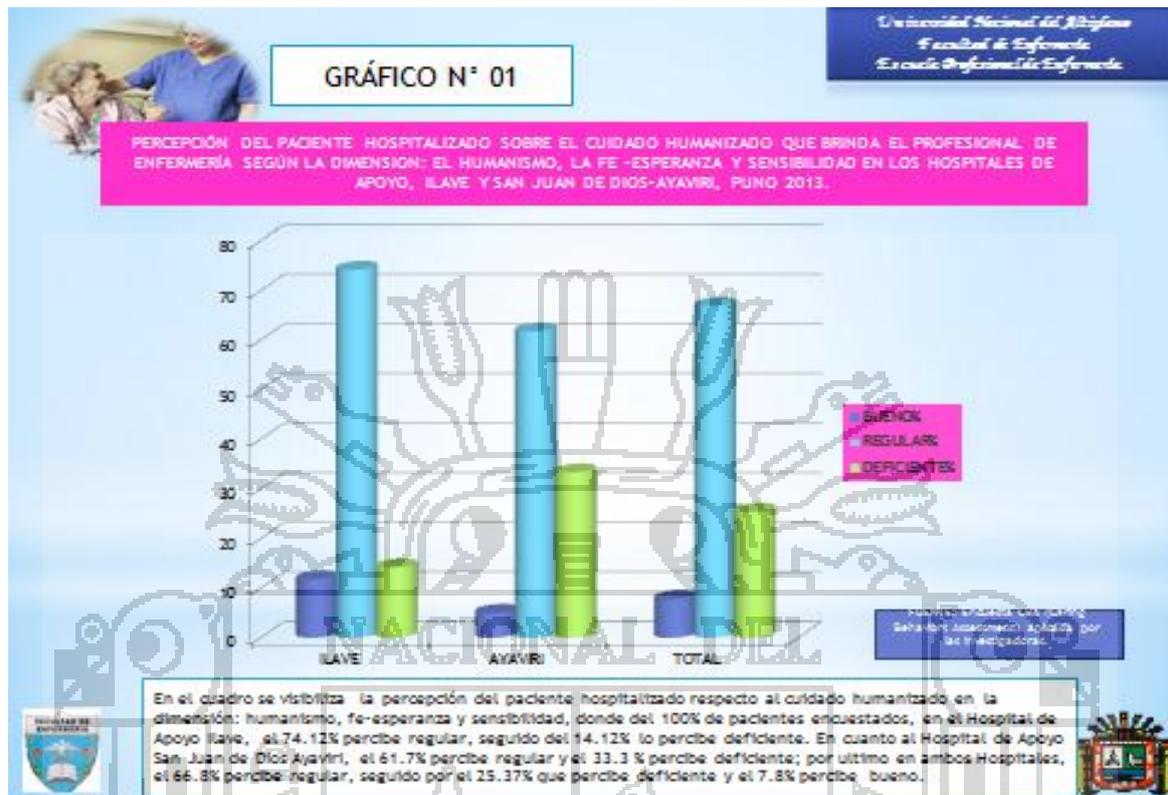
CATEGORIA ITEMS	SIEMPRE				CASI SIEMPRE				AVECES				CASI NUNCA				NUNCA			
	ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Me ayudan a cuidarme hasta que yo pueda hacerlo por mi cuenta.			23	19	46	54	51	42	36	40	33	30	55	5.9	10	8.3				
Me dan tratamientos y medicamentos a tiempo.	17	1.2	57	47	57	67	19	5	32	29	25	20	4	4.7			1	1.2		
Mantiene a mi familia informada sobre la evolución de mi enfermedad.	2	2.4			57	67	13	10	23	27	59	49	33	3.5	17	14			31	25
Permiten que mi familia me visite lo más que sea posible.	2	2.4	23	19	47	55	73	65	33	38	13	15	33	3.5						
Vigilan mi estado de salud muy de cerca.	4	4.7			49	57	38	31	30	35	59	49	22	2.4	23	19				
Me hacen sentir que puedo decidir acerca de ciertas acciones sobre mi cuidado.					57	64			16	18	17	14	12	1.2	26	21	37	3.5	77	64
Reconocen cuándo necesito que llamen a un médico.			21	17	39	45	69	55	41	48	33	27	55	5.9						

ANEXO 6 - F

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN LA DIMENSIÓN: ASISTENCIA EN LAS NECESIDADES HUMANAS, SEGÚN ITEMS.

CATEGORÍA ITEMS	SIEMPRE		CASI SIEMPRE				AVECES				CASI NUNCA				NUNCA							
	ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI		ILAVE		AYAVIRI			
	N. °	%	N. °	%	N. °	%	N. °	%	N. °	%	N. °	%	N. °	%	N. °	%	N. °	%	N. °	%		
58. Me muestran que entienden mis sentimientos (tristeza, alegría, etc.)					3	3.5	4	3.3	3	4	3	3	4	5	3	3			4	3	4	6.7
59. Me ayudan a entender que mis experiencias de vida son importantes para crecer como persona.					2	24.1	1	11.7	4	5	2	1	8	9	3	2	1	11	5	4	4	5
60. Me animan a sentirme bien conmigo mismo (a).					3	36.1	1	11.3	4	5	2	1	1	1	4	3	1	1.2	4	3	0	3





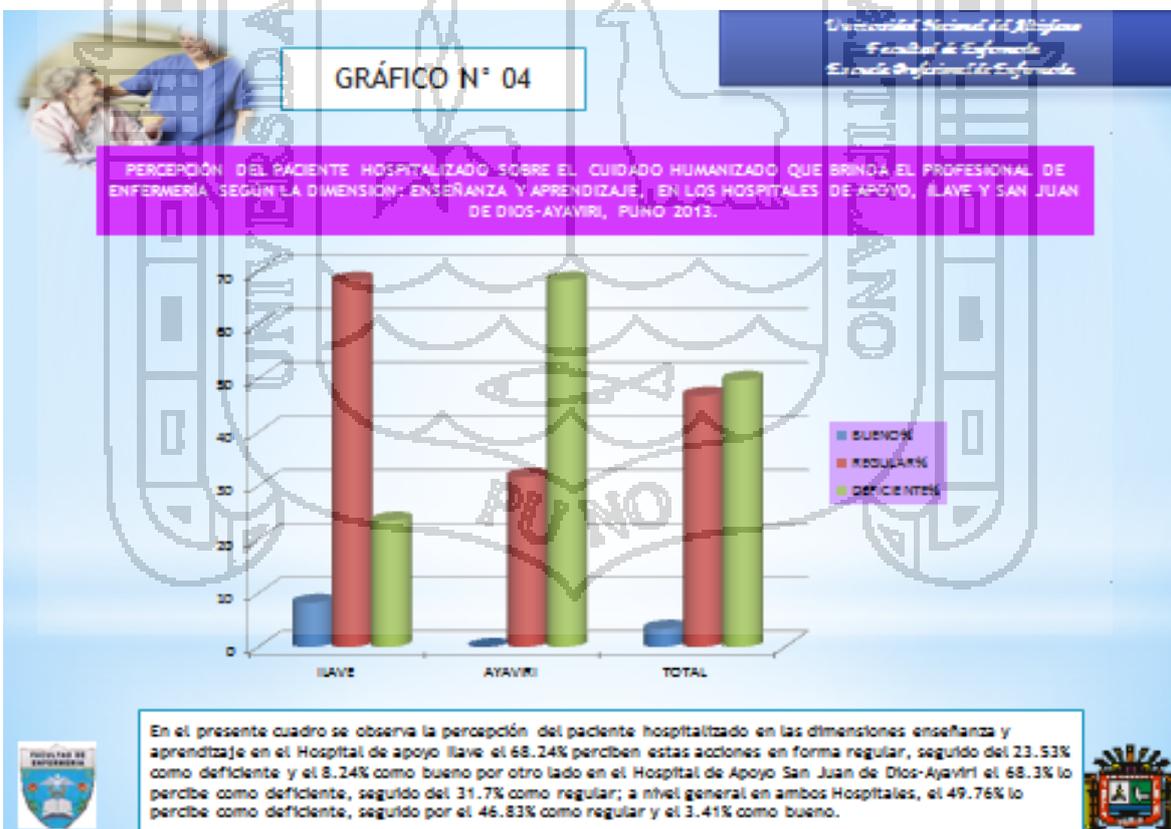
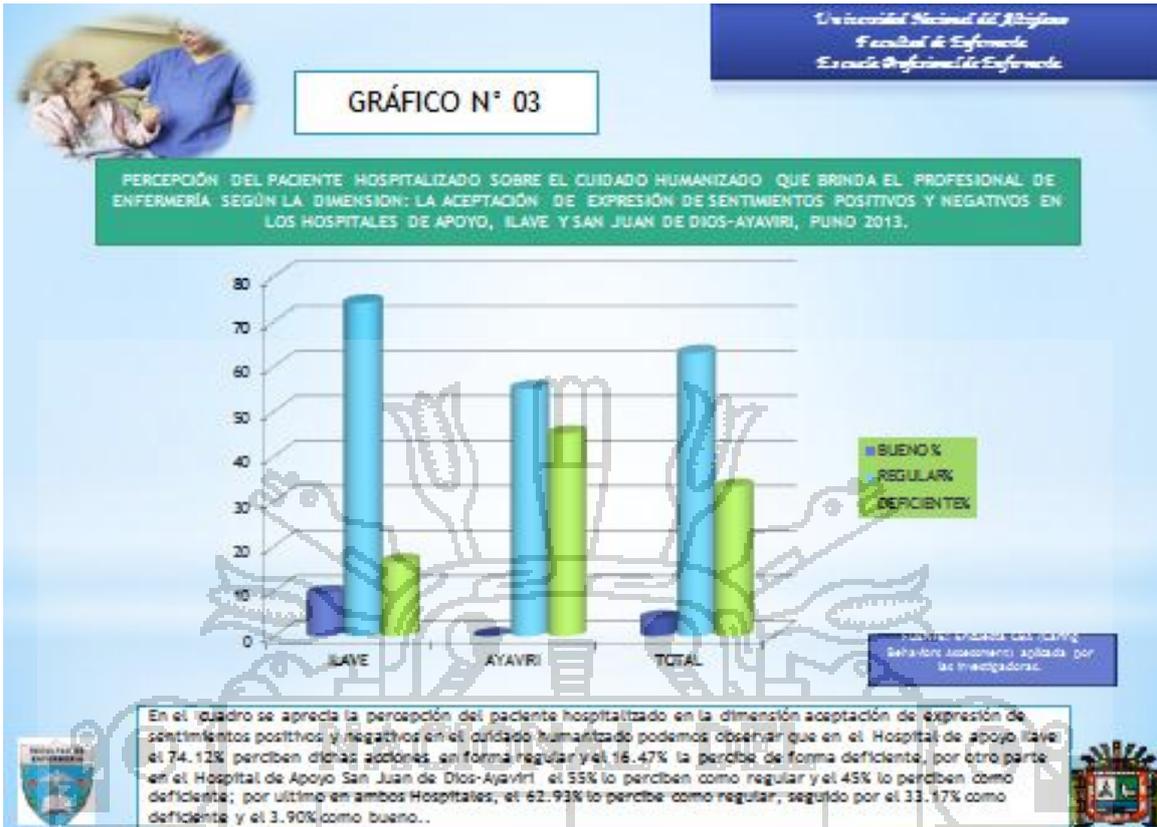
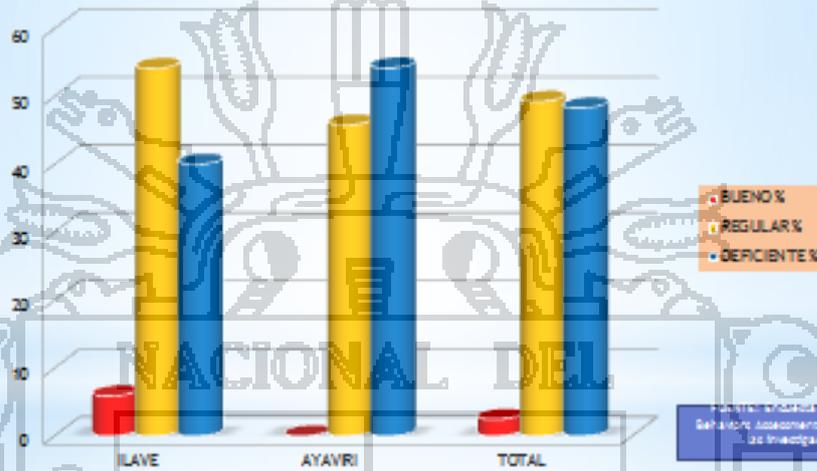




GRÁFICO N° 05

Universidad Nacional del Altiplano
Facultad de Enfermería
Escuela Profesional de Enfermería

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN LA DIMENSIÓN: SOPORTE, PROTECCIÓN Y AMBIENTE EN LOS HOSPITALES DE APOYO, ILAVE Y SAN JUAN DE DIOS-AYAVIRI, PUNO 2013.



Elaboración del gráfico:
Behaviors Assessment aplicada por
las Investigadoras.

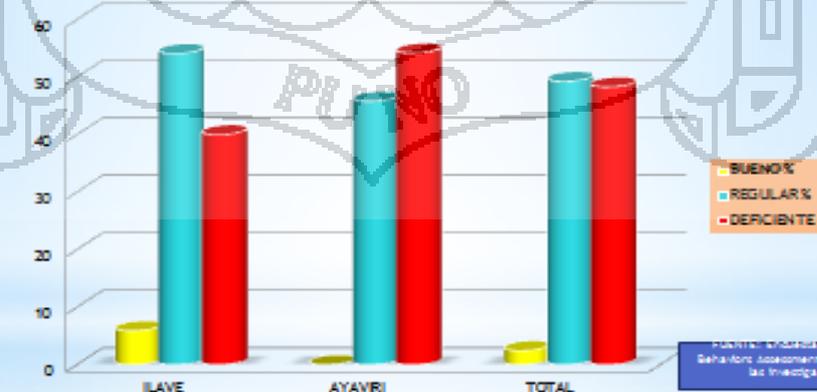
El presente cuadro refleja la percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado humanizado según la dimensión: soporte, protección y ambiente, se puede observar que en el Hospital de apoyo Ilave el 58.82% perciben las acciones de Enfermería como regular, seguido del 36.47% como deficiente; por otro lado en el Hospital de Apoyo San Juan de Dios Ayaviri el 83.33% perciben el cuidado humanizado como regular, seguido del 11.73% como deficiente; finalmente en ambos Hospitales, el 73.17% lo percibe como regular, seguido por el 21.95% como deficiente y el 4.88% como bueno.



GRÁFICO N° 06

Universidad Nacional del Altiplano
Facultad de Enfermería
Escuela Profesional de Enfermería

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN LA DIMENSIÓN: ASISTENCIA EN LAS NECESIDADES HUMANAS, EN LOS HOSPITALES DE APOYO, ILAVE Y SAN JUAN DE DIOS-AYAVIRI, PUNO 2013.



Elaboración del gráfico:
Behaviors Assessment aplicada por
las Investigadoras.

En el cuadro observamos la percepción en la dimensión asistencia de las necesidades humanas en el cuidado humano en el cual en el Hospital de apoyo Ilave el 87.06% perciben estas acciones de forma regular, seguidos del 12.94% que lo perciben como deficiente; al igual que en el Hospital de Apoyo San Juan de Dios Ayaviri el 71.66% perciben las acciones como regular y el 15% lo perciben como deficiente; en general en ambos Hospitales, el 78.05% lo percibe como regular, seguido por el 14.15% como deficiente y el 7.8% como bueno.

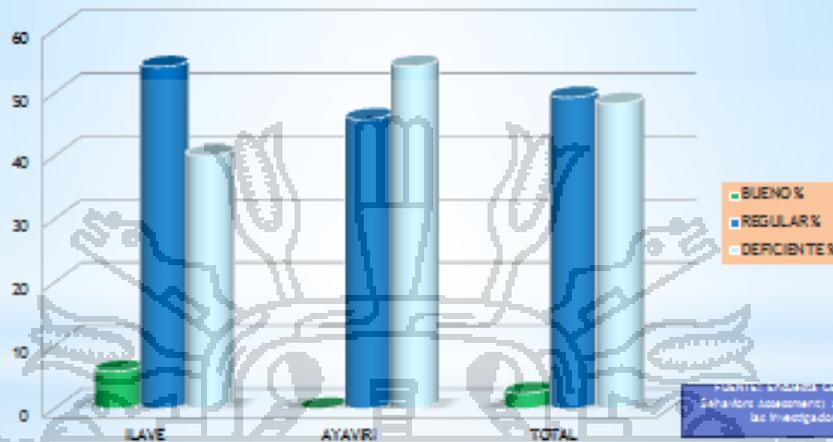




GRÁFICO N° 07

Universidad Nacional del Altiplano
Facultad de Enfermería
Escuela Profesional de Enfermería

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN LA DIMENSIÓN: FUERZAS EXISTENCIALES, FENOMENOLÓGICAS Y ESPIRITUALES BRINDADOS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES DE APOYO, ILAVE Y SAN JUAN DE DIOS-AYAVIRI, PUNO 2013.



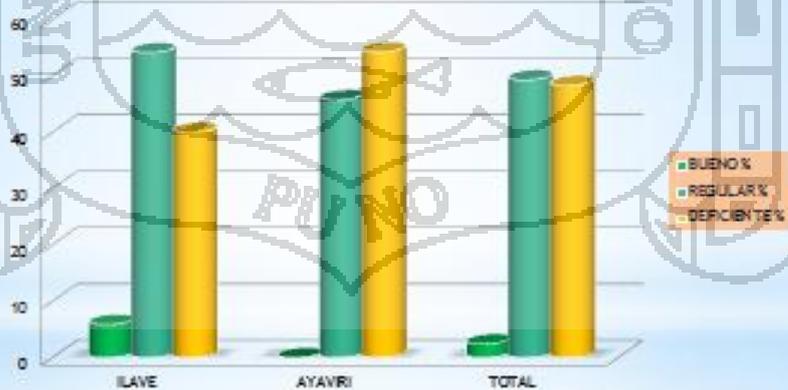
El cuadro refleja la percepción del paciente sobre el cuidado humanizado en la dimensión: fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales donde: en el Hospital de apoyo Ilave el 49.41% perciben dichas acciones como deficientes, seguidas del 44.71% como regulares; por otro lado en el Hospital de Apoyo San Juan de Dios Ayaviri el 53% perciben como deficiente y el 41.6% como regular; a nivel general en ambos Hospitales, el 52.68% lo percibe como deficiente, seguido por el 42.93% como regular y el 4.39% como bueno.



GRÁFICO N° 08

Universidad Nacional del Altiplano
Facultad de Enfermería
Escuela Profesional de Enfermería

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES DE APOYO, ILAVE Y SAN JUAN DE DIOS-AYAVIRI, PUNO 2013.



El presente cuadro refleja la percepción del cuidado humanizado que brinda el profesional de Enfermería del 100% de la población encuestada, en el Hospital de Apoyo Ilave el 54.12% lo perciben estas acciones de forma regular y 40% lo perciben como deficiente, mientras que en el Hospital de Apoyo San Juan de Dios Ayaviri el 54.2% lo perciben como deficiente, seguido del 45.8% perciben como regular; finalmente en ambos hospitales el 49.27% el cuidado humano percibido es regular y el 48.29% es percibido como deficiente y el 2.44% como bueno.





ANEXO



8

