



UNS

UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

ESCUELA DE POSTGRADO

Programa de Maestría en Ciencias de Educación con Mención en
Docencia e Investigación

**EFFECTIVIDAD DEL MODELO DE GESTIÓN HUMANISTA EN LA
SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE
MEDICINA, HOSPITAL III - EsSALUD, CHIMBOTE 2015**

Tesis de Maestría en Ciencias de Educación con Mención
en Docencia e Investigación

TESISTA :

Br. Rosa Fanny Cabanillas Montoya

ASESORA:

Dra. Romy Kelly Mas sandoval

**NUEVO CHIMBOTE - PERÚ
2016**

REGISTRO N° _____



UNS
ESCUELA DE
POSTGRADO

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO DE LA TESIS DE MAESTRIA

Yo, Dra. Romy Kelly Mas Sandoval, mediante la presente certifico mi asesoramiento de la Tesis de Maestría titulada: "Efectividad del modelo de gestión humanista en la satisfacción de los pacientes del servicio de medicina, Hospital III – EsSalud, Chimbote 2015", elaborada por el bachiller Rosa Fanny CABANILLAS MONTOYA, para obtener el Grado Académico de Maestro en Ciencias de Educación en la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional del Santa.

Nuevo Chimbote, Diciembre 6 del 2016

.....
Dra. Romy Kelly Mas Sandoval

ASESORA



CONFORMIDAD DEL ASESOR

El Informe de Tesis: "Efectividad del modelo de gestión humanista en la satisfacción de los pacientes del servicio de medicina, Hospital III – EsSalud, Chimbote 2015" que tiene como autor a Bach. Rosa Fanny CABANILLAS MONTOYA, alumna de la Maestría en Ciencias de Educación ha sido elaborado de acuerdo al Reglamento de Normas y Procedimientos para obtener el Grado Académico de Maestro de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional del Santa; quedando expedito para ser evaluado por el Jurado Evaluador correspondiente.

Dra. Romy Kelly Mas Sandoval

Asesor

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
ESCUELA DE POSTGRADO
Programa de Maestría en Ciencias de Educación con Mención en
Docencia e Investigación



REVISADO Y Vº "B" DE:



Dra. Romy Kelly Mas Sandoval

ASESORA

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
ESCUELA DE POSTGRADO**

Programa de Maestría en Ciencias de Educación con Mención en
Docencia e Investigación



JURADO EVALUADOR:

Dr. Lozano Lujan, Hermes

PRESIDENTE

Ph.D. Ponce Loza, Juan Miguel

SECRETARIO

Mg. Julca Castillo, Brinelda

INTEGRANTE

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a mis familiares ya amigos y a todos los que hicieron posible la realización de esta investigación

AGRADECIMIENTO

A Dios todo poderoso que me ha conservado con vida, con salud, que me dio inteligencia y me ha guiado y cuidado hasta hoy.

A mis padres por ser guías y apoyo en mi vida.

A mis docentes por las enseñanzas brindadas en el transcurso de mi vida académica

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	4
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento y fundamentación del problema de investigación	
1.2. Antecedentes de la investigación	
1.3. Formulación del problema de investigación	
1.4 Delimitación del estudio	
1.5. Justificación e importancia de la investigación	
1.4. Objetivos de la investigación: General y específicos	
CAPÍTULO II	16
MARCO TEÓRICO	
2.1. Fundamentos teóricos de la investigación	
2.2. Marco conceptual	
CAPÍTULO III	55
MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Hipótesis central de la investigación	
3.2. Variables e indicadores de la investigación	
3.3. Métodos de la investigación	
3.4. Diseño o esquema de la investigación	
3.5. Población y muestra	
3.6. Actividades del proceso investigativo	
3.7. Técnicas e instrumentos de la investigación	
3.8. Procedimiento para la recolección de datos	
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos.	
CAPÍTULO IV	63
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
CAPÍTULO V	79
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	
5.2. Recomendaciones	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	88

LISTA DE CUADROS

CUADRO 01:	63
NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III – ESSALUD, ANTES DE APLICAR EL MODELO DE GESTIÓN HUMANISTA. CHIMBOTE, 2015.	
CUADRO 02:	65
NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III – ESSALUD, DESPUES DE APLICAR EL MODELO DE GESTIÓN HUMANISTA. CHIMBOTE, 2015.	
CUADRO 03:	67
EFECTIVIDAD CUALITATIVA DEL MODELO DE GESTIÓN HUMANISTA EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL III – ESSALUD, CHIMBOTE 2015.	
CUADRO 04:	69
EFECTIVIDAD CUANTITATIVA DEL MODELO DE GESTIÓN HUMANISTA EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL III – ESSALUD, CHIMBOTE 2015.	

LISTA DE GRAFICOS

GRAFICO 01:	64
NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III – ESSALUD, ANTES DE APLICAR EL MODELO DE GESTIÓN HUMANISTA. CHIMBOTE, 2015.	
GRAFICO 02:	66
NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III – ESSALUD, DESPUES DE APLICAR EL MODELO DE GESTIÓN HUMANISTA. CHIMBOTE, 2015..	
GRAFICO 03:	68
EFECTIVIDAD CUALITATIVA DEL MODELO DE GESTIÓN HUMANISTA EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL III – ESSALUD, CHIMBOTE 2015.	
GRAFICO 04:	70
EFECTIVIDAD CUANTITATIVA DEL MODELO DE GESTIÓN HUMANISTA EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL III – ESSALUD, CHIMBOTE 2015.	

RESUMEN

El presente estudio cuasiexperimental, tiene por objetivo conocer la efectividad del modelo de gestión humanista en la satisfacción de los pacientes del servicio de medicina, Hospital III – EsSalud, Chimbote 2015.

La población estuvo constituida por 40 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina, a quienes se les aplicó el Modelo de gestión del cuidado humanizado de enfermería y Escala de satisfacción del paciente sobre el cuidado humanizado de enfermería. El análisis se realizó en software SPSS, llegándose a las siguientes conclusiones:

Antes de aplicar el Modelo de gestión humanista, la mayoría de pacientes presentan una satisfacción regular (52.5%), satisfacción baja (25.0%), satisfacción elevada (17.5%) y con mínima proporción satisfacción elevada (5.0%), el promedio del nivel de satisfacción es de $110,43 \pm 26,74$, con puntaje máximo 172 y mínimo 60 puntos.

Después de aplicar el Modelo de gestión humanista, la mayoría de pacientes presentan una satisfacción elevada (45.5%), satisfacción regular (32.5%), satisfacción muy elevada (22.5%) y no se registra satisfacción baja (0.0%), el promedio del nivel de satisfacción es de $139,05 \pm 21,37$, con puntaje máximo 192 y mínimo 112 puntos

El Modelo de gestión humanista en la satisfacción de los pacientes del servicio de medicina tiene una efectividad cualitativa altamente significativa en el aumento de pacientes con satisfacciones muy elevadas y elevadas ($p=0,001$).

El Modelo de gestión humanista en la satisfacción de los pacientes del servicio de medicina tiene una efectividad cuantitativa altamente significativa en el incremento de los niveles de satisfacción después de aplicar el Modelo de gestión humanista ($p=0,0000$).

Palabras Claves: Cuidado Humanizado; Satisfacción; Enfermería.

ABSTRAC

This quasi-experimental study aims to determine the effectiveness of the model of humanistic management in patient satisfaction service medicine, Hospital III - EsSalud, 2015 Chimbote.

The population consisted of 40 patients hospitalized in the service of medicine , who were applied the management model of humanized nursing care and patient satisfaction scale on humanized nursing care. The analysis was performed with SPSS software, reaching the following conclusions:

Before applying the model of humanistic management, most patients have a regular satisfaction (52.5 %), low satisfaction (25.0 %), high satisfaction (17.5%) and with high satisfaction small proportion (5.0 %), the average level satisfaction is 110.43 ± 26.74 , with maximum 172 and minimum score 60 points.

After applying the model of humanistic management, most patients have a high satisfaction (45.5 %), average satisfaction (32.5 %), very high satisfaction (22.5 %) and low (0.0 %) recorded satisfaction, average satisfaction is 139.05 ± 21.37 , with maximum 192 and minimum score 112 points

Model humanistic management in patient satisfaction service medicine has a highly significant qualitative increase effectiveness in patients with very high and high satisfaction ($p = 0.001$).

Model humanistic management in patient satisfaction service medicine has a highly significant quantitative effectiveness in increasing satisfaction levels after applying humanistic management model ($p = 0.0000$).

Key words: Humanized care; satisfaction; nursing.

INTRODUCCION

La salud en cuanto a calidad de vida es entendida como un derecho universal de las personas, así como, el acceso y la calidad de acciones y servicios de salud, y *el cuidado de enfermería* también forma parte de ese derecho.

La calidad en la prestación de los servicios de salud es sin duda una preocupación medular en la gestión de los Servicios de Enfermería, no sólo por la aspiración a la mejora de las capacidades institucionales en los organismos y dependencias sectoriales, sino, sobre todo, porque en el eje de todos los procesos se encuentra *la vida de las personas*, cuya salud debe ser promovida y protegida como obligación insoslayable del Estado. (Comisión Interinstitucional de enfermería, 2008)

Es frecuente escuchar que sin las enfermeras los sistemas de salud no operarían. Sin embargo y pese a las evidencias de la importante labor de la enfermería en beneficio de la salud, las instituciones no perciben el cuidado de enfermería como útil, lo consideran una nómina muy grande, una carga financiera, un problema sindical, una administración altamente burocratizada y por lo tanto mejorarla implica para los políticos y economistas en salud reducir los costos contratando el menor número de enfermeras profesionales. Por lo que es imprescindible realizar investigaciones sobre el cuidado y la gestión del cuidado a fin de asegurar propuestas basadas en evidencia científica que mejoren la prestación de los cuidados de enfermería en los diversos escenarios de práctica. Elaborar estudios en donde se pueda mostrar como servicios de enfermería

profesionales pueden incidir en indicadores de morbilidad y mortalidad, tiempo de estancia hospitalaria, egresos, infecciones intrahospitalarias, satisfacción de usuarios entre algunos otros indicadores existentes.

Es importante que la Enfermería identifique la necesidad de volver la vista hacia el cuidado y su responsabilidad en la calidad de vida de las personas. Queremos dejar en el pasado los espacios tradicionales de la práctica (hospital), transformarla y también hacer a un lado las actividades rutinarias de cuidado médico delegado y la excesiva carga administrativa.

Si deseamos realmente una nueva concepción dirigida hacia la gestión del cuidado, requerimos un proceso de integración profesional, investigación basada en evidencias científicas, una nueva estructura del sistema de salud que favorezca la práctica de enfermería hacia el cuidado y que la enfermería se transforme y de muestras con un quehacer profesional humanizado del importante papel que desempeña en el ámbito de la salud.

El Hospital III EsSalud, de Chimbote, es una entidad que presta servicios de salud, económicos y sociales, cuenta con diversos servicios de hospitalización como es el servicio de Medicina. En este servicio se brindan cuidados de enfermería a pacientes portadores de diferentes patologías y grados de dependencias, con problemas de brecha entre la oferta y demanda, en la relación de enfermeras y número de pacientes. Generalmente el cuidado de enfermería está basado a la demanda y la rutina, prevaleciendo modelos tecnológicos y biológicos, descuidándose el aspecto humano, es decir se centra más en la enfermedad que en el ser. Expresándose en algún grado de insatisfacción del

paciente, el mismo que se evidencia, con las quejas frecuentes, denuncias a la fiscalía y defensoría del asegurado.

Para intervenir ante esta problemática surgió la necesidad de Conocer la efectividad de un modelo de gestión humanista en la satisfacción de los pacientes del servicio de medicina, Hospital III – EsSalud, debido a lo deficiente que este tema se investiga en nuestro ámbito. Es así que se presenta el siguiente informe que está constituido por cinco capítulos, en el Capítulo I, Problema de investigación; en el Capítulo II, Marco teórico; en el Capítulo III, Marco metodológico; en el Capítulo IV, Resultados y discusión; en el Capítulo V Conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Planteamiento y fundamentación del problema de investigación

Una de las características de nuestra época es el gran desarrollo tecnológico en particular en las ciencias de la salud y de la vida. Este hecho, sumado a la hegemonía de ciertos valores de nuestra sociedad, ha propiciado la pérdida de la visión central del hombre en los procesos asistenciales, llegando en ocasiones a situaciones de deshumanización que vulneran la dignidad de las personas. En el ámbito asistencial, a menudo la tecnología y el humanismo se presentan como elementos contrapuestos o incluso excluyentes, cuando en realidad lo que sucede es que ambos son complementarios en la asistencia sanitaria en general y en particular en los cuidados de enfermería. Los datos de algunas encuestas y estudios sobre las expectativas y demandas de los ciudadanos al sistema sanitario nos informan de que las personas quieren que, cuando lo precisen, se les aplique la mejor tecnología existente, pero al mismo tiempo con el mayor humanismo posible, es decir que se les aplique la tecnología sin olvidar que la persona es el verdadero centro de la atención de los cuidados, lo que implica que deben ser informados adecuadamente, y que deben respetarse sus valores. El humanismo no es algo que se dé de manera espontánea en los profesionales, sino que debe ser enseñado y practicado (Escudero, 2003)

La modernidad es una etapa histórica, que junto al positivismo ha establecido una visión del mundo caracterizada por un papel protagonista de la razón a todos los niveles de la persona, la ciencia como fuente de respuestas a todas las preguntas del ser humano y la presencia de la técnica y de la tecnología como herramienta de ayuda destinada a mejorar las condiciones de las personas. Esta visión sigue influyendo en múltiples aspectos de la asistencia y del cuidado (Pérez y Palacios, 2006).

En la experiencia profesional de enfermería hemos tenido la oportunidad lamentable de escuchar quejas de los usuarios hospitalizados, también se pudo observar que se les continúa viendo y tratando tradicionalmente con la denominación de pacientes, descuidando su condición de ciudadanos o usuarios quienes tienen derecho de ser tratados con amabilidad respetando su cultura, religión estrato social, etc.; a la vez se está brindando un cuidado rutinario, dando énfasis al cumplimiento de los procedimientos terapéuticos médicos y no a los procedimientos terapéuticos de enfermería, como la práctica de interacción con el usuario, haciendo que el acercamiento con el sujeto de atención sea distante y frío (Morales, 2003).

Lo anteriormente dicho, permite sostener que la sensibilidad, el acercamiento, el toque, nos hace parte de una profesión de salud humanizada, sensible, ética y estética, que brinda además de un cuidado terapéutico: amor, afecto, empatía, solidaridad, arte y creatividad.

Los cambios que están ocurriendo en la sociedad y en la organización de los sistemas de salud, y en las demandas por transformar los modelos de

intervención de enfermería y la mayor conciencia de la población sobre sus derechos en salud constituyen retos en el presente y futuro de la enfermería.

Una de la función de la enfermera como profesión, es satisfacer las necesidades de salud de las personas desde una perspectiva holística.

Es importante que la enfermera tenga presente que la persona con quien interactúa es ante todo un ser humano con características biológicas, cognitivas, emotivas, sociales y espirituales: Según Chalifour (1994), la forma en que se desarrollan estos aspectos, el modo de relacionarse entre si y con su entorno, hace de esta persona "un ser único". Sin embargo, muchas veces la enfermera no tiene en cuenta este principio de unicidad y establece una relación de poder sobre el cuerpo del paciente hospitalizado brindándole cuidados principalmente de índole biológica, pensando que el paciente está allí para ser tocado, descubierto y movilizado (Sauthier; Almeida; y Barbosa, 2010).

Por lo tanto, se comprende que todo ser humano es sujeto de derechos fundamentales, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales dignos de un reconocimiento jurídico tanto en el plano nacional como en el internacional.

Una de las primeras proclamaciones de los derechos del individuo por parte de una organización de reconocimiento mundial, lo constituye la declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, que se ha convertido en símbolo y piedra angular de la revolución internacional de los derechos humanos. Junto a la Carta Magna y a la Declaración Francesa de los Derechos del Hombre constituyen uno de los hitos fundamentales en la lucha del

hombre por la libertad y la dignidad humana. Su importancia jurídica y política aún no tiene paralelo con ningún otro instrumento internacional sobre los derechos humanos, mediante ella los países suscriptores convinieron en trabajar por una sociedad universal basada en estos derechos, siendo este el punto de partida para la constitucionalización de los derechos en las legislaciones internas de otros Estados (OPS, 2009; Bernal, 2006).

En el Perú, actualmente, los servicios de salud del sector público continúan otorgándose con una irracional pluralidad institucional: Ministerio de Salud, EsSALUD, Fuerzas Armadas, Municipalidades, Empresas públicas, Beneficencias, etc. con el agravante resultado de la duplicación de esfuerzos y despilfarro de recursos y lo que es humillante, con desigualdad en la atención de salud contradiciendo a la doctrina sanitaria moderna que al reconocer el Derecho a la Salud como parte del Derecho a la Vida, postula una atención de salud de carácter universal, integral e igualitaria.

La Constitución Política promulgada el 29 de diciembre de 1993, los derechos fundamentales de las personas se amparan en el artículo 1º, que dice: "La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin-supremo de la sociedad y del Estado". Así mismo el artículo 7º menciona: "Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar así misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad".

Amparándose en los mandatos de la Constitución Política del Perú, el Congreso de la República promulgo en 1997, la Ley General de Salud que se encuentra vigente y que contempla los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual (El Peruano, 1997).

El Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú; aprobado en Lima, el 21 de marzo de 1980 y posteriormente modificado el 31 de agosto de 1983; en su Título II consigna el juramento de la enfermera que considera el "respeto a los derechos del paciente sin distinción de raza, credo, nacionalidad, ni condición social" (Código de Ética y Deontología, 2002).

La falta de información sobre los Derechos del Paciente, se convierte en un punto del usuario y también de las enfermeras, quienes brindan un servicio poco humanizado, donde la persona es identificada por un número de cama, desconoce a quienes brindan cuidado, no recibe o tiene escasa información sobre su estado de salud y muchas veces no se le permite tomar decisiones sobre su cuerpo.

1.2 Antecedentes de la investigación

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

Freitas y otros (2014), evaluaron la calidad de los cuidados de enfermería, la satisfacción del paciente y la correlación entre ambos. El estudio trasversal con

275 pacientes internados en un hospital de enseñanza de la región Centro-Oeste de Brasil. Los datos fueron recolectados mediante la aplicación simultánea de tres instrumentos. A seguir, fueron digitalizados en un banco de datos electrónico y analizado en función de la positividad, valor de mediana y coeficientes de correlación de Spearman. Entre los cuidados de enfermería evaluados, solamente dos fueron considerados seguros - higiene y confort físico; nutrición e hidratación – y los demás clasificados como pobres. Sin embargo, los pacientes se mostraron satisfechos con los cuidados recibidos en los dominios evaluados: técnico-profesional, confianza y educacional. Eso puede ser justificado por la correlación débil a moderada observada entre esas variables.

Vallejo (2012), investigó "Gestión del cuidado de enfermería en el Hospital General de las Fuerzas Armadas Quito – Ecuador"; con el objetivo de definir un modelo de gestión de cuidados basado en el Proceso de Atención de Enfermería en el Hospital de General de las FF.AA. Se realizó una revisión bibliográfica con relación al papel del gestor en la prestación de cuidados y la importancia de la aplicación del Plan de Atención de Enfermería y sus etapas de valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación, así como también la utilización del lenguaje enfermero con los diagnósticos N.A.N.D.A. (Norte American Diagnosis Asociación), N.I.C. (Nursing Intervenciones Classification) y N.O.C. (Nursing Outcomes Classification). El análisis situacional de la Gestión del Cuidado de Enfermería y el FODA permitieron establecer las falencias administrativas referentes a la gestión del cuidado, técnicas y de conocimiento que las enfermeras tienen con respecto al PAE y su aplicación.

Espinoza (2010), investigó "El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital Es Salud Huacho". El presente estudio muestra la percepción del cuidado humanizado de los pacientes hospitalizados en el Hospital Gustavo Lanatta Luján de Es Salud Huacho, durante octubre de 2010. En la siguiente investigación descriptiva tipo transversal se realizó una encuesta a 65 pacientes de ambos sexos mayores de 18 años, con un tiempo mayor de 24 horas de hospitalización en los servicios de medicina, obstetricia y cirugía. Los resultados muestran que algunas veces se percibe un 44% de apoyo en el cuidado, un 47,7% de apoyo emocional, un 35,4% de apoyo físico, un 32,2% de cualidades de enfermería, un 30,8% de pro actividad, un 52,3% de empatía y un 55,4% de disponibilidad en el cuidado. Un 36,9% nunca percibió una priorización en su cuidado. Se concluye, pues, que existe una baja percepción del cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería hacia los pacientes, lo que evidencia una atención de baja calidad.

Gonzales y Quintero (2009), estudiaron "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 SaludCoop de Veraguas". 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 percibieron el cuidado humanizado por parte del personal de enfermería, el 12% algunas veces percibió el cuidado humanizado por parte del

personal de enfermería y 4% nunca percibió el cuidado humanizado por parte del personal de enfermería.

Hernández, Zequeira y Miranda (2008), estudiaron "La percepción del cuidado en profesionales de enfermería en la clínica «Cira García»". Se realizó un estudio 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. Los datos 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%. 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.

Valdés (2007), investigó "Influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería". Realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de valorar la influencia del pensamiento humanista y filosófico en el modo de actuación profesional de enfermería. Consideró en el análisis el proceso de institucionalización de la enfermería profesional, así como la necesaria vinculación que se establece entre el pensamiento filosófico, los

elementos más genuinos de la ética médica, la bioética y el Proceso de Atención de Enfermería, para establecer estrategias de cuidados profesionales en los que el proceso de humanizar en el arte de cuidar, conduzcan hacia unos servicios en salud de excelencia en el presente siglo, como respuesta a la creciente demanda de personalización de la asistencia sanitaria. Se concluye que es necesario vincular conocimientos de otras ciencias a la Enfermería para materializar su objeto de estudio de manera holística, pues la calidad en la formación de este profesional no depende exclusivamente de los conocimientos, habilidades intelectuales y hábitos profesionales contemplados en el currículo universitario, sino también de sus motivaciones, de los intereses personales y colectivos, así como el sistema de valores que regulan su ética profesional, pues no se puede desligar la buena praxis del cuidar de los valores humanistas, a partir de una propuesta de filosofía de la Enfermería que incluye con enfoque sistémico a los componentes: seres humanos, medio ambiente, salud, enfermero y enfermería.

Rivera y Triana (2005), estudiaron "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country". Es un estudio 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.

1.3 Formulación del problema de investigación

Frente a esta problemática y teniendo en cuenta la escasa investigación, se plantea el siguiente problema:

¿Cuál es la efectividad del modelo de gestión humanista en la satisfacción de los pacientes del servicio de medicina, Hospital III – EsSalud, Chimbote 2015?

1.4 Delimitación del estudio

El estudio se realizó en el servicio de medicina del Hospital III – EsSalud, del distrito de Chimbote, provincia Santa, Región Ancash.

1.5 Justificación e importancia de la investigación

Uno de los propósitos de las instituciones que prestan servicios de salud es, optimizar la prestación de sus servicios y así mismo fortalecer los procesos de calidad, así como el conjunto de herramientas que van desde los recursos físicos y humanos, pasando procesos de atención psicológicos y asistenciales, hasta la adecuada percepción de atención de los pacientes.

Es por esto que muchas de las instituciones prestadoras de servicios de salud a nivel mundial, cuentan con modelos de gestión de salud.

El modelo de gestión es una forma de avanzar y mejorar la atención integrada, coordinada y continuada, centrado en la responsabilidad compartida de coordinar los cuidados, recursos, servicios y profesionales. La enfermera es líder de este proyecto por tener una visión integral orientada a cubrir necesidades y fomentar el auto-cuidado. Significa un agente de cambio en este nuevo escenario de gestión y liderazgo dentro del sistema sanitario

El diseñar e implementar un modelo de gestión humanizada, permitirá direccionar, articular e integrar los diversos esfuerzos que desarrollan las enfermeras gestoras para conducir los servicios de enfermería con eficacia, eficiencia y efectividad, ha considerado necesario definir un documento técnico - normativo que estandarice los procedimientos administrativos para la mejora de la calidad del cuidado de enfermería, en el corto, mediano y largo plazo.

Este estudio es de gran importancia tanto para la institución de Es SALUD como para los pacientes y personal de enfermería, porque se obtendrá información real y verídica de la efectividad del modelo de cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería, que será utilizada por la institución con el fin de reorientar los cuidados apoyados en los objetivos y metas institucionales, mediante el planteamiento de estrategias como capacitaciones, talleres de sensibilización, etc., llevando a la fomentación de la constante práctica de la humanización y empatía por parte del personal de enfermería.

Los pacientes al finalizar la investigación se verán beneficiados puesto que el modelo generará mayor satisfacción sobre los cuidados recibidos.

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

1.6 Objetivos de la investigación.

A. General

Conocer la efectividad del modelo de gestión humanista en la satisfacción de los pacientes del servicio de medicina, Hospital III – EsSalud, Chimbote 2015.

B. Específicos

1. Identificar el nivel de satisfacción de los pacientes del servicio de medicina del Hospital III – EsSalud, antes de aplicar el Modelo de gestión humanista.
2. Identificar el nivel satisfacción de los pacientes del servicio de medicina del Hospital III – EsSalud, después de aplicar el Modelo de gestión humanista.
3. Determinar la efectividad cualitativa del modelo de gestión humanista en la satisfacción de los pacientes del servicio de medicina, Hospital III – EsSalud.
4. Determinar la efectividad cuantitativa del modelo de gestión humanista en la satisfacción de los pacientes del servicio de medicina, Hospital III – EsSalud.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Fundamentos teóricos de la investigación

2.1.1 Satisfacción del paciente

La satisfacción es un fenómeno que está determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales, por lo tanto, la definición de satisfacción varía según el contexto social. El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio (Caminad, 2011)

La satisfacción del usuario depende de la resolución de sus problemas, del resultado del cuidado según sus expectativas, del trato personal que recibió, y del grado de oportunidad y amabilidad con el cual el servicio fue brindado (Caligiore, 1997).

La prestación de servicios de salud por parte de una institución debe garantizar el cumplimiento de todas las normas de calidad, la cual es evaluada cuando se presta un servicio. Los centros hospitalarios son empresas importantes que requieren cobrar protagonismo en la calidad, ya que su atención va dirigida a mantener el bienestar físico, mental y social de un ser humano.

Dicha atención es proporcionada por personal capacitado en el área de la salud, siendo el personal de enfermería quien establece mayor contacto con el paciente ante la realización de procedimientos y procesos que se ven reflejados en la evaluación de resultados, siendo el usuario el encargado de manifestar su satisfacción o insatisfacción con esta atención. Por todo esto es preciso examinar oportunamente la calidad de atención ya que el éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de los usuarios (Gerencia salud, 2000).

El conocimiento del grado de satisfacción de los pacientes sirve básicamente para valorar y monitorizar la calidad, disponibilidad y utilización de la atención en salud en general, identificando áreas problemáticas que podrían ser objetivo de futuras acciones; de modo que no sólo se tomen medidas de efectividad clínica y de eficiencia económica, sino también medidas de aceptabilidad social que incluyen la visión de la comunidad y de los usuarios sobre la salud y sobre diferentes aspectos del proceso de atención, especialmente sobre la percepción de los cuidados de enfermería para ejecutar intervenciones que marcan una diferencia en la vida de las personas, mostrando así que el cuidado, permite a las personas dar sentido a sus experiencias de salud y a su vida (Mascort, 2007).

2.1.1.1 Elementos de Satisfacción del Usuario. Thompson Iván nos describe los elementos de satisfacción.

A. El Rendimiento Percibido: Se refiere al resultado final que el usuario percibe después de una atención o cuidado que ha recibido. Este rendimiento percibido se caracteriza por el concepto que tiene el usuario de la institución o enfermera, también va a depender del estado emocional, intelectual, estado biofísico y edad asimismo tiene gran influencia las opiniones de sus familiares y amigos todo estos factores intervienen en el resultado de la satisfacción o insatisfacción y esta percepción empieza en el usuario y termina en él.

B. Las Expectativas: Son perspectivas que el usuario desea y espera conseguir como efecto de alguna situación por parte de otros. En este caso sería recibir buenos cuidados de calidad en la cual está el respeto, amabilidad, privacidad, confort, bienestar y buen trato por parte de la enfermera y de esta forma estaría cubriendo sus expectativas y obtendría la satisfacción. Pero si no se llega al caso de cubrir las expectativas el usuario el resultado final sería insatisfacción por qué no ha percibido una atención de calidad a la vez tendría un mal concepto de la institución o de la enfermera.

2.1.1.2 Satisfacción del paciente con respecto a los cuidados de enfermería

(Potter, 2012)

Este es un proceso de recolección de información relevante sobre la atención integral que recibe el usuario y sirve como punto de partida para la implementación del cuidado de enfermería. Al decir integral, se entiende que debe obtenerse información sobre la satisfacción del paciente en los aspectos de cuidado oportuno, cuidado seguro y cuidado continuo para la restauración de sus capacidades funcionales, el estilo de vida, los valores y creencias respecto a la salud, que por diferentes circunstancias estuvieron alterados. "Para tener éxito en la satisfacción del paciente es indispensable establecer buena comunicación, trato humanizado y calidad de los cuidados que depende de muchos factores, como: la actitud del propio profesional de enfermería, el ambiente donde se desarrolla la actividad y la manera como el usuario recibe los cuidados. Medir la satisfacción del paciente constituye un elemento importante, que permite evaluar el nivel de calidez y calidad en el actuar de la enfermera". A través de la identificación del paciente por su nombre, para fomentar un ambiente de confianza de esta manera satisfacer las necesidades y expectativas que cada paciente tiene.

Las necesidades corresponden aquellas que sin lugar a duda, espera ver satisfechas, es difícil que el paciente sienta la necesidad de algo que no entra en su marco de referencia; esta es la razón por la que el paciente siempre la formula en sus propios términos. La satisfacción de una necesidad considerada estratégica por el paciente induce fidelidad que si se trata de una necesidad operativa común.

Las expectativas, son subjetivas y más cambiantes que las necesidades, aunque el paciente no las hace explícitas; su satisfacción determina en gran medida la percepción por el cliente de la calidad y calidez en el cuidado.

Es precisamente la existencia de expectativas, lo que hace que cada paciente sea distinto de los demás. Hay que partir de la convicción de que el paciente, como ser humano que es, raramente está del todo satisfecho, lo cual ha de constituir un constante reto de superación permanente para el proveedor de la atención o cuidados. Conviene no olvidar que el producto o servicio que el paciente obtiene no suele ser más que un medio para satisfacer su auténtica necesidad.

Las necesidades objetivas e implícitas se satisfacen como un desempeño profesional que frecuentemente no es presenciado por el paciente; en muchos casos no es capaz de juzgar "esta calidad interna, calidad del producto o del servicio" por lo limitado de sus conocimientos técnicos, interviniendo entonces el nivel de instrucción de cada paciente; Las expectativas requieren el concurso de habilidades eficaces y actitudes positivas por parte del personal en contacto con el paciente.

El paciente se forma siempre una opinión sobre la atención que recibe; basándose en satisfecho, medianamente satisfecho, e insatisfecho para formarse una percepción global del cuidado de Enfermería. Fundamentalmente en aquello que es capaz de entender y percibir con claridad; esencialmente relacionadas con las formas de cómo se le presta el servicio o se le brinda el cuidado.

2.1.1.3 La satisfacción como indicador de la calidad de los servicios de salud (Corella, 1996)

La definición del término satisfacción, ha sido algo ampliamente debatido u discutido en el campo de las ciencias psicológicas. El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad y la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud, han hecho necesario retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios.

Si de satisfacciones se trata no cabe duda que la Psicología es una de las ciencias que más se ha dedicado a este tema.

Múltiples teorías, representaciones empíricas, aproximaciones metodológicas desde finales del siglo pasado e inicio del presente han confirmado la importancia de la dialéctica satisfacción e insatisfacción en la comprensión del comportamiento humano convirtiéndose, en algunos casos, en el núcleo central de todas las comprensiones psicológicas de la dinámica comportamental. Ahora se trata no solo de que se haga lo que se tiene que hacer, que las personas logren sentirse bien, que quieran seguir en el mismo lugar, en el mismo camino, sino que lo hagan excelentemente.

La satisfacción es mucho más que una aspiración humana en nuestras prácticas, es sobre todo un instrumento y una función del logro de la excelencia. No se puede construir excelencia en la calidad de la atención en las instituciones

de salud, sino garantizamos satisfacción, no hay imagen de excelencia ni funcionamiento excelente al margen de la consideración de la satisfacción como un indicador y como un instituyente esencial. Pero como casi siempre sucede, los fenómenos de los que hablamos no pertenecen por entero al mundo de lo tangible, de lo directamente observable y cuantificable. Como fenómeno esencialmente humano, la satisfacción, así como la excelencia se resiste a un mero tratamiento estadístico, esto no es casual.

La satisfacción es la resultante de un proceso que se inicia en el sujeto concreto y real, y culmina en él mismo, estamos haciendo referencia a un fenómeno esencialmente subjetivo desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no. Una breve referencia semiológica nos hace encontrar como definición de satisfacción: "la acción de satisfacer. Gusto, placer, realización del deseo o gusto. Razón o acción con que se responde enteramente a una queja" (Corella, 1996).

Al ser definida como la acción de satisfacer, pudiéramos siendo más exquisitos aún observar qué significa satisfacer: "Pagar enteramente lo que se debe, aquietar, saciar, dar solución, cumplir, llenar, gustar, agradar a una persona algo o alguien. Aquietarse o persuadirse con una razón eficaz. Estar conforme uno con algo o alguien". Evidentemente cuando leemos esta definición nos damos cuenta de lo difícil que resulta satisfacer y sentirse satisfecho. Pero algo más allá de esta primera impresión, resulta evidente desde una lógica deductiva elemental. Se trata de dos aspectos esenciales:

- La satisfacción es siempre satisfacción con algo (o alguien) que tiene que ver, a su vez con algo que se quiere (que se espera, que se desea, etc.) y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto.
- Para que exista satisfacción como algo sentido en un sujeto, debe haber al menos una intención en otro alguien de realizar una acción determinada provocadora de un determinado resultado que sea valorado como positivo o no, como "satisfactor" o no.

La satisfacción entonces no estaría dada sólo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es su esencia, sino que sería esa sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto dado el desarrollo de todo un complejo proceso intrasubjetivo e intersubjetivo. No es una evaluación desde lo personal, sino también desde lo social, desde y con el otro, desde lo que como sujetos pertenecientes a grupos sociales determinados, sentimos de un modo o de otro. Hay un sujeto (paciente) que viene a nosotros esperando algo, evaluando si lo que esperaba es lo que obtiene o no y eso constituye la medida de la satisfacción que siente. Hay otros sujetos (personal de salud) que dan algo al que espera y que también esperan y evalúan por ese algo que dan, y eso constituye la medida de su satisfacción que incide cíclicamente en el próximo dar que brindan al próximo paciente que espera. Pero a su vez el propio personal de salud es un sujeto demandante al interno de aquella institución de la cual el ahora deviene sujeto con una expectativa, sujeto expectante. La satisfacción es un indicador de excelencia en la calidad de la atención en salud, más aún, es un instrumento de la excelencia.

2.1.2 Modelo de gestión del cuidado humanizado de enfermería

Para poder definir esta variable es necesario primero definir las categorías que la componen, así:

A. Gestión

Gestión es una capacidad de generar una relación adecuada entre la estructura, la estrategia, los sistemas, el estilo, las capacidades, la gente, y los objetivos superiores de la organización considerada, es construir y materializar aspiraciones, anhelos y proyectos de instituciones educativas que logran el cambio de su entorno y de su comunidad. (Sovero; 2008)

Es el proceso mediante el cual el directivo o equipo directivo determinan las acciones a seguir (planificación) según los objetivos institucionales, necesidades detectadas, cambios deseados, nuevas acciones solicitadas, implementación de cambios demandados o necesarios, y la forma como se realizaran estas acciones (estrategias, acción) y los resultados que se lograrán.

Podemos definir a gestión como un conjunto de actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización. Cuando nos referimos a esta categoría generalmente incluye el establecimiento de políticas y objetivos, la planificación, manejo de recursos, el control y el aseguramiento y mejora de procesos. (PUCP, 2007).

Los componentes esenciales de la gestión son:

1. Planificación de las acciones, según los objetivos del proyecto institucional u objetivos emergentes.
2. Decisiones de planificación, según los recursos disponibles y la capacidad de programación.
3. Formulación de estrategias, según las características de los recursos y las condiciones favorables y desfavorables internas y externas, cual sería la mejor forma de realizar las acciones.
4. Visualización de resultados esperados, según los objetivos que guían la planificación definir cuáles serían los posibles resultados a esperar y su impacto interno o externo.
5. Evaluación de la calidad de la gestión, según lo planificado
6. ¿Gestión para qué?
 - Para mejorar: déficit, ineficacia, necesidad, algo que puede ser-mejor.
 - Para fortalecer: Eficiente, se hace bien y debe mantenerse, ampliar, etc.
 - Para desarrollar: no existe y es necesario, algo nuevo, nuevas estrategias (combinaciones de propósito) (Sovero, 2008)

B. Modelo de Gestión

Un modelo es una propuesta normalmente de carácter teórico y práctico, que tiene una serie de características que se consideran dignas de emular. Generalmente, el modelo ilustra una situación deseable para ser analizada y puesta en práctica en un contexto educativo similar, o bien adaptarlas a otras características del entorno. (CONEAU, 2008)

Modelo es la imagen o representación del conjunto de relaciones que define el fenómeno, con miras a su mejor entendimiento. De acuerdo a esta definición puede inferirse que un modelo es aproximación teórica útil en la descripción y comprensión de aspectos interrelacionados de un fenómeno en particular. En esta conceptualización de modelo es necesario establecer que el análisis del fenómeno en estudio no es únicamente un proceso analítico en el cual el todo es examinado en sus partes, sino también como un proceso de integración de relaciones.

Un modelo constituye un planteamiento integral e integrador acerca de determinados fenómenos y desde el punto de vista teórico- práctico es ofrecer un marco de referencia para atender implicaciones, alcances, limitaciones y debilidades paradigmáticas que se dan para explicarlo. En las ciencias sociales dados en su estructura, funcionamiento y desarrollo histórico. (De Zubiria, 1998)

Un modelo es una presentación de una realidad, representación que se caracteriza por ser abstracta e inexistente, y que sirve como prototipo para interpretar mediante ella diversas situaciones reales, como guía que marca un camino a seguir. En esta línea un modelo de gestión institucional es una abstracción ideal de cómo debe llevarse a cabo un proceso de análisis y estimación ponderada de una realidad concreta. (Gento, 1994)

Los modelos se fundamentan en alguna teoría de acción humana dentro de las organizaciones y que es necesario comprender esto, entender adecuadamente los procesos de gestión (Sovero, 2007)

Contar con un modelo de gestión del cuidado humanizado de enfermería es una decisión estratégica para garantizar, una buena atención al paciente. Entendiendo como modelo de gestión del cuidado humanizado de enfermería a un conjunto de elementos que están relacionados entre sí, interactuando y trabajando en equipo es que podemos afirmar que un modelo de gestión ordena el quehacer de las enfermeras bajo la teoría humanista de Watson. Entonces propuesta debe orientarse desde el inicio de los estudios de una manera planificada y gradual.

Un modelo de gestión del cuidado humanizado de enfermería debe propiciar:

a) Estructurar formalmente el funcionamiento y organización del quehacer de la enfermera, así como reorientar y optimizar el trabajo en equipo, contribuyendo al mejoramiento de la calidad como un instrumento de la excelencia a la satisfacción del paciente.

b) Brindar servicio de enfermería respaldado por un modelo de gestión del cuidado humanizado personalizado donde la práctica se centra en el cuidado a la persona que en interacción con su entorno vive experiencias de salud. La práctica de enfermería va más allá de tareas rutinarias requiere del intelecto, intuición, realizar acciones pensadas y reflexionadas que responden a las necesidades de la persona.

c) Finalmente la propuesta del modelo de gestión del cuidado humanizado de enfermería tiene vital importancia porque se busca una gestión exitosa, transformadora, del trabajo rutinario del profesional de enfermería.

El modelo de gestión del cuidado humanizado permite el ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales que desarrolla la enfermera para organizar, coordinar y articular los cuidados humanos en los diferentes niveles de atención asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos (Leininger, 2007; y Watson, 2005).

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. (Henderson, 1994)

La teoría de Watson está soportada en el trabajo de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow (*Existential advocacy & philosophical foundations of nursing*, 1980) y Yalom (*Ten curative factors*, 1975); Walker atribuye el énfasis de la Teoría en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y afecto (Cohen, 1991; y Walker, 1996)

Watson (2005), considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

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 relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según la cita Walker: (Walker, 1996; y Watson, 2005).

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 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 de el 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:

- 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.

2.1.2.1 Conceptos de Metaparadigma de Enfermería en la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

a. *Persona*

Desde la mirada existencialista, Watson considera la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el *gestalt*, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería.

b. *Medio ambiente*

Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).

c. *Salud*

De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado”.

d. Enfermería

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 detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta".

Watson (2005), 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 auto-curación.

2.1.2.2 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.

a. *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 intersubjetivo, 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).

b. *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.

c. *Relación de cuidado transpersonal.*

El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trasciende "persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno"(13). Esta

trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson (1999), 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.

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 sufrimiento.

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 auto curación independientemente de la condición externa de salud.

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

La ocasión del cuidado en últimas permite el descubrimiento de si mismo. Estas influencias y valores son claramente expuestos en sus supuestos:

2.1.2.3 Supuestos de Watson Relacionados con los Valores del Cuidado Humano

1. El cuidado y el amor son lo más universal, lo más misterioso de las fuerzas cósmicas, ellos abarcan la energía psíquica y universal.
2. La asistencia y el amor, con frecuencia subestimados, son las piedras angulares de nuestra humanidad. La cobertura de estas necesidades satisface nuestra humanidad.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. El cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería – la esencia de la enfermería.
7. El cuidado humano, tanto individual como grupal, progresivamente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario.
8. Los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido sublimados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales.

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

10. 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.

11. 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.

Cada elemento asistencial describe el proceso de la forma como un paciente alcanza o mantiene la salud o muere en paz, los tres primeros elementos son interdependientes y constituyen el "fundamento filosófico de la ciencia de la asistencia":

2.1.2.4 Elementos del Cuidado de Watson

1. Formación de un sistema de valores humanístico altruista. Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del Yo.
2. Infundir fe-esperanza. Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud.
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante la auto aceptación de la enfermera y del paciente. Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás.
4. Desarrollo de una relación de ayuda - confianza. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva ser real, honesto, genuino y auténtico.
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. La enfermera tiene que estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes.
6. Utilización sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones. La utilización del proceso de enfermería conlleva un planteamiento

científico de la resolución de los problemas de la asistencia de enfermería, disipando la imagen tradicional de las enfermeras como "criadas de los médicos". El proceso de enfermería es similar al de investigación, en cuanto es sistemático y organizado.

7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal. Este es un concepto importante de la enfermería, dado que separa la asistencia de la curación. Permite informar al paciente y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza – aprendizaje, diseñadas para permitir que el paciente consiga el autocuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente.

8. Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual. La enfermera debe reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos. El bienestar mental y espiritual y los planteamientos socioculturales son conceptos importantes para el entorno interior del individuo. Además de las epidemiológicas, las variables externas incluyen el confort, la intimidad, la seguridad y los ambientes limpios y estéticos.

9. Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas. La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior. La alimentación, las eliminaciones y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior, mientras que la actividad/inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de orden inferior. La realización de la persona y las

relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intrapersonal – interpersonal de orden superior.

10. Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas. La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial 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.

En su primer libro *Nursing: The philosophy and science of Caring*, Watson (1999), expone los supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería:

- 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.

El Cuidado Humano debe ser actualizado y buscar la integración enfermera-paciente tratar de entender y explicar el cuidar, que involucra conocimientos, valores, habilidades y actitudes con el sentido de favorecer las potencialidades de las personas, para así mantener o mejorar la condición humana en el proceso de vivir o morir.

Considerar que la enfermera en su afán de producir efectos positivos en su acción de cuidar, en su práctica social, además de conjugar expresiones de interés, respeto, gestos y toques al paciente – usuario – ciudadano, se tendría que esforzar por obtener los medios tecnológicos basados en una tecnología blanda y limpia para obtener como resultado mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir.

Consideramos que ser profesional de la salud es ser persona, sentir el calor humano de las personas, es brindar amor con nuestras manos y nuestro corazón, es comprender al prójimo, brindarle cariño y afecto. Es cuidar con conocimientos, dedicación, respeto, paciencia, sinceridad, confianza, humildad, esperanza y coraje. Es ayudar al otro a crecer, es oírlo con atención, es mirarlo con brillo en los ojos y lograr que sus ojos también brillen. Esta es la mejor comunicación, la comunicación del alma, del corazón entre dos seres humanos.

Para llevar a cabo esta investigación se decide indagar en nueve categorías establecidas por los autores del instrumento PECHE y que se refieren a continuación (Rivera y Triana, 2007).

2.1.2.5 Categorías del cuidado humanizado

a. Categoría de sentimientos del paciente

El primer encuentro, o contacto enfermera – paciente, conforma una relación interpersonal en el que dos personas inician una comunicación, una relación, en donde se pone en marcha un determinado proceso, produciendo un intercambio comunicativo, reconociendo sus sentimientos así como su realidad, explorando el proceso de la evolución del paciente.

b. Categorías características de la enfermera

El personal de enfermería debe poseer características que los haga diferentes a los demás profesionales de la salud, su trato hacia los pacientes debe ser cálido, respetuoso, debe brindar estímulos positivos para así establecer una relación terapéutica en donde el paciente se sienta atraído a interactuar para poder llevar a cabo un buen desempeño de roles y salir de cualquier crisis ya sea física o emocional por la que este atravesando, el personal de enfermería es además de un apoyo de un apoyo una guía para cada uno de los usuarios.

c. Categoría apoyo emocional

El apoyo emocional que se les brinda a las personas, es el complemento indispensable para un adecuado tratamiento. El objetivo central del apoyo

emocional es lograr que el paciente asuma una posición activa ante su estado y tratamiento, siendo similar a lo propuesto por Nightingale en donde "una enfermera debe ser una persona en la que se pueda confiar, en otras palabras, capaz de ser enfermera de confianza... no puede ser ligera habladora; nunca debe de contestar preguntas sobre su enfermo; debe ser estrictamente moderada y honesta. y esto corresponde a la relación ayuda - confianza propuesta por Watson. Esta posición activa permite que el paciente se fortalezca internamente lo cual es un factor influyente en la recuperación de la vida cotidiana y por supuesto influirá en la recuperación y mejoría en la calidad de vida. (Paez, 2000).

d. Categoría apoyo físico

Se basa en hacer sentir bien al paciente, esto implica que cada enfermera al valorar a su paciente lo trate como una persona que merece respeto no como una enfermedad más, el mirarlo a la cara y cuando se le habla, disminuir su dolor, atender sus necesidades y brindar comodidad tanto física como mental, es por esto que es de gran importancia brindar apoyo físico a cada uno de los pacientes que consultan diversos servicios. Para brindar un cuidado humanizado es importante establecer entre la enfermera y el paciente una relación de confianza y de ayuda, en la que haya disposición al diálogo y la escucha, utilizando una terminología clara y comprensible que facilite la comunicación y que permita identificar y satisfacer las necesidades del paciente de forma asertiva y oportuna.

e. Categoría cualidades del hacer de la enfermera

Hace referencia a la información y educación que requiere el paciente para atender la situación actual y el tratamiento, el ser honesto con el paciente sobre

condición médica, es el comportamiento más importante para él, puesto que muestra gran interés en que se explique o se informe sobre su condición actual. El personal de enfermería debe fortalecer el rol funcional de educar en el proceso de formación, en el cual se debe brindar los elementos necesarios que fortalezcan la estabilidad.

f. Categoría proactividad

Esta categoría es de vital importancia puesto que hace referencia a los comportamientos que se deben realizar para evitar posibles complicaciones, aquí es fundamental que el profesional de enfermería se identifique y le explique que procesos se llevaran a cabo para que este pueda tomar decisiones, además de animarlo para que comunique todo lo que pasa y llame en caso de necesitarlo, más no que sientan temor al expresar sus ideas. Ya que para Watson el personal de enfermería tiene la responsabilidad de promover la salud a través de actividades preventivas.

g. Categoría priorizar al ser cuidado

Cada paciente es único y por tanto sus pensamientos y actitudes también, es por esto que el profesional de enfermería debe de tratar a los pacientes como seres únicos, priorizar cuidados, atender a cada uno de los llamados las veces que sea necesario, es de gran importancia llamar a cada paciente por su nombre puesto que esto los hace sentir que no son un paciente más.

h. Categoría empatía

Es la capacidad que tiene el ser humano para conectarse a otra persona y responder adecuadamente a las necesidades del otro, a compartir sus sentimientos, e ideas de tal manera que logra que el otro se sienta muy bien con él y capaz de sostener una conversación o relación terapéutica, para que así sea más fácil ponerse en su lugar y buscar respuestas adecuadas a sus necesidades, llegando a compartir sus sentimientos e ideas para llegar a tal fin.

i. Categoría disponibilidad para la atención

Un buen profesional de enfermería es aquel que busca brindar lo mejor de sí para lograr la estabilidad de su paciente, dedicándole tiempo a todo lo que lo rodea, como aplicar su medicamento a la hora exacta, identificar sus necesidades y respondiendo con rapidez a todas sus llamadas.

En cuanto a relaciones interpersonales Donabedian (2001), considero que todas y cada una de las acciones que se lleven a cabo con el paciente deben ser lo más respetuosas posibles, permitiendo comodidad y calidad integral de atención, puesto que es de este modo que las actividades serán o no exitosas con cada uno de los pacientes, logrando el objetivo de cada una de ellas.

Por otro lado John B. Watson fue un psicólogo norteamericano que pensaba que los humanos ya traían desde su nacimiento, alguno reflejos y reacciones emocionales de amor y furia, y que todos los demás comportamientos se adquirirían mediante la asociación estímulo-respuestas; esto mediante un acondicionamiento. Desde esta teoría, la profesión de enfermería 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 unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que solo resulta ser efectivo si se practica en forma interpersonal. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos. (Sánchez, 1996).

2.1.2.6 Gestión del cuidado humanizado de enfermería

Colliere (1993), manifiesta que muchas de las acciones de cuidado a menudo son invisibles, ejemplos de estas acciones son las dirigidas a permitir que las personas recobren la esperanza, acompañarlos en momentos críticos de los procesos diagnósticos y terapéuticos. Estos momentos, invisibles para el sistema de salud, marcan la diferencia en la calidad de los cuidados profesionales enfermeros.

La calidad en el cuidado de enfermería implica diversos componentes: La naturaleza de los cuidados, razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone, la aplicación de conocimientos y la adecuada utilización de la tecnología y recursos humanos necesarios de acuerdo a la capacidad resolutive y a la normatividad legal existente.

Garantizar la calidad exige a los profesionales de enfermería una reflexión permanente sobre valores, actitudes, aptitudes y normas que orientan la

objetivación del bien interno, mediante la implementación de estrategias que privilegien "cuidar con calidad" y comprender sus dimensiones: Ética, interpersonal y de percepción.

Por tanto, la *Gestión del cuidado humanizado de enfermería*, "Constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales que desarrolla la enfermera para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos".

Consideraciones de gestión del cuidado:

- Consiste en ejecutar una serie de actividades y procesos con y a través de las personas y recursos materiales para conseguir los objetivos de la organización. (Adaptado de Hersey y Blanchard, 1988).
- Meleis (1989) señala que la gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que ofrecen las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería; es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería
- "Proceso creativo, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud" (Susan Kérrouac, 1996)

2.1.3 Antropología de la salud: (Martínez, 2008).

La profesión y los profesionistas de enfermería enfrentan la necesidad de responder a cambios y demandas que exige actualmente el sistema de salud, Las relaciones disciplinares entre la Antropología, la Medicina y la práctica médica pueden documentarse de antiguo. La mirada naturalista en Medicina, introducida por los Tratados Hipocráticos desarrolló una teoría de la causalidad de la enfermedad relacionada con el medio y una metodología que incluía el estudio de casos clínicos - por ejemplo en el Tratado Epidemias-, junto a metodologías de naturaleza etnográfica - en el Tratado Aires, Aguas y Lugares-. La influencia de los escritos hipocráticos explica que la Medicina utilizase hasta fines del siglo XIX, técnicas de campo cualitativas, practicase la observación participante y produjese un enorme volumen de escritos etnográficos -etnografía-, puesto que ésta formaba también parte de su práctica. La Antropología general ocupaba una posición relevante en las ciencias médicas básicas (que corresponde a las asignaturas comúnmente llamadas hoy pre-clínicas).

A medida que la medicina fue encerrando la educación médica en el hospital y adoptó una actitud reticente frente al empirismo de los médicos en su práctica cotidiana entre la gente y asumía la medicina experimental en el hospital y el laboratorio como su fuente básica de conocimiento, los médicos fueron dejando la etnografía en desuso. Este abandono se efectúa cuando la Antropología social adopta la etnografía como una de sus señas de identidad profesionales y fue abandonando el proyecto inicial de Antropología general.

La divergencia entre la Antropología profesional y la Medicina no significó jamás, una escisión completa entre ambas. Durante el siglo XX son constantes las relaciones interdisciplinarias entre ambas disciplinas hasta la constitución de la antropología médica durante los años sesenta y setenta del siglo XX. Tanto es así que numerosos antropólogos médicos proceden de las profesiones sanitarias (enfermería, psicología, psiquiatría, medicina). Entre los médicos están W. H. R. Rivers, Jean Benoist, Gonzalo Aguirre Beltrán, Cecil Helman y Arthur Kleinman, muchos otros proceden de las ciencias sociales como George Foster, William Caudill, Byron Good, Tullio Seppilli, Gilles Bibeau, Lluís Mallart, Andràs Zempleni, Gilbert Lewis, Ronald Frankenberg, Els van Dongen o Eduardo Menéndez. Una síntesis en castellano sobre el desarrollo de la antropología médica está en Comelles & Martínez (1993) y Martínez (2008).

2.1.3.1 La antropología de la salud en el mundo actual (Pool, 2005)

En el mundo actual la investigación en Antropología de la Salud es una de las que más crece en el conjunto de la antropología y se observan incluso procesos de especialización internos muy importantes. Por eso cualquier agenda siempre es discutible. En general podemos considerar que cinco ámbitos básicos son los siguientes: el desarrollo de los sistemas de conocimiento médico y asistencia médica; las relaciones de médico a paciente; la integración de sistemas alternativos médicos en ambientes culturalmente diversos; las interacciones entre factores biológicos, ambientales y sociales que influyen en salud y enfermedad tanto en individuo como en niveles de comunidad; los impactos de la biomedicina y las tecnologías biomédicas en ajustes no occidentales.

Se excluyen campos tan importantes como la psiquiatría cultural, transcultural o etnopsiquiatría que son campos clínicos que tienen conexiones con la antropología médica en la esfera de la metodología de investigación o de la producción de teoría.

2.1.3.2 ¿Qué estudia la antropología médica como punto de vista, al hombre? (Lock, 2010)

Estudia al Hombre desde el punto de vista médico-físicocultural, pero no sólo en la actualidad sino desde que aparece sobre la tierra. Por eso abarca contextos tan remotos como el Hombre del Pleistoceno (Paleopatología y Paleomedicina), el Hombre individualmente o en grupos, etnias, sociedades (Etnoantropología, Antropología Social y Cultural), y cómo su género de vida y el medio ambiente pueden influir en la aparición de las enfermedades, cómo su cultura puede estar relacionada con la morbilidad, natalidad y mortalidad. Dentro de estos amplios contextos estudiará la existencia de técnicas de curar (Etnoterapéutica), estudia al Hombre como terapeuta (Chamanismo, Curanderismo, Magia, Ordalía, Adivinación), la Terapéutica utilizada por el Hombre, Botánica utilitaria (Etnobotánica), la Medicina popular (Folkmedicina), la Biología de la enfermedad (Biopatología), el medio ambiente que rodeó al Hombre en el pasado y en el presente (Ecología Humana, Medicina Espacial, Supervivencia en los diversos medios geográficos, Adaptación).

En la práctica los estudiantes en Enfermería hacen programas de salud comunitaria en áreas de escasos recursos dentro del país para hacer una

evaluación de influencias variables sociales y culturales en la epidemiología de ciertas formas de patología e implantaciones de innovaciones terapéuticas en estudios sobre la implantación de innovaciones terapéuticas empíricas para ser aplicadas como agentes de salud

2.2 Marco conceptual

a. Enfermería

La American Nurses Association (2003), define la enfermería como la protección, el fomento y la optimización del estado de salud y las capacidades del individuo, la prevención de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas, y la defensa de la asistencia a los individuos, las familias, las comunidades y las poblaciones. (American Nurses Association, 2003)

b. Cuidado

La palabra cuidado está llena de significados existenciales, de filosofía se originan del latín cura y más antiguo COERA que significa contexto de amor o de amistad, expresado como una actitud de desvelo, preocupación y de inquietud por la persona amada o por alguien que nos necesita. Este surge solamente cuando la existencia de alguien tiene importancia para uno; dedicarle disposición para participar de su destino; de sus sufrimientos, sucesos y de su vida; el cuidado humano siempre acompaña al ser humano porque este nunca dejara de amar o de desvelarse, preocuparse o inquietarse por alguien. (Waldow, 1998).

c. Cuidado Humano

Watson (2005), 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" (Watson, 2005)

d. Cuidado Humanizado

El Cuidado Humanizado 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. (Fernández, (2006). 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 integra. 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 unos 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. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos. (Watson, 2005; Marriner, 2007)

e. Percepción del Cuidado Humanizado

La Percepción del Cuidado Humanizado es definida como el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos 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. (Grupo de cuidado, 2000).

f. Calidad del cuidado

Se entiende por calidad, la aptitud de un producto, servicio o proceso, para satisfacer las necesidades de los usuarios. Entendiendo por calidad total, el proceso que implica hacer las cosas bien y mejorarlas constantemente. La calidad en el cuidado de enfermería implica diversos componentes: La naturaleza de los cuidados, razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone, la aplicación de conocimientos y la adecuada utilización de la tecnología y recursos humanos necesarios de acuerdo a la capacidad resolutive y a la normatividad legal existente. Garantizar la calidad exige a los profesionales de enfermería una reflexión permanente sobre valores, actitudes, aptitudes y normas que orientan la objetivación del bien interno, mediante la implementación de estrategias que privilegien "cuidar con calidad" y comprender sus dimensiones: Ética, interpersonal y de percepción.

g. Gestión del cuidado

Gestión del cuidado, constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales que desarrolla la enfermera para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos.

h. Modelo de gestión del cuidado humanizado

El modelo de Gestión del cuidado supone una de las múltiples formas de avanzar y mejorar del cuidado humanizado, integrada, coordinada y continuada, centrado en la responsabilidad compartida de coordinar los cuidados, recursos, servicios y profesionales. La enfermera lidera este proyecto por tener una visión integral orientada a cubrir las necesidades, fomentar el auto-cuidado y con competencias en la valoración, planificación de los cuidados. Significa un agente de cambio en este nuevo escenario de gestión y liderazgo dentro del sistema sanitario. (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2010)

i. Efectividad

Efectividad, referida al logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud de la persona.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 Hipótesis central de la investigación

El Modelo de gestión humanista es efectivo significativamente en la satisfacción de los pacientes del servicio de medicina, Hospital III – EsSalud, Chimbote 2015.

3.2 Variables e indicadores de la investigación

VARIABLE INDEPENDIENTE

A. Modelo de gestión del cuidado humanizado de enfermería

El modelo de gestión del cuidado humanizado de enfermería es el conjunto de funciones que desarrolla la enfermera(o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad. Se debe tener en cuenta en el proceso de la interacción del cuidador-ser cuidado, nueve comportamientos de cuidado humanizado: sentimientos del paciente, características de la enfermera, dar apoyo emocional, dar apoyo físico, cualidades del hacer de la enfermera, pro

actividad, empatía, priorizar al ser cuidado y disponibilidad para la atención (Watson, 2005)

Su efectividad se midió en escala nominal:

- a. El Modelo de gestión humanista es EFECTIVO, cuando el nivel de la satisfacción de los pacientes aumente significativamente.
- b. El Modelo de gestión humanista es NO EFECTIVO, cuando el nivel de la satisfacción de los pacientes sea menor, o se mantenga o aumente no significativamente.

VARIABLE DEPENDIENTE

B. Satisfacción del paciente

Es la expresión de bienestar o complacencia referido por el paciente, respecto a la percepción del cuidado brindado por los profesionales de enfermería (Potter, 2012).

Se midió en escala ordinal:

- a. Satisfacción muy elevada.
- b. Satisfacción elevada.
- c. Satisfacción regular.
- d. Satisfacción bajo.

3.3 Métodos de la investigación

Según Hernández (2006), la presente investigación es cuasiexperimental, de diseño de series de tiempo.

3.4 Diseño o esquema de la investigación

El diseño es cuasiexperimental, de tipo serie de tiempo, y responde al siguiente esquema: (Pollit, 2008)

GE O₁ x O₂ O₃ O₄

Donde:

O₁ = Observación (pre prueba): satisfacción del paciente.

X = Estímulo (tratamiento experimental): modelo de gestión humanista.

O₂ O₃ O₄ = Observaciones (post prueba): satisfacción del paciente.

3.5 Población y muestra

La población muestral está constituida por 40 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital III-EsSalud Chimbote

a) Unidad de Análisis:

Paciente hospitalizado en el servicio de medicina del Hospital III-EsSalud Chimbote

b) Criterio de Inclusión:

- Pacientes que se encuentran hospitalizados en el momento de aplicar la encuesta y que tengan mínimo 5 días de hospitalización en el servicio.

- En caso que el paciente no pueda dar información, se tomara en cuenta al familiar acompañante.

3.6 Actividades del proceso investigativo

La investigación, consideró el Modelo Humanista de Watson (2005), relacionado con la satisfacción del paciente del servicio de medicina, el mismo que se midió a través de un instrumento validado y confiable. Se coordinó con las autoridades del Hospital, para la autorización y desarrollo de la investigación. También se coordinó con las enfermeras que laboran en el servicio para su participación en la presente investigación.

El método, consistió en que una vez que se dispone del grupo experimental, se evaluó la variable dependiente aplicando un instrumento de valoración de satisfacción del paciente (pre prueba) y luego se aplicó el tratamiento experimental (El modelo de gestión humanista). Culminado el tratamiento experimental, con un intervalo de tiempo de tres meses se realizó una segunda evaluación de satisfacción del paciente, que consistió en 3 observaciones mensuales (post prueba), los mismos que se contrastaron para determinar la efectividad del modelo experimental.

3.7 Técnicas e instrumento de la investigación

Para la obtención y recolección de los datos para el presente estudio se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento los siguientes:

a. Escala de satisfacción del paciente sobre el cuidado humanizado de enfermería: (Anexo N° 1)

Donde se revela el cuidado humanizado de enfermería con relación a los comportamientos humanizados en el cuidado de enfermería en el servicio de hospitalización de medicina, este instrumento consta de 50 preguntas que componen 9 categorías. Se utilizó la escala de 4 puntos, en donde: 1 corresponde a nunca; 2 algunas veces, 3 casi siempre y 4 siempre; para un rango real del instrumento de 50 a 200 por encuesta: (Rivera y Triana, 2006)

- Sentimientos del paciente: 5 ítems (1,2,3,4,5)
- Dar apoyo emocional: 5 ítems (6,7,8,9,10)
- Dar apoyo físico: 5 ítems (11,12,13,14,15)
- Pro actividad: 5 ítems (16,17,18,19,20)

Para un rango real 4 a 20 puntos de estas categorías por instrumento, de esta manera se calificó cada instrumento en 4 cortes generados así:

1. Siempre percibe esta categoría 17 a 20 puntos
2. Casi siempre percibe esta categoría 12 a 16 puntos
3. Casi nunca percibe esta categoría 8 a 11 puntos
4. Nunca percibe esta categoría 4 a 7 puntos

- Características de la enfermera 6 ítems(21,22,23,24,25,26)
- Cualidades del que hacer de la Enfermera 6 ítems (27, 28,29,30,31,32)

- Empatía 6 ítems(33,34,35,36,37,38)
- Priorizar al ser cuidado 6 ítems(39,40,41,42,43,44)
- Disponibilidad para la atención 6 ítems (45,46,47,48,49,50)

Para un rango real de 6 a 24 puntos de esta categoría por instrumento, de esta manera se clasificará cada instrumento en 4 cortes generados así:

1. Siempre percibe esta categoría 20 a 24 puntos
2. Casi siempre percibe esta categoría 15 a 19 puntos
3. Casi nunca percibe esta categoría 10 a 14 puntos
4. Nunca percibe esta categoría 6 a 9 puntos

Los rangos globales de la satisfacción del cuidado humanizado de enfermería se clasifican en:

- a) Satisfacción muy elevada: Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos de 164 a 200 puntos.
- b) Satisfacción elevada: Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos de 126 a 163 puntos.
- c) Satisfacción regular: Si el valor del instrumento se encuentra entre los rangos 88 a 125 puntos.
- d) Satisfacción bajo: Si el valor del instrumento se encuentra en los rangos de 50 a 87 puntos.

b. Modelo de gestión del cuidado humanizado de enfermería

El Modelo se desarrolló en base al proceso de Atención de Enfermería.

Se midió de la siguiente manera:

- a) El Modelo de gestión humanista es efectivo, cuando el nivel de la satisfacción de los pacientes aumente significativamente.
- b) El Modelo de gestión humanista es no efectivo, cuando el nivel de la satisfacción de los pacientes sea menor, o se mantenga o aumente no significativamente.

3.8 Procedimiento para la recolección de datos

La recolección de datos se efectuó teniendo en cuenta los siguientes pasos:

Se coordinó con las autoridades y personal del servicio de medicina del Hospital II – EsSalud, para la autorización y ejecución.

La recolección de los datos se realizó mediante la aplicación de los instrumentos descritos, en el servicio de medicina.

Los instrumentos fueron aplicados por la investigadora a los pacientes hospitalizados del servicio de medicina que cumplan con los criterios de inclusión, teniendo en cuenta los derechos de anonimato, libre participación y confidencialidad, antes y después de aplicar el modelo de gestión del cuidado humanizado.

La aplicación del modelo de gestión del cuidado humanizado de enfermería, fue en forma concertada con todos los actores del servicio de medicina de EsSALUD.

3.9 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento, interpretación y análisis de los datos se realizó empleando el software SPSS previa codificación de los datos obtenidos en sus dos niveles:

Nivel descriptivo: los resultados están representados en tablas unidireccionales y bidimensionales, media aritmética, desviación estándar, frecuencia relativa y simple.

Nivel analítico: se aplicó la prueba estadística de independencia de criterios, Chi cuadrado (X^2), y t student con un 5% de significancia y un 95% de confiabilidad, para determinar la efectividad del Modelo de gestión del cuidado humanizado de enfermería en la satisfacción de los pacientes del servicio de medicina.

Para las figuras se utilizó el Software Harvard Graphic según las variables en estudio.

CAPITULO IV
RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 Resultados

CUADRO Nro. 01: NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III- ESSALUD, ANTES DE APLICAR EL MODELO DE GESTIÓN HUMANISTA. CHIMBOTE, 2015.

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES	f _i	h _i
Satisfacción muy elevada	2	5.0
Satisfacción elevada	7	17.5
Satisfacción regular	21	52.5
Satisfacción baja	10	25.0
TOTAL	40	100.0

Estadísticos descriptivos

Escala de satisfacción del paciente sobre el cuidado humanizado de enfermería	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Puntaje	40	60	172	110,425	26,744
N válido (según lista)	40				

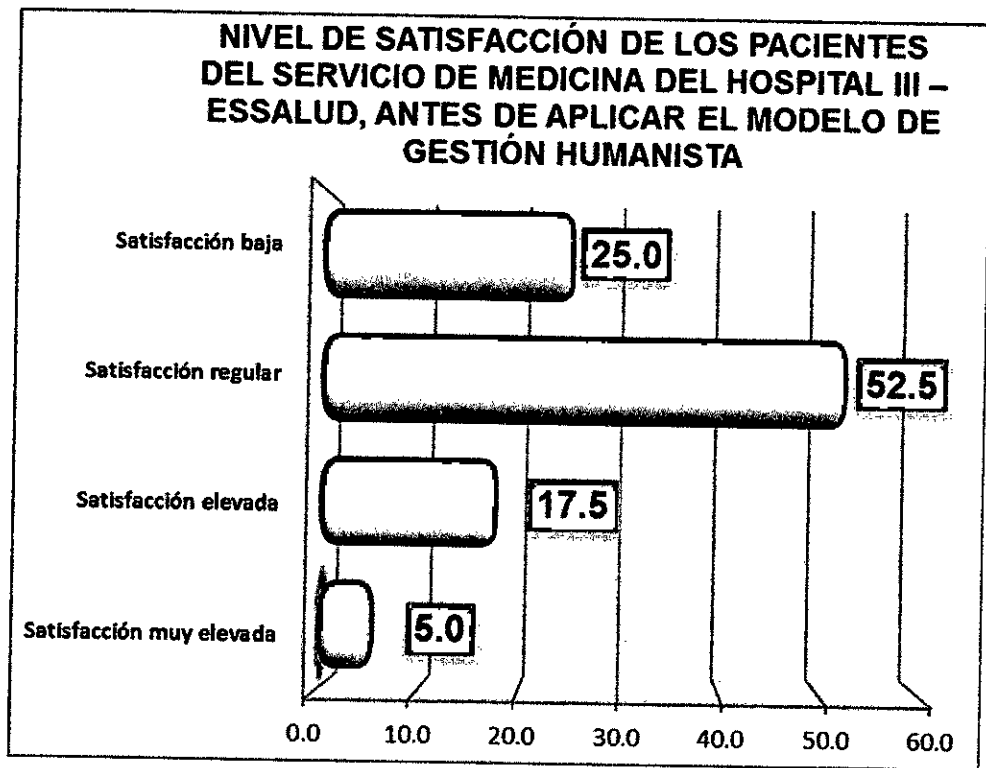


GRÁFICO Nro 01: NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III – ESSALUD, ANTES DE APLICAR EL MODELO DE GESTIÓN HUMANISTA. CHIMBOTE, 2015.

CUADRO Nro. 02: NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III – ESSALUD, DESPUES DE APLICAR EL MODELO DE GESTIÓN HUMANISTA. CHIMBOTE, 2015.

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES	f_i	h_i
Satisfacción muy elevada	9	22.5
Satisfacción elevada	18	45.5
Satisfacción regular	13	32.5
Satisfacción baja	0	0.0
TOTAL	40	100.0

Estadísticos descriptivos

Escala de satisfacción del paciente sobre el cuidado humanizado de enfermería	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Puntaje	40	112	192	139,050	21,368
N válido (según lista)	40				

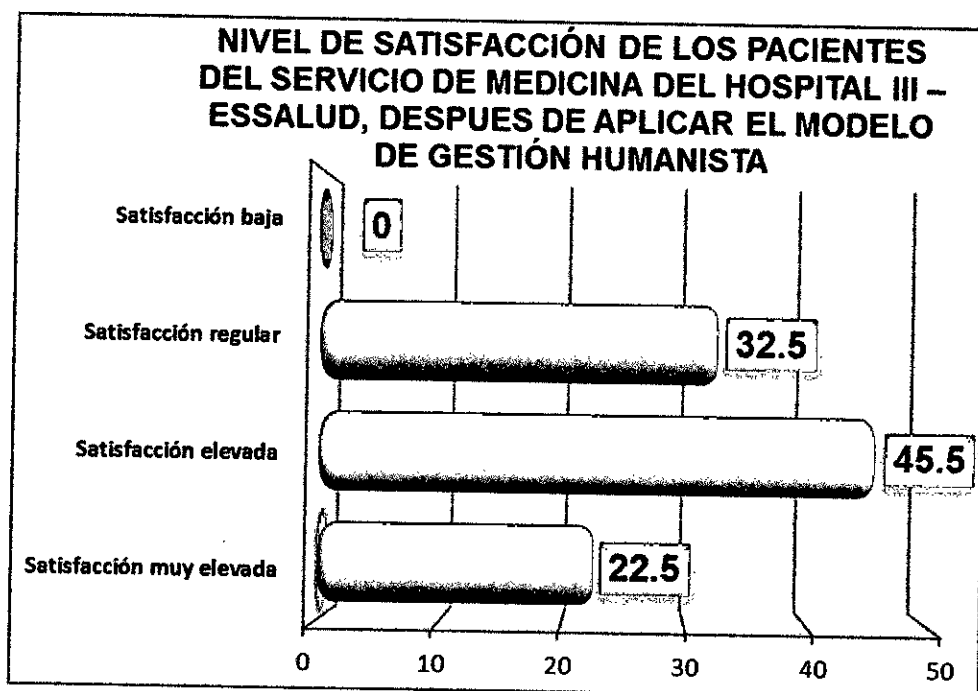
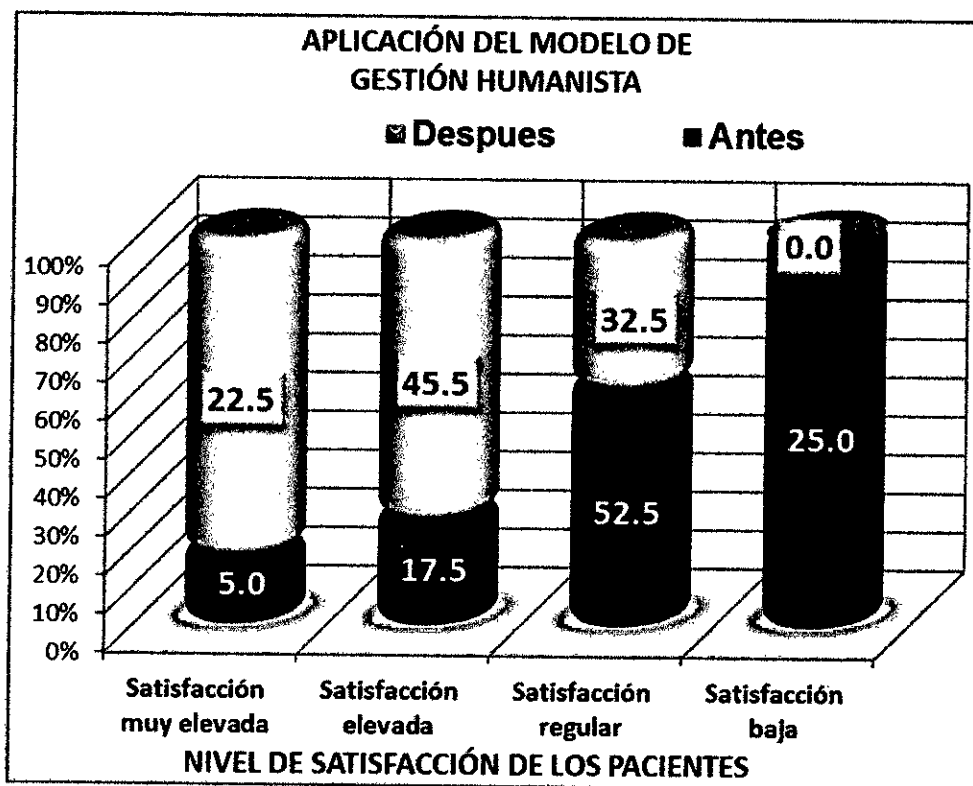


GRÁFICO Nro 02: NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III – ESSALUD, DESPUES DE APLICAR EL MODELO DE GESTIÓN HUMANISTA. CHIMBOTE, 2015.

CUADRO N° 03: EFECTIVIDAD CUALITATIVA DEL MODELO DE GESTIÓN HUMANISTA EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL III – ESSALUD, CHIMBOTE 2015.

NIVEL DE SATISFACCION DE LOS PACIENTES	APLICACION DEL MODELO DE GESTION HUMANISTA			
	Antes		Después	
	fi	hi	fi	hi
Satisfacción muy elevada	2	5.0	9	22.5
Satisfacción elevada	7	17.5	18	45.5
Satisfacción regular	21	52.5	13	32.5
Satisfacción baja	10	25.0	0	0.0
TOTAL	40	100.0	40	100.0

$X^2 = 20.9122$ $G1 = 3$ $p = 0.0001$ Altamente significativo



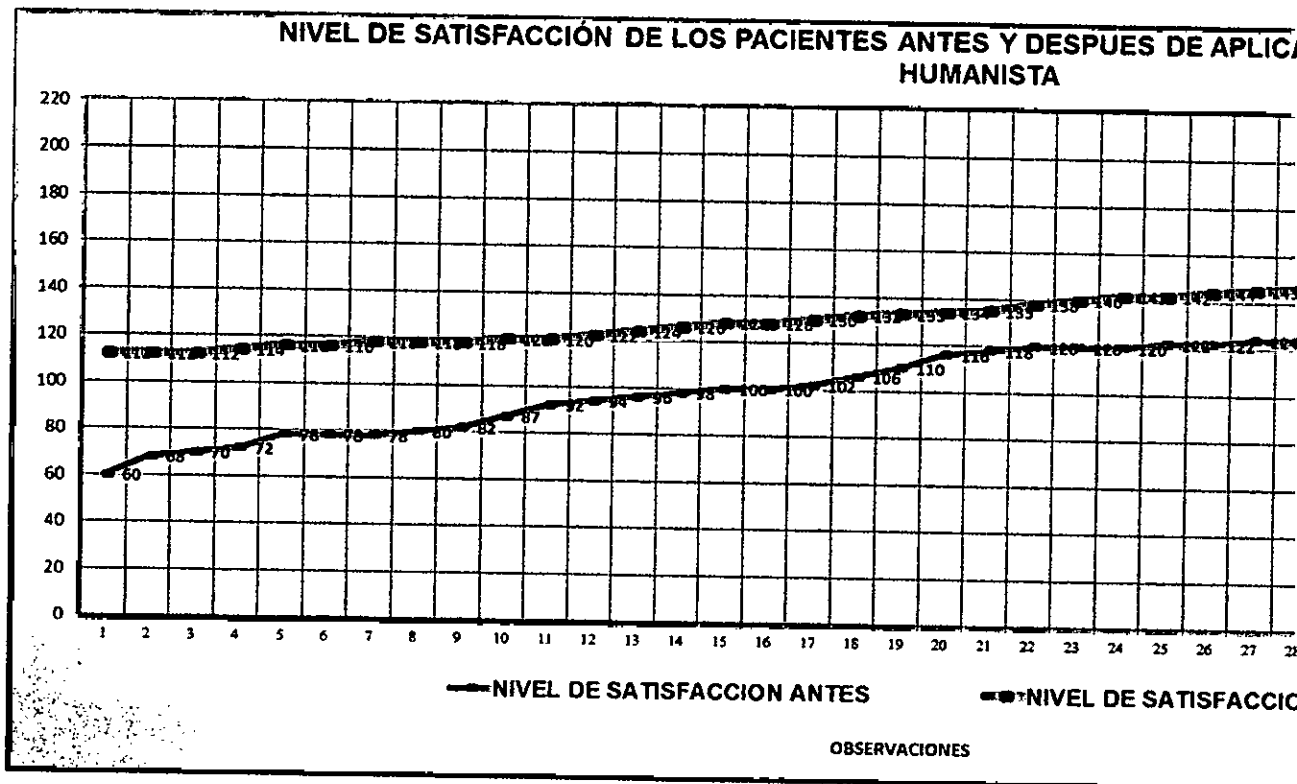
$\chi^2 = 20.9122$ $Gl = 3$ $p = 0.0001$ Altamente significativo

GRÁFICO N° 03: EFECTIVIDAD CUALITATIVA DEL MODELO DE GESTIÓN HUMANISTA EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL III – ESSALUD, CHIMBOTE 2015.

CUADRO N° 04: EFECTIVIDAD CUANTITATIVA DEL MODELO DE GESTIÓN HUMANISTA EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL III – ESSALUD, CHIMBOTE 2015.

OBSERVACIONES	EFECTIVIDAD CUANTITATIVA DEL MODELO DE GESTIÓN HUMANISTA EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES					
	PUNTAJE		Pro. medio	Hipótesis	t-Student	SIGNIFICANCIA
	Max.	Min.				
Antes O ₁	172	60	110.43		5,4817	
Después O ₂ (prom. O ₂ +O ₃ +O ₄)	192	112	139.05	Ho = O ₁ ≥ O ₂ Ha = O ₁ < O ₂	gl = 78 p=0.00000	Altamente Significativo

GRAFICO N° 04: EFECTIVIDAD CUANTITATIVA DEL MODELO DE GESTIÓN HUMANA EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL III – ESSALUD



4.2 Discusión

En el Cuadro Nro 01, sobre el nivel de satisfacción de los pacientes del servicio de medicina del Hospital III – Essalud, antes de aplicar el Modelo de gestión humanista, Chimbote, 2015, se observa que la mayoría presentan una satisfacción regular (52.5%), seguido con menor proporción satisfacción baja (25.0%), satisfacción elevada (17.5%) y con mínima proporción satisfacción elevada (5.0%). El promedio del nivel de satisfacción según Escala de satisfacción del paciente sobre el cuidado humanizado de enfermería es de $110,43 \pm 26,74$ de puntaje de un total de 200 puntos, siendo el puntaje máximo 172 y mínimo 60 puntos.

Los resultados son similares a lo reportado por Freitas y otro (2014), encontrando que entre los cuidados de enfermería evaluados, solamente dos fueron considerados seguros - higiene y confort físico; nutrición e hidratación – y los demás clasificados como pobres. Sin embargo, los pacientes se mostraron satisfechos con los cuidados recibidos en los dominios evaluados: técnico-profesional, confianza y educacional. Asimismo, con lo reportado por Espinoza (2010), que encontró una baja percepción del cuidado humanizado por parte del profesional de enfermería hacia los pacientes, lo que evidencia una atención de baja calidad.

Los resultados difieren a lo reportado por Gonzales y Quinteros (2010), quienes encontraron que el 73% de las mujeres hospitalizadas en el servicio de hospitalización de urgencias de gineco-obtetricia siempre percibieron el cuidado

humanizado del personal de enfermería, el 11 % casi siempre percibieron el cuidado humanizado por parte del personal de enfermería, el 12% algunas veces percibió el cuidado humanizado por parte del personal de enfermería y 4% nunca percibió el cuidado humanizado por parte del personal de enfermería. Asimismo, con lo reportado por Rivera y Triana (2005), quienes encontraron que el 86.7% de las personas hospitalizadas 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 solo algunas veces percibieron dicho cuidado.

Los resultados revelaron que los cuidados tradicionales de enfermería alcanzó un nivel de satisfacción regular y baja. Esto muestra que la enfermería tiene dificultad en ampliar el alcance de sus cuidados, de manera a incluir las necesidades emocionales y psico-espirituales de los pacientes, es decir un cuidado humanizado.

Esto implica que se debe prestar el cuidado en enfermería de forma humana y holística y a la luz de una aproximación integrada, sin excluir el cuidado emocional, más comprensivo y personalizado a sus clientes, vislumbrando una atención de calidad (Morais, 2009).

La excesiva valuación de las necesidades psico-biológicas, en detrimento de las demás, puede estar asociada a la realidad vivida por grande parte de los profesionales de enfermería que diariamente se enfrentan con el hacinamiento de los hospitales, los recursos limitados, el déficit de profesionales, la carga de

trabajo excesiva y múltiple demanda de tareas, viéndose imposibilitados de cumplir todos los cuidados de enfermería.

La omisión de los cuidados de enfermería igualmente puede estar vinculada a la ausencia/deficiencia de organización y planificación de las demandas de cuidado, gerenciales y científicas. En este contexto, la sistematización de la atención de enfermería (PAE) se revela un instrumento capaz de dirigir los profesionales de enfermería en la ejecución de cuidados de forma consciente y competente, técnica y científicamente.

La calidad en el cuidado de enfermería implica diversos componentes: La naturaleza de los cuidados, razón para proporcionarlos, el objetivo que se propone, la aplicación de conocimientos y la adecuada utilización de la tecnología y recursos humanos necesarios de acuerdo a la capacidad resolutive y a la normatividad legal existente.

Garantizar la calidad exige a los profesionales de enfermería una reflexión permanente sobre valores, actitudes, aptitudes y normas que orientan la objetivación del bien interno, mediante la implementación de estrategias que privilegien "cuidar con calidad" y comprender sus dimensiones: Ética, interpersonal y de percepción.

Por tanto la *Gestión del cuidado*, "Constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales que desarrolla la enfermera para

organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos" (Arroyo, 2002).

Es por esto que muchas de las instituciones prestadoras de servicios de salud a nivel mundial, cuentan con modelos de gestión de salud. El modelo de gestión es una forma de avanzar y mejorar la atención integrada, coordinada y continuada, centrado en la responsabilidad compartida de coordinar los cuidados, recursos, servicios y profesionales. La enfermera es líder de este proyecto por tener una visión integral orientada a cubrir necesidades y fomentar el autocuidado. Significa un agente de cambio en este nuevo escenario de gestión y liderazgo dentro del sistema sanitario

En el Cuadro Nro 02, sobre el nivel de satisfacción de los pacientes del servicio de medicina del Hospital III – Essalud, después de aplicar el Modelo de gestión humanista, Chimbote, 2015, se observa a diferencia de los resultados de la Tabla Nro 01, que la mayoría presentan una satisfacción elevada (45.5%), satisfacción regular (32.5%), satisfacción muy elevada (22.5%) y no se registra satisfacción baja (0.0%). El promedio del nivel de satisfacción según Escala de satisfacción del paciente sobre el cuidado humanizado de enfermería es de $139,05 \pm 21,37$ de puntaje de un total de 200 puntos, siendo el puntaje máximo 192 y mínimo 112 puntos.

Los resultados después de aplicar el Modelo de gestión humanista, es de importancia tanto para la institución de Es SALUD como para los pacientes y personal de enfermería. Aplicar un modelo de gestión humanizado en el servicio

de medicina, mediante el planteamiento de estrategias como capacitaciones, talleres de sensibilización, etc., llevando a la fomentación de la constante práctica de la humanización y empatía por parte del personal de enfermería, implicó que el modelo generara satisfacción elevada sobre los cuidados recibidos, y no se registre satisfacción baja (0.0%).

En el Cuadro Nro 03, sobre la efectividad cualitativa del Modelo de gestión humanista en la satisfacción de los pacientes del servicio de medicina del Hospital III – Essalud, Chimbote, 2015, se observa que la satisfacción muy elevada del 5.0% paso al 22.5%, la satisfacción elevada incrementó del 17.5% al 45.5%, la satisfacción regular disminuyó del 52.5% al 32.5% y, la satisfacción baja disminuyó del 25.0% al 0.0%. Ante la prueba estadística no paramétrica del Chi cuadrado (χ^2), existe efectividad cualitativa altamente significativa entre los niveles de satisfacción antes y después de aplicar el Modelo de gestión humanista ($p=0,001$).

En el Cuadro Nro 04, sobre la efectividad cuantitativa del Modelo de gestión humanista en la satisfacción de los pacientes del servicio de medicina del Hospital III – Essalud, Chimbote, 2015, según la prueba estadística paramétrica t student, existe efectividad cuantitativa altamente significativa en el incremento de los niveles de satisfacción después de aplicar el Modelo de gestión humanista ($p=0,0000$).

La calidad en la prestación de los servicios de salud es sin duda una preocupación medular en la gestión de los Servicios de Enfermería, no sólo por la

aspiración a la mejora de las capacidades institucionales en los organismos y dependencias sectoriales, sino, sobre todo, porque en el eje de todos los procesos se encuentra *la vida de las personas*, cuya salud debe ser promovida y protegida como obligación insoslayable del Estado. (Comisión Interinstitucional de enfermería, 2008)

Si tenemos en cuenta que la gestión de la calidad exige el permanente monitoreo de "las estructuras, los procesos y los resultados", en tal sentido la enfermera que ejerce la función gerencial demanda el uso adecuado y oportuno de todas sus facultades y habilidades intelectuales. Muy ligado al rol gerencial administrativo es la calidad de los cuidados que brinda la enfermera y la gestión de éstos, ya que ellas lideran diferentes "procesos" donde se deben establecer procedimientos, pautas, normas, reglamentos, manuales, protocolos o disposiciones generales y particulares que permitan al equipo de salud obtener el éxito en relación al cuidado del usuario interno y externo. Para desarrollar esta compleja actividad, las enfermeras gerentes deben estar capacitadas para ejercerla con liderazgo y dentro del equipo multidisciplinario (Ortega y Suárez, 2008).

Los resultados después de aplicar el Modelo de gestión humanista en la satisfacción de los pacientes, evidencia la contribución significativa de la intervención de enfermería en el cuidado de los pacientes, de los grupos de satisfacción muy elevada y elevada, se incrementó el 17.5% y 28.0% respectivamente. Esto implica que el profesional de enfermería al paciente ha

resuelto sus problemas, le ha cuidado según sus expectativas, con buen trato personal, oportuno y amable al brindar el servicio de cuidar (Caligiore, 1997).

Según Zarate (2004), es frecuente escuchar que sin las enfermeras los sistemas de salud no operarían. Sin embargo y pese a las evidencias de la importante labor de la enfermería en beneficio de la salud, las instituciones no perciben el cuidado de enfermería como útil, lo consideran una nómina muy grande, una carga financiera, un problema sindical, una administración altamente burocratizada y por lo tanto mejorarla implica para los políticos y economistas en salud reducir los costos contratando el menor número de enfermeras profesionales. Por lo que es imprescindible realizar investigaciones sobre el cuidado y la gestión del cuidado a fin de asegurar propuestas basadas en evidencia científica que mejoren la prestación de los cuidados de enfermería en los diversos escenarios de práctica. Elaborar estudios en donde se pueda mostrar como servicios de enfermería profesionales pueden incidir en indicadores de morbilidad y mortalidad, tiempo de estancia hospitalaria, egresos, infecciones intrahospitalarias, satisfacción de usuarios entre algunos otros indicadores existentes.

Es importante que la Enfermería identifique la necesidad de volver la vista hacia el cuidado y su responsabilidad en la calidad de vida de las personas. Queremos dejar en el pasado los espacios tradicionales de la práctica (hospital), transformarla y también hacer a un lado las actividades rutinarias de cuidado médico delegado y la excesiva carga administrativa.

A pesar del déficit de satisfacción encontrado antes de aplicar el Modelo, esto tiende a mejorar al aplicar el Modelo de gestión humanista en la satisfacción de los pacientes. Tales resultados indican la necesidad de que la institución centre sus objetivos en un sistema de evaluación permanente de la calidad del cuidado, considerando atender a las expectativas de los pacientes.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Antes de aplicar el Modelo de gestión humanista, la mayoría de pacientes presentan una satisfacción regular (52.5%), satisfacción baja (25.0%), satisfacción elevada (17.5%) y con mínima proporción satisfacción elevada (5.0%), el promedio del nivel de satisfacción según Escala de satisfacción del paciente sobre el cuidado humanizado de enfermería es de $110,43 \pm 26,74$, con puntaje máximo 172 y mínimo 60-puntos.

Después de aplicar el Modelo de gestión humanista, la mayoría de pacientes presentan una satisfacción elevada (45.5%), satisfacción regular (32.5%), satisfacción muy elevada (22.5%) y no se registra satisfacción baja (0.0%), el promedio del nivel de satisfacción según Escala de satisfacción del paciente sobre el cuidado humanizado de enfermería es de $139,05 \pm 21,37$, con puntaje máximo 192 y mínimo 112 puntos.

El Modelo de gestión humanista en la satisfacción de los pacientes del servicio de medicina tiene una efectividad cualitativa altamente significativa en el aumento de pacientes con satisfacciones muy elevadas y elevadas ($p=0,001$).

El Modelo de gestión humanista en la satisfacción de los pacientes del servicio de medicina tiene una efectividad cuantitativa altamente significativa en el incremento de los niveles de satisfacción después de aplicar el Modelo de gestión humanista ($p=0,0000$).

5.2. Recomendaciones

Que la institución de Essalud valore y monitorice la calidad, disponibilidad y utilización de la atención en salud en general, identificando áreas problemáticas que podrían ser objetivo de futuras acciones; de modo que no sólo se tomen medidas de efectividad clínica y de eficiencia económica, sino también medidas de aceptabilidad social que incluyen la visión de la comunidad y de los usuarios sobre la salud y sobre diferentes aspectos del proceso de atención, especialmente sobre la percepción de los cuidados de enfermería para ejecutar intervenciones.

Que la institución de Essalud implemente el Modelo de gestión humanista en la satisfacción de los pacientes en todos los servicios de hospitalización.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ANA - American Nurses Association (2003). Nursing's social policy statement.
Washington: ANA
- Ariza, C. (1998).. Es posible humanizar la atención de Enfermería al paciente en estado crítico. Colombia: Actual Enfer. 1998; 1(4): la excelencia del cuidado. un reto para enfermería. Extraído el 10 Diciembre, 2013, de <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8105-Editorial.htm>
- Arroyo, G. (2009). Actualización en enfermería, una responsabilidad profesional. Revista de Enfermería IMSS Bardalez del Águila, C.. La Salud en el Perú. Proyecto Observatorio de la Salud.
- Bernales, E. (2006). La Constitución de 1993: Análisis Comparado. 2da Edic. Lima – Perú: Edit. Constitución y Sociedad.
- Chalifour J. (1994) La Relación de Ayuda en Enfermería. Una Perspectiva Holística-Humanística. España: SG Editores.
- Código de Ética y Deontología de Enfermería (2002). Colegio de Enfermeros del Perú: CEP

- Cohen JA. (1991). Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. Washington: Journal of Advanced Nursing 1991; 16:899-909
- Comelles, J.M. & Martínez-Hernández, A.. (1993). Enfermedad, sociedad y cultura. Madrid: Eudema.
- Comisión Interinstitucional de enfermería. (2008). Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Nº 3 Indicadores de aplicación hospitalaria. México: Gestión.
- Constitución Política del Perú. 1993.
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (2010). Enfermera Gestora de Casos en el Servicio Murciano de Salud, Programa Pilotaje 2010. Extraído el 13 Enero, 2014, de: https://correo.carm.es/exchweb/bin/redirect.asp?URL=http://www.fffis.es/ups/taller_gestion_casos_2010/triptic_formacion_harvard_2009_4.pdf
- Donabedian, A. (2001) The Lichfield lecture, Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel del consumidor. Madrid: *Revista Calidad Asistencial*, 16, 102-106.
- Escudero, B. (2003). Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. *Enfermería Clínica*. Vol. 13, Nº 3, 2003, pág. 164-170. Extraído el 13 Enero, 2014, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista>

- Espinoza, L. (2010). El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital Gustavo Lanatta Luján de EsSalud Huacho. Lima.
- Fernández, B. (2006). Humanización en Enfermería. Instituto superior de Ciencias Médicas. Primera edición.. Bogotá: Editorial UNICEF Pág. 20.
- Freitas, Juliana Santana de, Silva, Ana Elisa Bauer de Camargo, Minamisava, Ruth, Bezerra, Ana Lúcia Queiroz, & Sousa, Maiana Regina Gomes de. (2014). Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 454-460. Retrieved July 23, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300454&lng=en&tng=en. 10.1590/0104-1169.3241.2437.
- Gilmore, C. y Morales, N. (1 996). Manual de gerencia de calidad. OPS.. Washington D.C.: Serie HSP-UNI / Manual operativo Paltext. Volumen III
- Gonzales, J. y Quintero, D. (2009). 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 SaludCoop de Veraguas. Panamá: SaludCoop.

- Grupo de cuidado (2000). Avances conceptuales del Grupo de Cuidado. En: Dimensiones de cuidado. Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Unibiblos. 2000. p. 4 -13.
- Henderson V. (1994). Naturaleza de la enfermería: reflexiones 25 años después. Madrid: Interamericana, Mc Graw-Hill.
- Hernández, L.; Zequeira, D. y Miranda, A. (2008). La percepción del cuidado en profesionales de enfermería en la clínica «Cira García». Cuba.
- Hernández, S. y Colab. (2006). Metodología de la Investigación. 3ra Edic.. México: Edit. Mc Graw Hill Interamericana.
- Leininger M. (2007). Teoría de los cuidados culturales. In: Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. Philadelphia: Mosby; 2007. p. 472-98.
- Lock, M & inh-Kim Nguyen (2010) An Anthropology of Biomedicine, Wiley-Blackwell.
- Marriner, A. (2007). Modelos y Teorías en Enfermería. Philadelphia: Mosby, p. 82
- Martínez-Hernández, A. (2008). Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona: Anthropos.

Ministerio de Salud (2008). Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud N° 5, Pág. 23, Lima. Gestión.

Morais GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. (2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):323-7.

Morales, JM. (2003). ¿Qué aporta el concepto de evidencia científica a la práctica clínica de los cuidados? Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital)- 2003; -40-41. Extraído el 12 Enero, 2014, de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/40-41revista/40-41_articulo_35-

OPS (2009). El Derecho de Salud en las Américas: Estudio Constitucional Comparado. Publicación Científica. Washington: OPS

Ortega C. Suárez M. (2008). Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. Estrategias para su aplicación. México D.F.: Editorial Médica Panamericana.

Páez, R. (2000). La ética de las virtudes y enfermería. México: Revista mexicana de enfermería cardiológica.

Pérez, A. y Palacios, D. (2006). Cuidados de enfermería geriátrica en residencias asistidas. Madrid: Síntesis.

- Pool, R and Geissler, W. (2005). Medical Anthropology. Buckingham: Open University Press
- Rivera, L. y Triana A. (2005). Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería en la Clínica del Country. Colombia
- Sánchez, B. (1996). Dimensiones del cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería. Bogota: Unibiblos.
- Sauthier J.; Almeida A.; Barbosa M. (2010)- O Cliente como Sonsumidoar dos Serviços de Saude: Quesotes Éticas. Brasil: Revista de Enfermagem Escola Ann Nery.
- Rivera LN y Triana A. (2007). Percepción de comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería en la Clínica del Country. Colombia: Rev. Av. Enferm, 2007;25(1):54 – 66
- Vallejo, U. (2012) Gestión del cuidado de enfermería. Ecuador: Hospital General de las Fuerzas Armada.
- Waldow, V. (1 998). Cuidado Humano o Resgate Necesario, Brasil: Edic Novak Porto Alegre.
- Walker CA. (1996). Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. Washington: Journal of Advanced Nursing, 1996; 24: 988-996

Watson J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Watson J. (1999). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Colorado: Colorado Associated University Press.

Xesspe, R. (194). *Calidad de atención del programa de la Tercera Edad*. Hospital San Fernando. Panamá: Estudio de Investigación. pp. 220..

ANEXOS

ANEXO N° 1

Escala de satisfacción del paciente sobre el cuidado humanizado

SERVICIO MEDICINA

FECHA:/...../ 2015

DIAGNOSTICO:.....

DIAS DE HOSPITALIZACION:..... SEXO: M F

EDAD DEL PACIENTE:

INDICACIONES: A continuación, presentamos un cuestionario dirigido a calificar la labor de las enfermeras que trabajan en el servicio de medicina, por lo cual requerimos que responda con sinceridad y veracidad para mejorar la atención.

N°		NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	ME TRATAN COMO PERSONA UNICA				
2	CUANDO LE EXPLICAN ALGO, SE SIENTE INFORMADO				
3	CUANDO SE DIRIGEN A USTED SE SIENTE ATENDIDO				
4	CUANDO LO ATIENDEN SE SIENTE SATISFECHO				
5	SE SIENTE AGRADECIDO CUANDO LO ATIENDEN				
6	LE INSPIRAN CONFIANZA				
7	SON UNA COMPAÑÍA DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS MEDICOS				
8	LE DAN TRANQUILIDAD				
9	SU CUIDADO ES AMOROSO Y DEDICADO				
10	SU ATENCION SE FUNDAMENTA EN EL APOYO EMOCIONAL				
11	HACEN QUE SE SIENTE BIEN FISICAMENTE				
12	LE MIRAN CUANDO LE HABLAN				
13	LE AYUDAN A DISMINUIR EL DOLOR				
14	ATIENDEN SUS NECESIDADES BASICAS (BAÑO, ELIMINACION, ALIMENTACION)				
15	SE ESFUERZAN POR BRINDAR COMODIDAD FISICA				
16	SE IDENTIFICAN ANTES DE REALIZARLE LOS CUIDADOS				
17	RESPONDEN A SUS PREGUNTAS				
18	DAN INSTRUCCIONES SOBRE SU CUIDADO				
19	LE AYUDAN CON LA INFORMACION PARA QUE PUEDA TOMAR DECISIONES				
20	LE ANIMAN A QUE LLAME SI TIENE PROBLEMAS				
21	HACEN EMPATIA CON USTED				

Nº		NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
22	SON AMABLES EN EL TRATO				
23	SON EFICIENTES EN EL DESEMPEÑO DE SUS TAREAS				
24	SON CLARAS AL COMUNICARSE CON USTED				
25	LE DAN ESTIMULOS POSITIVOS				
26	SU CUIDADO ES COMPROMETIDO Y SOLIDARIO				
27	DEMUESTRAN CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES PROFESIONALES				
28	LIDERAN EL EQUIPO DE TRABAJO				
29	TRABAJAN EN EQUIPO				
30	FACILITAN EL DIALOGO				
31	LE EXPLICAN ANTICIPADAMENTE LOS PROCEDIMIENTOS				
32	TODAS SUS ACCIONES BUSCAN EXCELENCIA EN EL CUIDADO				
33	MANTIENEN UNA RELACION CERCANA A USTED				
34	LE PERMITEN EXPRESAR SUS SENTIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO				
35	ESTABLECEN UNA RELACION AGRADABLE CON USTED				
36	LE ESCUCHAN ATENTAMENTE				
37	SE PONEN EN SU LUGAR PARA COMPRENDERLO				
38	TIENEN FACILIDAD PARA ACERCARSE A USTED				
39	SE MUESTRAN RESPETUOSOS				
40	LE PONEN EN PRIMER LUGAR				
41	LE LLAMAN POR SU NOMBRE				
42	RESPETAN SUS DECISIONES				
43	LE RESPETAN SU INTIMIDAD				
44	ANTE CUALQUIER EVENTUALIDAD, PRIMERO LA PERSONA				
45	HACEN SEGUIMIENTO FRECUENTE AL PACIENTE				
46	LE DEDICAN TIEMPO				
47	ADMINISTRAN EL TRATAMIENTO ORDENADO A TIEMPO				
48	RESPONDEN CON RAPIDEZ A SU LLAMADO				
49	IDENTIFICAN SUS NECESIDADES				
50	LES IMPORTA SU ESTADO DE ANIMO				

ANEXO N° 2

Modelo de gestión del cuidado humanizado de enfermería

I. DATOS GENERALES:

1. Responsables: Bach. Enf. Rosa Fanny Cabanillas Montoya
2. Población Objetiva: Pacientes del servicio de medicina, HOSPITAL III – EsSALUD
3. Fecha de Ejecución:
 - Fecha de Inicio: Noviembre del 2015
 - Fecha de Término: Diciembre del 2015
4. Duración: 8 semanas

II. PLANEAMIENTO:

1. Diagnóstico:

La salud de la población peruana es un reflejo de su realidad social sin embargo se viene haciendo grandes esfuerzos por mejorar los indicadores, con la participación activa y muy comprometida de los recursos humanos de salud con la finalidad de asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población, es preciso tener en cuenta que: "El RRHH constituye un elemento fundamental en la producción de servicios de salud tanto en la dimensión subjetiva relativa a la intencionalidad humana como en la dimensión objetiva de la ejecución de competencias profesionales específicas"

La calidad en la prestación de los servicios de salud es sin duda una preocupación medular en la gestión de los Servicios de Enfermería, no sólo por la aspiración a la mejora de las capacidades institucionales en los organismos y dependencias sectoriales, sino, sobre todo, porque en el eje de todos los procesos se encuentra *la vida de las personas*, cuya salud debe ser promovida y protegida como obligación insoslayable del Estado.

Si tenemos en cuenta que la gestión de la calidad exige el permanente monitoreo de "las estructuras, los procesos y los resultados", en tal sentido la enfermera que ejerce la función gerencial demanda el uso adecuado y oportuno de todas sus facultades y habilidades intelectuales. Muy ligado al rol gerencial administrativo es la calidad de los cuidados que brinda la enfermera y la gestión de éstos, ya que ellas lideran diferentes "procesos" donde se deben establecer procedimientos, pautas, normas, reglamentos, manuales, protocolos o disposiciones generales y particulares que permitan al equipo de salud obtener el éxito en relación al cuidado del usuario interno y externo. Para desarrollar esta compleja actividad, las enfermeras gerentes deben estar capacitadas para ejercerla con liderazgo y dentro del equipo multidisciplinario.

El Servicio de Enfermería del Hospital III ESSALUD de la Red Asistencial Ancash, es una organización diferente, acorde a los adelantos gerenciales, se da énfasis al trabajo en equipo y se plantean instrumentos para supervisar la atención al paciente hospitalizado y ambulatorio con indicadores que miden el trabajo de enfermería.

Siendo capaz el Servicio de Enfermería en su práctica profesional de responder a las expectativas de la organización y del usuario interno y externo al brindar atención con autonomía, identidad profesional centrada en modelos y sistemas de enfermería, con trabajo en equipo motivado e integrado y capaz, así mismo de establecer un modelo de evaluación de la calidad de sus cuidados, implementando estándares e indicadores que permitan establecer de forma objetiva y concreta la eficacia de sus intervenciones para detectar el nivel de cumplimiento, dotación de recursos humanos, materiales financieros, rigurosidad en sus procesos y procedimientos ya que mediante estos el personal del servicio de enfermería ofertará sus servicios y perpetuará el cuidado de las experiencias humanas como esencia de la profesión.

El Servicio de Medicina es una unidad del Hospital III ESSALUD Red Asistencial Ancash, que está conformada por enfermeras profesionales y técnico de enfermería, los mismos que como trabajadores de las ciencias de la salud, están formados científica, técnica y humana en todos sus procesos. El Servicio de

enfermería es el encargado de garantizar el cuidado humanizado del usuario las 24 horas del día en todos los servicios de atención directa.

Por tal razón es que se ha elaborado el "**Modelo de gestión del cuidado humanizado de enfermería**" con enfoque humanista, el mismo que permite relacionar problemas y/o necesidades de la población estableciendo prioridades y alternativas reales hacia la solución de problemas. El hospital es una empresa de salud y debe desarrollar servicios de calidad humana que satisfagan al usuario. Para ello es necesario contar con profesionales altamente competitivos y el Servicio de Enfermería supone la aplicación del proceso administrativo con liderazgo y respetando los valores institucionales; así como de los usuarios.

El Programa del "Modelo de gestión del cuidado humanizado de enfermería", se basa en el modelo del constructivismo o perspectiva radical que concibe la enseñanza como una actividad crítica y al docente como un profesional autónomo que investiga reflexionando sobre su práctica, este modelo se percibe al error como un indicador y analizador de los procesos intelectuales; para el constructivismo aprender es arriesgarse a errar (ir de un lado a otro), muchos de los errores cometidos en situaciones didácticas deben considerarse como momentos creativos.

Para el constructivismo la enseñanza no es una simple transmisión de conocimientos, es en cambio la organización de métodos de apoyo que permitan a los alumnos construir su propio saber. No aprendemos sólo registrando en nuestro cerebro, aprendemos construyendo nuestra propia estructura cognitiva. El constructivismo es un movimiento pedagógico que propicia el aprendizaje como una actividad significativa, donde el alumno a base del conocimiento inicial que tenía, ante una nueva experiencia, concepto o situación debe construir su nuevo conocimiento. El constructivismo, se distingue porque ha sido una de las escuelas que ha logrado establecer espacios en la investigación y ha intervenido en la educación con muy buenos resultados en el área del aprendizaje.

En consecuencia, el presente Modelo de Gestión Humanista se orienta en la búsqueda de la eficiencia y eficacia profesional y satisfacción plena del usuario

como sujeto de atención, para elevar la calidad de vida del ser humano favoreciendo la buena salud y el desarrollo social.

2. Fundamentación:

El Programa se fundamente en el modelo pedagógico constructivista.

El constructivismo es un proceso de aprendizaje en el que el alumno debe utilizar todo su potencial intelectual. Con este enfoque la memoria queda relegada a un segundo plano, lo principal es que el alumno sepa pensar para construir sus conocimientos.

El constructivismo, en su dimensión pedagógica, concibe el aprendizaje como resultado de un proceso de construcción personal-colectiva de los nuevos conocimientos, actitudes y vida, a partir de los ya existentes y en cooperación con los compañeros y el facilitador. En ese sentido se opone al aprendizaje receptivo o pasivo que considera a la persona y los grupos como pizarras en blanco o bóvedas, donde la principal función de la enseñanza es vaciar o depositar conocimientos.

Sostiene que el ser humano, tanto en los aspectos cognoscitivos y sociales del comportamiento como en los afectivos, no es un mero producto del ambiente ni un simple resultado de sus destrezas innatas (como afirma el conductismo), sino una construcción propia que se va produciendo día a día como resultado de la interacción entre esos dos factores. Afirma que el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción del ser humano, que se realiza con los esquemas que ya posee y con lo que ya construyó en su relación con el medio que le rodea.

Piaget propuso que el conocimiento es una interpretación activa de los datos de la experiencia por medio de estructuras o esquemas previos. Influido por la biología evolucionista, consideró estas estructuras no como algo fijo e invariable, sino que éstas evolucionan a partir de las funciones básicas de la asimilación y la acomodación. Por su parte Vigotsky considera que el desarrollo humano es un proceso de desarrollo cultural. Así, el proceso de formación de las funciones psicológicas superiores se da a través de la actividad práctica e instrumental, pero no individual, sino en la interacción o cooperación social.

El concepto constructivista se funda en tres nociones fundamentales:

1. *El alumno es el responsable de su propio proceso de aprendizaje.* Es él quien construye el conocimiento, quien aprende. La enseñanza se centra en la actividad mental constructiva del alumno, no es sólo activo cuando manipula, explora, descubre o inventa, sino también cuando lee o escucha.

2. *La actividad mental constructiva del alumno se aplica a los contenidos que ya posee en un grado considerable de elaboración.*

3. *El alumno, reconstruye objetos de conocimiento que ya están contruidos.* Por ejemplo, los estudiantes construyen su proceso de aprendizaje del sistema de la lengua escrita, pero este sistema ya está elaborado; lo mismo sucede con las operaciones algebraicas, con el concepto de tiempo histórico, y con las normas de relación social.

El hecho de que la actividad constructiva del estudiante se aplique a unos contenidos de aprendizaje preexistente, condiciona el papel del profesor. Su función no puede limitarse únicamente a crear las condiciones óptimas para que el alumno despliegue una actividad mental constructiva rica y diversa; el profesor se convierte en un facilitador que debe orientar esta actividad con el fin de que la construcción del alumno se acerque de forma progresiva a lo que significan y representan los contenidos como "saberes culturales", basándose en el aprendizaje significativo.

Facilitación del aprendizaje desde la vivencia

Una de las prácticas del arte de la facilitación es la Transformación de las vivencias que atraviesan las personas en experiencias de aprendizaje.

Esto significa que los participantes traspasen un puente desde la vivencia, hasta un espacio donde se desarrollen la tarea de construir nuevas estructuras conceptuales, procedimentales, emocionales o actitudinales.

La facilitación de este proceso creativo en las personas, le requiere al facilitador contar con un esquema conceptual, una técnica instrumental adecuada y una reflexión-acción permanente sobre las competencias de su propio rol.

El modelo de trabajo que reúne metodología y conceptualización es el "Espiral del Aprendizaje Experiencial". El mismo esta basado en las experiencias de

enseñanza- aprendizaje desarrolladas durante mas de 20 años en la facilitación de adultos y jóvenes en el "Ciclo de aprendizaje – experiencia" de Col y la "Espiral de la Enseñanza de D Pekinés". Barón (2005).

Algunos fundamentos destacados de estos modelos son:

- Que el aprendizaje experiencial existe como una forma particular de aprendizaje distinguida por el papel central que la experimentación juega en el proceso de aprendizaje.
- Que la implementación de este modelo en un marco social favorece significativamente la construcción del conocimiento.
- Que el proceso de aprendizaje se complementa, en tanto exista una aplicación y transferencia de las nuevas estructuras construidas a otras situaciones.
- Que la intervención de un facilitador competente es un factor potenciador para promover el aprendizaje a partir de esta estrategia de enseñanza.

El "Espiral del aprendizaje experiencia" se desarrolla en las siguientes etapas:

a) Alistamiento:

Esta es la etapa inicial en la cual se debe generar la de la construcción del clima y predisposición necesaria para el proceso de enseñanza aprendizaje. Aquí se impulsa el interés y la motivación del aprendizaje para atravesar dicho proceso.

Las técnicas

- Presentación de encuadre y objetivos.
- Ejercicios de presentación e interacción entre participantes. Individuales y/o grupales.
- Ejercicios de generación de clima (rompehielos).
- Ejercicios de expresión de expectativas y necesidades de aprendizaje.
- Ejercicios de recuperación de saberes previos.

b) Experimentación vivencial:

Este es el paso de la experiencia estructurada. Es el momento de actuar, del jugar. Aquí se busca generar la información que posteriormente va a ser analizada. Es la base sobre la cual se estructuran los pasos posteriores.

Las técnicas

- Simulaciones directas o indirectas (juegos, reuniones, toma de decisiones).
- Creaciones
- Ejercicios: Acertijos, preguntas.
- Análisis de casos
- Experiencias individuales y/o grupales.

c) Intercambio de relatos narración/reflexión;

En esta etapa se relata, comparten e intercambian las vivencias cognitivas y afectivas que surgieron durante la experimentación. Se compara en lo vivido, se ven semejanzas y diferencias entre los participantes. Se integran las diferencias con el objeto de discutir las y evaluación con el resto de los participantes.

Técnicas o grupos:

- Narraciones racionales y emocionales, de comportamiento individual o grupal. Que observe, que sucedió, que me sucedió, que sentí.
- Relatos orales y/o escritos. Naipes de sentimientos: eligen sentimientos escritos.
- Expresivos: Dibujos, gráficos y collage.

d) Conceptualización – generalización:

En esta etapa se trabaja en la construcción de nuevos esquemas y modelos conceptuales e instrumentales que partieron de las vivencias narradas puedan dar nuevas y significativas respuestas a los conflictos presentados. Se comparten conceptos teóricos para homologar el lenguaje, facilitando la mejor comprensión de las vivencias. En esta etapa se enuncia los contenidos del aprendizaje planificados por el facilitador. Se ayuda a los participantes a definir, clarificar y elaborar los conceptos.

- Las técnicas.

- Las técnicas para la conceptualización.
 - Centrada en el facilitador: Desarrollo conceptual secuenciado.
 - Centrada en el participante: Creaciones conceptuales.
 - La secuenciación del contenido.
 - Conocido – desconocido
 - Simple y complejo
 - Analogías y comparaciones.
 - Lecturas conceptuales
- e) **Aplicación prácticas → feedback → ajuste → transferencia.**

La secuencia planteada de prácticas feedback, ajuste, y transferencia, facilita los nexos entre las experiencias y las situaciones cotidianas de aplicación.

Los participantes contextualizan y aplican a su realidad personal, los esquemas conceptuales e instrumentales construidos con el fin de modificar su escenario de acción.

Técnicas:

- Similares al segundo paso con el énfasis puesto en la aplicación de lo aprendido. Prácticas individuales y grupales. Simulaciones directas o indirectas (juegos). Toma de decisiones. Análisis de casos, creaciones, cuestionarios de aplicación.
- Ejercicios de interacción y feedback.
- Manifestaciones de compromisos y acuerdos de acción.
- Estrategias de prevención, afrontamiento a utilizar en el programa.
- Estrategias de prevención.
- Para Wayne (2011), nos propone las siguientes estrategias.
- Familiarizarse con los síntomas del síndrome de Burnout.
- Aprender a reconocer los cambios en tu comportamiento, por ejemplo si bebes más, si fumas más, si ves más la televisión, etc.
- Tomate tiempo para ti mismo: Relajación, actividad física, cambios de ritmo.
- Desarrolla y refuerza tu talento de otra forma que la utilizada en tu profesión.
- Vuélvete más sensible con tus pensamientos, más comprensivo contigo mismo y con los demás.

- Mejora tu nivel de salud física. Para rebajar las hormonas de estrés acumulados durante la jornada, realiza ejercicios aeróbicos después del trabajo antes de cenar. Si no te apetece una actividad física dura, da una vuelta por el parque permitiéndote tiempo para oler las rosas, o permanece de 20 a 30 minutos tumbado escuchando música suave clásica u otra cosa.
- Propone objetivos realistas y prepárate para reevaluarlos y reajustarlos de forma apropiada.
- Aprende lo mejor que puedas a manejar el tiempo y aplícatelo a ti mismo.
- Aprende a apoyarse en los demás, delégales tareas.
- Aprende a decir "no". Aprende a aceptar tus limitaciones.
- Tomate unas vacaciones cortas.
- Identifica aquello que no marcha bien, elimínalo o cámbialo. recuerda al "cura de la serenidad": Señor, dame la serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, la valentía para cambiar las cosas que pueda y la sabiduría para poder diferenciarlas.
- Disfruta lo mejor que puedas de tu trabajo o estudio.
- Duerme adecuadamente.
- Mantén una buena dieta. Estando sometidos a estrés, tomate un complemento anti-estrés o alimentos ricos en complejos o vitamínicos B.
- Permítete tiempo para leer libros buenos y revistas (que no estén ligadas al trabajo o estudio).
- Mantén y enriquece tu círculo de amigos. Sometidos a estrés la mayoría de nosotros tendemos a retirarnos y a encerrarnos en nosotros mismos. Resiste a esto y todo lo contrario acude a tus amistades o a consejeros profesionales.
- Utiliza mas el hemisferio derecho (emocional).
- Equilibra todos los campos de la vida.
- Atrévete a correr riesgos. Esto pondrá pimienta en tu vida; además, un riesgo habiendo sido galardonado con éxito aumentará la confianza en otros dominios de tu vida.

3. Objetivos:

3.1 Objetivo General:

Mejorar el nivel de satisfacción de los pacientes del servicio de medicina, HOSPITAL III – EsSALUD

3.2 Objetivos Específicos:

- Brindar conocimientos sobre el cuidado humanizado.
- Brindar conocimientos sobre lo transcultural, lo intercultural y el cuidado de la salud.
- Brindar conocimientos sobre Habilidades sociales en enfermería.
- Diseñar, implementar y normalizar el uso de registro de cuidado de enfermería humanizado.

4. Selección de Contenidos y Medios Educativos:

4.1 Contenidos:

- A. Enfermería y el Cuidado Humanizado.
- B. Transculturalidad e interculturalidad en el cuidado de la salud.
- C. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar.
- D. Registro de cuidado de enfermería humanizado

4.2 Medios y Materiales Educativos:

- Láminas secuenciales
- Rotafolios
- Trípticos
- Crucigramas
- Canciones
- Mural de salud

5. Metodología:

5.1 Métodos:

- Inductivo
- Activo: Individualizado y Socializado

5.2 Técnicas:

- Diálogo
- Dinámicas de grupo
- Demostración y redemostración
- Juego

6. Evaluación:

Diagnóstica: Se aplicará un pre-test antes de iniciar el desarrollo del Programa Educativo.

Formativa: Durante el desarrollo de cada sesión se realizarán preguntas, dinámicas y ejercicios con la finalidad de verificar el logro de los objetivos.

Sumativa: Se aplicará un post-test finalizado el Programa Educativo.

7. Aspectos Administrativos y Logísticos:

7.1 Recursos Humanos:

- Enfermera responsable.
- Docente Asesor.
- Grupo de apoyo.
- Población Objetiva: Enfermeras del servicio de Medicina

7.2 Recursos Materiales:

- Papel Bond A4 80gr. (1ml)
- Papel Bulky (2 millares)
- Papel sábana (1 ciento)
- Papel lustre. (1 docena)
- 6 papel de regalo.
- Lapiceros (20 unidades)
- Lápices (12 unidades)
- Plumones resaltadores (4u)
- Correctores (3 unidades)
- Reglas (3 unidades)
- Engrapador (1)
- Grapas (1 caja)
- Fólder manila (1 docena)

- Clips (1 caja)
- 3 cartulinas duplex.
- 15 cartulinas de colores.
- 2 cartones.
- 5 cartulinas plastificadas.
- 3 cajas de colores.
- 3 cajas de plumones.
- 3 cajas de crayolas.
- 4 juegos de temperas.
- 2 cajas de chinches.
- 1 cinta masking.
- 1 regla.
- 3 tijeras.
- 2 gomas.
- 1 cámara fotográfica.

7.3 Financiamiento:

Autofinanciamiento.

8. Plan de Actividades:

8.1 Sesiones:

1° Sesión: Enfermería y el Cuidado Humanizado

2° Sesión: Transculturalidad e interculturalidad en el cuidado de la salud

3° Sesión: Teoría de la comunicación transpersonal. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar

4° Sesión: Registro de cuidado de enfermería humanizado

SESIÓN EDUCATIVA N° 01

TEMA: " Enfermería y el Cuidado Humanizado "

1. GENERALIDADES:

1.1. TÍTULO :

" ENFERMERÍA Y EL CUIDADO HUMANIZADO "

1.2. INSTITUCIÓN : HOSPITAL III – EsSALUD

1.3. SERVICIO : MEDICINA

1.4. DURACION : 2 HORAS

1.5. RESPONSABLE : Bach. Enf. Rosa Fanny Cabanillas Montoya

2. INTRODUCCIÓN:

El cuidado es la esencia de Enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración.

Sin embargo, las institucionales hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo, reduce lo humano a lo biológico alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado.

Las instituciones hospitalarias como subsistemas sociales, cumplen la función de socializar a los individuos con pautas, normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema, de esta forma el cuidado holístico se vea dificultado por las múltiples tareas delegados de tipo biomédica quedando relegado acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y familia en forma cercana denominado por Watson cuidado transpersonal, dichas acciones valorizadas por los usuarios.

La atención sanitaria está cada vez más tecnificada y menos humanizada. A menudo, el hecho de tener los conocimientos necesarios y dominar la técnica, lleva al profesional a actitudes de prepotencia donde no se tienen en cuenta las necesidades del paciente, sino que se dan por supuestas no coincidiendo en muchas ocasiones.

Esto genera un aumento de la ansiedad e insatisfacción del mismo. Si bien las últimas tecnologías ponen al alcance del paciente los medios más sofisticados para garantizarle los cuidados que necesita, paradójicamente parece que lo alejan de la atención y del trato humano.

Una de las herramientas claves para humanizar los cuidados son la información y la comunicación. Pero hablar de información y comunicación simplemente, no es suficiente para poder humanizar los cuidados.

El lenguaje verbal y no verbal entre enfermero(a) y paciente es muy importante en todo momento pero fundamental durante el primer contacto. Mediante la voz se puede transmitir cordialidad o frialdad. Una sonrisa invita a la calma y a la confianza del paciente, disminuyendo la ansiedad o la angustia. El tono y el timbre de voz pueden indicar al enfermero(a) el estado emocional del paciente.

Hay que tener en cuenta que la fase del encuentro es esencial para establecer una verdadera relación de ayuda; la cual se inicia con la acogida.

Además, la fase de acogida no se limita sólo al primer encuentro, sino que precede a cada contacto del enfermero(a) con el paciente.

3. OBJETIVOS:

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Al finalizar la sesión educativa "ENFERMERÍA Y EL CUIDADO HUMANIZADO", las enfermeras profesionales y técnico de enfermería; serán capaces de analizar, explicar y aplicar el cuidado humanizado de enfermería.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Las enfermeras profesionales y técnico de enfermería del servicio de medicina, estará en la capacidad de:

- 3.2.1. Explicar con sus propias palabras los conceptos del cuidado humanizado.
- 3.2.2. Identificarán los componentes del cuidado humanizado.
- 3.2.3. Identificar las características del cuidado deshumanizado
- 3.2.4. Mencionar los cuidados humanizados en el Perú.

4. ESTRATEGIA METODOLOGICA:

MOMENTOS DE APRENDIZAJE	ACTIVIDADES EDUCATIVAS	
	Responsable	Enfermeras profesionales y técnico de enfermería
PRESENTACIÓN DEL TEMA	La responsable del tema, expone el título del tema, y del objetivo general y la finalidad del mismo.	Observan y escuchan la presentación del tema, y del objetivo general y la finalidad del mismo.
MOTIVACION	Los responsables del desarrollo tematico, presentaran mediante un video una historia sobre el cuidado humanizado que realiza una enfermera con mucha vocacion de servicio.	Luego de observar el video opinan y dan su apreciacion sobre lo visto.

<p>DESARROLLO DE CONTENIDOS</p>	<p>Los responsables del desarrollo temático ayudarán en cuanto a la conceptualización del cuidado</p>	<p>Intentan armar el rompecabezas sobre los conceptos de cuidado.</p>
	<p>Los responsables del desarrollo temático repartirán sobres con los diferentes nombres de los componentes del cuidado a los grupos que son 6.</p>	<p>Divididos en grupos saldrán a exponer y explicar el componente del cuidado que le toca.</p>
	<p>Los responsables del desarrollo temático pegarán distintas figuras sobre ejemplos de cuidados deshumanizados y humanizados.</p>	<p>Identificarán los cuidados deshumanizados, que no debemos hacer y excluirlos de los cuidados humanizados.</p>
	<p>Los responsables del desarrollo temático leerán un caso sobre un cuidado deshumanizado en el Perú.</p>	<p>Analizarán la situación del cuidado humanizado en el Perú.</p>

<p>RETROALIMENTACIÓN</p>	<p>Los responsables del desarrollo temático llevaran a cabo la técnica "Globo preguntón", para así culminar con el contenido del tema.</p>	<p>Realizan las preguntas planteadas en las "Globo preguntón", para así satisfacer sus dudas y expectativas presentes durante el desarrollo del tema.</p>
<p>EVALUACIÓN</p>	<p>Los responsable del tema desarrollaran la técnica "Tablero Interrogativo" para verificar si se ha cumplido con los objetivos trazados al inicio del tema.</p>	<p>Responden a las preguntas planteadas por el grupo responsable mediante el "Tablero Interrogativo"</p>

5. CONTENIDO:

5.1. MARCO CONCEPTUAL:

a. Enfermería:

Según el Consejo Internacional de Enfermería, esta se define del siguiente modo: La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

b. Habilidades y Destrezas

La persona que ejerce supervisión debe poseer habilidades y destrezas para desarrollar la capacidad técnica y administrativa en beneficio del personal y usuarios, las cuales se resumen a continuación:

- Aplicación de conocimientos técnicos y administrativos.
- Ejercer la autoridad
- Aplicación del método de solución de problemas
- Comunicación efectiva
- Poseer inteligencia emocional
- Capacidad para enseñar
- Capacidad de análisis y síntesis
- Promover el desarrollo profesional de los (as) subordinados(as).
- Fomentar actitudes positivas
- Ejercer liderazgo
- Capacidad para delegar
- Estabilidad emocional

c. Cualidades Personales

Es necesario poseer cualidades que reflejen que es la persona idónea para el cargo, lo que implica estar consciente de sus valores en relación con las demás personas del equipo de salud y el trabajo asignado; a continuación se detallan las siguientes cualidades:

- Calidez
- Liderazgo
- Honestidad
- Inteligencia
- Valor
- Visión
- Creatividad
- Iniciativa
- Personalidad
- Disposición al cambio
- Confianza en si mismo
- Simpatía
- Empatía
- Sinceridad
- Responsabilidad
- Capacidad para dirigir
- Discreción
- Imparcialidad
- Puntualidad

d. Cuidado

Asistencia e interés que se le prestan a una persona o cosa. Acción de cuidar: el cuidado de un enfermo.

e. Cuidado de Enfermería

La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El término deriva del verbo cuidar (del latín coidar).

Los cuidados de enfermería, por lo tanto, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

f. Cuidado Humanizado

El cuidado es la esencia de Enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento.

5.2. MARCO TEÓRICO:

ENFERMERIA Y EL CUIDADO HUMANIZADO

A. DEFINICION:

La humanización en la atención de enfermería, se debe tener un acertado equilibrio, es decir, ser sensibles ante la situación del enfermo, pero controlando emociones que permitan ayudarlo a una mejor y más rápida recuperación.

El objetivo es actuar de forma óptima en la atención de enfermería donde se llegue a un análisis que permita indagar activamente causas y razones de conflictos interpersonales e interpersonales que ponen en peligro una atención humana.

Los factores que impiden una atención humanizada de parte de la enfermera hacia el paciente son:

- ❖ La personalidad de la/el enfermero.
- ❖ El agotamiento de la actividad del enfermero.
- ❖ La incomprensión de los estados de enfermedad de un paciente al punto de cuestionarlos.
- ❖ La incompetencia formativa y moral del enfermero.
- ❖ La falta de individualidad en el trato a un paciente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), preocupada por esta situación, explora medidas con las cuales se minimice el abismo entre la formación profesional, el sistema de salud, la tecnología y el trato humanizado. Reto que ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema: "Trato humanizado a la persona sana y enferma"; este organismo enfatiza que la Humanización : "Es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida" .La humanización en el área de la salud busca:

- ✓ Unir esfuerzos y optimizar recursos entre el profesional, la persona y su familia, para la búsqueda de soluciones oportunas y de calidad.
- ✓ Encaminar a los profesionales hacia un desarrollo social integral que trascienda hacia los sujetos de cuidado. El disfrute pleno de la vida y su entorno, mediante dinámicas de armonía para la convivencia social.
- ✓ Desarrollar el valor de la compasión, concebido como la identificación del profesional con el dolor o sufrimiento de la persona que cuida.

Mundialmente, la profesión de Enfermería, es reconocida como un: "Servicio esencial para la humanidad y constituye un capital humano de suma importancia para el campo de la salud por su aporte al cuidado del proceso vital humano, por su enlace dinámico entre los sistemas de Salud y las poblaciones, por su contribución al logro de mejores condiciones de vida y por la felicidad de las personas".

Para que nuestra labor sea humanizada conviene que nos esforcemos por conocer, comprender y tener siempre presente en nuestro actuar consideraciones personales siendo el hospital en su esencia para algunas personas un refugio, un lugar donde se recupera la salud, de reposo y de atención; pero para otros un sitio hostil, frío, sitio donde se sufre de dolor, o como un lugar, donde se va a morir. La responsabilidad de humanización del cuidado de la enfermera incluye la construcción de un clima flexible, abierto, respetuoso, aplanado que haga sentir a los pacientes y a sus familiares que no están solos.

B. COMPONENTES DEL CUIDADO

Mayeroff, describe ocho componentes del cuidado, que son necesarios que toda persona que pretende brindar cuidados, los conozca y aplique para que realmente el paciente se sienta satisfecho del cuidado recibido así como ella misma.

Los principales componentes del cuidado según este autor son: conocimiento, ritmos alternados, paciencia, sinceridad, confianza, humildad, esperanza y coraje. El autor hace una descripción de cada uno, los cuales se resumirán de la siguiente manera:

➤ **Conocimiento:** Para cuidar de alguien, debo conocer muchas cosas. Necesito conocer, por ejemplo, quién es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles sus necesidades, y lo que conduce a su crecimiento; preciso saber cómo responder a sus necesidades, y cuáles son mis propios poderes y limitaciones.

➤ **Ritmos Alternados:** No puedo cuidar apenas por hábito; debo ser capaz de aprender a partir de mi pasado. Veo cuantos comprenden mis acciones, si ayudé o no, y a la luz de los resultados, mantengo o modifico mi comportamiento de modo de poder ayudar mejor al otro.

➤ **Paciencia:** La paciencia es un componente importante del cuidado: yo dejo al otro crecer en su propio tiempo y de su propia manera. Con paciencia, yo doy tiempo y por lo tanto posibilito al otro encontrarse a sí mismo en su propio tiempo. La paciencia incluye la tolerancia. La tolerancia expresa mi respeto por el crecimiento del otro.

➤ **Sinceridad:** En el cuidado soy sincero al intentar ser verdadero. Al cuidar de otro, debo ver al otro como él es y no como a mí me gustaría que fuese, o como siento que debe ser. Si voy a ayudar a otro a crecer, debo corresponder a sus necesidades de cambio. Pero además de ver al otro como él es, debo también verme a mí como yo soy. Soy sincero al cuidar, no por conveniencia, sino porque la sinceridad es parte integrante del cuidado.

- **Confianza:** El cuidado implica confiar en el crecimiento del otro en su propio tiempo y de su propia manera. Al cuidar de otra persona confío en que él va a errar y a aprender de sus errores. Confiar en el otro es dejarlo en libertad; esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, y ambos exigen coraje.
- **Humildad:** El hombre que cuida es sinceramente humilde cuando se dispone a aprender más sobre el otro y sobre sí mismo, y sobre aquello que el cuidado comprende. Una actitud de no tener nada más que aprender es incompatible con el cuidado. La humildad también está presente al tomar conciencia de que mi cuidado específico no es de forma algún privilegiado. Lo que es significativo en última instancia no es si mi cuidado es más importante que su cuidado, pero sí que el hombre es capaz de cuidar y que tenga algo de que cuidar. La preocupación en saber cuál es el cuidado más valioso me desvía del cuidado.
- **Esperanza:** Existe la esperanza de que el otro crezca a través de mi cuidado. No debe ser confundido con la esperanza irrealizable ni con las expectativas infundadas. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades. Al contrario, donde no hay posibilidades de nuevo crecimiento habrá desespero.
- **Coraje:** Confiar en el crecimiento del otro y en mi propia capacidad de cuidar me da coraje para lanzarme a lo desconocido, pero también es verdad que sin el coraje de lanzarme a lo desconocido tal confianza sería imposible. Es claro que cuanto mayor sea la sensación de lanzarse a lo desconocido, mayor será el coraje exigido para cuidar.

La enfermera y el enfermero para impartir cuidado humano debe poseer actitudes, aptitudes, cualidades y habilidades personales que le permitan aplicar todos los componentes del cuidado humano descritos por Mayeroff, durante su vida personal y profesional, en sus diferentes roles.

C. HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA SEGÚN LAS TEORÍAS

Humanización del cuidado es la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad centrada individuo, a través de un vínculo.

El cuidado enfermero según Peplau H. *"Es un proceso interpersonal terapéutico, entre una persona que tiene necesidad de ayuda y una enfermería capaz de responder a la necesidad de ayuda, la utilización terapéutica de sus conocimientos y de su propia persona llevan a la enfermera a practicar el arte enfermero". Melia S apoya esta teoría diciendo que "...la herramienta central del cuidado es el vínculo"....*

Medina sostiene: *"Cuidar es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad... se trata de valorar a la persona en términos de humanidad centrándose en sus necesidades y en un cuidado comprensivo y sensible... satisfaciendo la necesidad humana de estima a través de la manifestación del compromiso y el interés por cuidar".*

La teoría del cuidado humano fue iniciada por Jean Watson en 1979, basada en 3 premisas:

○ **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 intersubjetivo, 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.

○ **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". Está trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

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

- ✓ El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más pro-fundo/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.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación 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 sufrimiento.

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.

▪ Esta teoría permite la valoración que fundamenta el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio, y se perfila cuatro valores primordiales en la profesión de enfermería:

- Una entrega a los demás.
- Fe en la dignidad y valor de cada persona.
- Un compromiso con la educación.
- Autonomía.

D. DESHUMANIZACION EN EL CUIDADO DE ENFERMERIA:

Se entiende como deshumanización a la pérdida de los atributos y de la dignidad humana en el contexto del profesional de la salud con el paciente.

El dolor es una experiencia universal e inevitable, es una verdad innegable, pero cada vez es más duro e insoportable porque la sociedad actual es más insensible al dolor ajeno, priman intereses individuales y mezquinos.

Sin embargo, otro factor que puede estar influyendo en la conducta insensible de la enfermera es que, la formación de los profesionales en el área de la salud continúa siendo fuerte en las ciencias básicas biomédicas y en las áreas específicas de su campo de acción, desde la perspectiva científica y técnica de su disciplina; pero débil en la formación humanística, incurriendo en la carencia de espacios académicos de profundización ética, bioética, psicológica, sociológica y antropológica, entre otros, donde el profesional de Enfermería reconozca a la persona, no solamente desde su vulnerabilidad física sino también, como aquel ser con necesidad de ejercer su libertad, identidad cultural y plenitud espiritual, la formación humanística le facilitará una permanente reflexión y análisis de sus actos, desde sus valores personales, profesionales y principios éticos comunes a todos los profesionales de la salud como son: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, los valores del cuidado: amor, amabilidad y ecuanimidad. el personal de enfermería tiene la autonomía de seguir un perfil humanizado, de acuerdo a su ética profesional y a su moral frente a su entorno, donde no solo existe el bien de sí mismo también el colectivo en el cual se afianza la profesión de enfermería.

E. TECNOLOGÍA Y CUIDADO EN ENFERMERÍA

Una de las características de nuestra época es el gran desarrollo tecnológico en particular en las ciencias de la salud y de la vida. Este hecho, sumado a la hegemonía de ciertos valores de nuestra sociedad, ha propiciado la pérdida de la visión central del hombre en los procesos asistenciales, llegando en ocasiones a situaciones de deshumanización que vulneran la dignidad de las personas. En el ámbito asistencial, a menudo la tecnología y el humanismo se presentan como elementos contrapuestos o incluso excluyentes, cuando en realidad lo que sucede es que ambos son complementarios en la asistencia sanitaria en general y en particular en los cuidados de enfermería. Los datos de algunas encuestas y estudios sobre las expectativas y demandas de los ciudadanos al sistema sanitario nos informan de que las personas quieren que, cuando lo precisen, se les aplique la mejor tecnología existente pero al mismo tiempo con el mayor humanismo posible, es decir que se les aplique la tecnología sin olvidar que la persona es el verdadero centro de la atención de los cuidados, lo que implica que deben ser informados adecuadamente, y que deben respetarse sus valores. El humanismo no es algo que se dé de manera espontánea en los profesionales, sino que debe ser enseñado y practicado. En la actualidad esta formación ya se contempla de manera formal en los planes de estudio, desde la filosofía, desde el modelo de cuidados y desde algunas asignaturas del currículo.

F. CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA EN EL PERÚ

En nuestra sociedad se siente que 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. Este cuidado humanizado reúne 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 de cuidado, sino la esencia del ser humano como ser único, indivisible, autónomo y con libertad de escoger, es decir, la comprensión del ser humano como ser integral. Los pacientes requieren cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida.

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 pasa 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.

En el Perú, mediante Ley nº 27669, se promulgo 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". A pesar de que nosotros tenemos una ley, no se brinda una atención integrada el cual incluye el cuidado humanizado como lo demuestra una investigación que se realizó en el hospital Nacional Cayetano Heredia-Lima donde se encontró que el 10% de las enfermeras alcanzo un nivel medio de trato humanizado y el 90% alcanzo un nivel mínimo. De igual manera en el estudio de investigación "Factores que influyen en la relación Enfermera -Paciente", se concluye que las actividades diarias que realiza la enfermera en el servicio influye considerablemente en la relación Humana Enfermera-Paciente, donde el 62.20% de los pacientes manifiestan malas relaciones profesionales de enfermería, y un 5.10% buenas y regulares en un 31.70%. A esto se agrega los comentarios de la deshumanización en el profesional de Enfermería son cada vez más abundantes:

27 de Julio del 2008 Virgilio Salas dice "... 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 el cliente. 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 jefe 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 vez cae más en la rutina del trabajo y no se preocupa por la dignidad humana del paciente.

Es así que en el profesional de enfermería, está perdiendo las respuestas humanas ante el sufrimiento y los conflictos morales, la falta de capacidad para identificar problemas éticos morales y la ausencia de métodos de toma de decisiones éticas y no solo la mera aplicación de un protocolo, hacen que la visión global de la persona desaparezca y el trato se despersonalice. A todo esto, se ha creado diferentes teorías que promueven el cuidado humanizado, se vienen desarrollando y aplicando en el que hacer de la enfermera; 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. 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. 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.

Lo mencionado en los anteriores datos estadísticos, se asemejan a la experiencia vivida tanto en el ámbito personal como también en las practicas pre profesionales, en las que se ha podido oír con mucha frecuencia en los servicios de Cirugía y medicina del H.R.M.N.B, PUNO; quejas constantes por parte de los usuarios, de la atención que reciben de las enfermeras, 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 debe 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 algunos presentes, así mismo manifestaron sobre el 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.

6. CONCLUSIONES:

1. El cuidado humano implica una actitud consciente y de responsabilidad y de involucramiento afectivo con el otro ser humano.
2. La humanización en Enfermería es cuestión de hacer y de ser, los administradores debemos crear conciencia de las deficiencias de nuestros profesionales, detectarlas y aportar soluciones en beneficio de todos, debemos esforzarnos por conseguir una asistencia más humana y de un alto nivel.
3. Los modelos y teorías de enfermería se fundamentan en una visión humanista del cuidado, como por ejemplo Watson, la cual refiere que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente.
4. En la conducta profesional, la humanización del cuidado debe iniciarse por una comprensión fundamental sobre lo que este concepto partiendo de la realidad misma, acudiendo a ella con herramientas teóricas que permitan abordarla y conceptualizarla, pero sobre todo ir analizándola y evaluándola no aisladamente, sino inmersa en una situación cambiante que favorezca la atención de Enfermería, basado en el amor como valor universal de vida, el cual es desinteresado e incondicional, que nos lleva a comportarnos de manera humana, comprensivos, responsables, respetuosos y preocupados por los usuarios, y a trabajar para hacer menos dura su situación conflictiva.

7. EVALUACIÓN:

- ¿Define con tus propias palabras los conceptos del cuidado humanizado?
- ¿Cuáles son las características del cuidado deshumanizado?
- ¿Cuáles son los componentes del cuidado humanizado?
- ¿Cuáles son los cuidados humanizados en el Perú?

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Colegio de enfermeras(os) del Perú, consejo nacional. "normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero". Lima – Perú 2008. Disponible en : http://www.cep.org.pe/beta/download/NG_CDCE.pdf

Espinoza L. Huertas K. y colaboradores. "El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. Octubre de 2010". Disponible en: http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_13_Esp_05.p

Esther Cotrina Montenegro (docente F. medicina UNMSM) 2007 "Cuidado de Enfermería". Disponible en: <http://www.slideshare.net/drais020810/cuidado-de-enfermeria-9087117>.

María Luisa Pfeiffer. Bogotá. "La ética y humanización del cuidado de enfermería". Disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=65.

Portalesmedicos.com. "Cuidado humanizado de Enfermería y nivel de satisfacción de los familiares de usuarios atendidos en el Servicio de Emergencia". Olga Valderrama. Perú 2010.. Publicado 16/02/12. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4062/1/>

SESIÓN EDUCATIVA N° 02

TEMA: " Transculturalidad e interculturalidad en el cuidado de la salud"

I. GENERALIDADES:

1.1. TÍTULO :

**"TRANSCULTURALIDAD E INTERCULTURALIDAD EN EL CUIDADO DE LA
SALUD"**

1.2. INSTITUCIÓN : HOSPITAL III – EsSALUD

1.3. SERVICIO : MEDICINA

1.4. DURACION : 2 HORAS

1.5. RESPONSABLE : Bach. Enf. Rosa Fanny Cabanillas Montoya

II. INTRODUCCIÓN:

A lo largo del tiempo la enfermería ha cambiado, ha evolucionado, de ser una mera aplicación de técnicas determinadas ha abierto su campo de acción a otros ámbitos, como el de la prevención y el del desarrollo.

No obstante, al igual que muchas otras disciplinas, como la Antropología Social, cuyo objeto de estudio es el hombre, es a partir de la II Guerra Mundial cuando se inicia la profunda transformación de la enfermería, comenzando el proceso que la ha llevado de estar al servicio de la medicina a tener una entidad independiente.

La realidad nos muestra que en la actualidad la mayoría de países son culturalmente diversos, según estimaciones recientes, los 184 estados independientes del mundo contienen más de 600 grupos de lenguas vivas y 5.000 grupos étnicos (Garreta, 2000). Son escasos los países cuyos ciudadanos comparten el mismo lenguaje o pertenecen al mismo grupo étnico nacional.

Actualmente, en la era de la globalización se da la paradoja de que la sustitución de las sociedades tradicionales por el orden social moderno (urbano, industrial, capitalista) no solo no suprime las diferencias lingüísticas, religiosas, culturales, etc., entre las distintas sociedades, sino que por el contrario, las acrecienta. En este sentido, la diversidad cultural, étnica y lingüística deja de ser un rasgo específico de algunas sociedades particulares (Estados Unidos, Canadá, Australia) para gradualmente extenderse al conjunto el planeta.

Nos encontramos inmersos en un mundo verdaderamente multicultural e interdependiente que presenta el desafío de cómo comprenderse e interactuar, presentando esta diversidad una serie de temas importantes y potencialmente decisivos.

Así mayorías y minorías se enfrentan cada vez más respecto a temas como los derechos lingüísticos, autonomía regional, representación política, reivindicaciones territoriales, política de la inmigración y ciudadanía, etc.

Encontrar respuestas éticamente defendibles y políticamente viables a dichas cuestiones constituye el principal desafío al que se enfrentan las democracias en la actualidad.

Y es aquí, cuando se afronta el desafío de la diversidad cultural, que nos encontramos con presupuestos teóricos y conceptos sobre la diversidad cultural situados desde diferentes ópticas, por ejemplo: la ciudadanía, la identidad, el tema lingüístico, la democracia o todos los matices o posiciones intermedias que puedan derivar, encontrando mucha veces un abuso del término "diversidad cultural" al aplicarlo de forma indiferenciada a fenómenos de naturalezas distinta.

Si algo caracteriza la segunda mitad del siglo XX es la velocidad de los cambios socioculturales que transforman, no solo la composición sociodemográfica de las diversas sociedades sino también su sistema de valores. Movimientos masivos de población, nuevas tecnologías, cambios en la composición demográfica, nuevas enfermedades, etc. que afectan tanto a la población como a las distintas disciplinas y ciencias. En los años 1950 surge lo que se ha denominado

"enfermería transcultural" en un intento de unir la práctica de la enfermería con el conocimiento antropológico, con objeto de ofrecer un mejor cuidado a unos pacientes cada día más heterogéneos.

III. OBJETIVOS:

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Al finalizar la sesión educativa "TRANSCULTURALIDAD E INTERCULTURALIDAD EN EL CUIDADO DE LA SALUD, las enfermeras profesionales y técnico de enfermería; serán capaces de conocer e identificar las diversas formas de cultura transcultural e interculturalidad en el cuidado de la salud.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Las enfermeras profesionales y técnico de enfermería del servicio de medicina, estará en la capacidad de:

3.2.1. Explicar con sus propias palabras la definición de transculturalidad e interculturalidad.

3.2.2. Identificar la diferencia que existe entre transculturalidad e interculturalidad.

3.2.3. Explicar con sus propias palabras la importancia de los conceptos de transculturalidad e interculturalidad en el cuidado de la salud

3.2.4. Identificar los elementos que implican trabajar en salud desde una perspectiva intercultural.

3.2.5. Explicar con sus propias palabras las orientaciones para lograr relaciones interculturales en el cuidado de la salud.

IV. ESTRATEGIA METODOLOGICA:

MOMENTOS DEL APRENDIZAJE	OBJETIVOS	CONTENIDO	ACTIVIDAD EDUCATIVA	
			RESPONSABLES	PARTICIPANTES
PRESENTA- CIÓN			Presentarán el título y los objetivos de la sesión educativa a través de diapositivas.	Observan el título los objetivos de la sesión educativa a través de diapositivas.
MOTIVACION			Presentaran un sociodrama denominado "Compartiendo nuestros conocimientos en el cuidado de la salud" relacionado al tema para	Observan un sociodrama presentado por los responsables relacionado con el tema y muest

			despertar el interés de los participantes.	interés por el te tratar.
	Explicar con sus propias palabras la definición de transculturalidad e	DEFINICIÓN DE TRANSCULTURALIDAD E INTERCULTURALIDAD	A través del sociodrama presentado, piden a los participantes que definan con sus propias palabras que es interculturalidad y	Observan sociodrama y def con sus pró palabras significa

	interculturalidad.		transculturalidad	transculturalidad interculturalidad
TRANSFERENCIA DE CONTENIDOS	Identificar la diferencia que existe entre transculturalidad e interculturalidad.	DIFERENCIA ENTRE TRANSCULTURALIDAD E INTERCULTURALIDAD	A través de sopa de letras los responsables indican que los participantes identifiquen tres características principales de transculturalidad y tres características principales de interculturalidad, pidiendo que establezcan diferencias entre ambos.	Identifican mediante la sopa de letras características principales interculturalidad transculturalidad establecen diferencias ambos.
	Explicar con sus propias palabras la importancia de los conceptos de transculturalidad e interculturalidad en el cuidado de la salud	IMPORTANCIA DE TRANSCULTURALIDAD E INTERCULTURALIDAD EN EL CUIDADO DE LA SALUD	Entregarán a cada participante un caso de la vida real relacionado con la transculturalidad e interculturalidad (ANEXO N°1)	Leerán el caso explicarán con propias palabras importancia de conceptos transculturalidad interculturalidad cuidado de la salud

	<p>Identificar los elementos que implican trabajar en salud desde una perspectiva intercultural.</p>	<p>¿QUÉ IMPLICA TRABAJAR EN SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA INTERCULTURAL?</p>	<p>A través del método de la mesa redonda piden que los participantes identifiquen los elementos que implican trabajar en salud desde una perspectiva intercultural</p>	<p>Mediante el método de la mesa redonda identifican los elementos que implican trabajar en salud desde una perspectiva intercultural.</p>
	<p>Explicar con sus propias palabras las orientaciones para lograr relaciones interculturales en el cuidado de la salud.</p>	<p>ORIENTACIONES PARA LOGRAR RELACIONES INTERCULTURALES EN EL CUIDADO DE LA SALUD:</p>	<p>Pedirán a los participantes que relacionen los conceptos o actividades de cada orientación para que expliquen con sus propias palabras las orientaciones para lograr relaciones interculturales en cuidado de la salud.</p>	<p>Relacionarán conceptos actividades de cada orientación para con sus propias palabras explicar las orientaciones para lograr relaciones interculturales en cuidado de la salud.</p>

<p>RETROALIMENTACION</p>			<p>Mediante un video reproducirán los contenidos tratados en el sistema para reforzar lo aprendido durante la sesión educativa</p>	<p>Observarán y escucharán el video y realizarán preguntas acerca de las dudas que puedan obtener durante el transcurso de la sesión educativa</p>
<p>EVALUACIÓN</p>			<p>Realizarán preguntas a los participantes, a través del gusano preguntón acerca de los temas tratados en la sesión educativa</p>	<p>Responderán a las preguntas mediante la técnica del gusano preguntón y resolverán las dudas, mostrando lo aprendido durante la sesión educativa</p>

V. CONTENIDO:

5.1. MARCO CONCEPTUAL:

• **Enfermería**

Se define como el conjunto de actividades profesionales destinadas al cuidado, promoción, mantenimiento o restablecimiento de la salud óptima tanto para la persona como para la sociedad, basándose en fundamentos teóricos y metodológicos. La enfermería puede considerarse, por tanto, una disciplina social ya que se ocupa tanto del individuo como de la salud del grupo, se trata de una profesión al servicio de la comunidad.

Es decir, la enfermería conjuga dos aspectos importantes: la técnica médica y el trato al paciente. Para el profesional sanitario el organismo humano se asemeja a una máquina que hay que mantener, y reparar en ocasiones. Pero hay algo importante que no se debe perder de vista, y es la interacción del paciente con su propia enfermedad.

Él debe colaborar en la prevención y lucha contra la enfermedad, y es aquí donde el trato con el paciente cobra sentido, en la fundamental interrelación que se establece entre los y las enfermeras y el paciente.

Los profesionales de la enfermería tienen cada día una mayor variedad de pacientes, de personas a las que cuidar. No se trata ya tanto del paciente tradicional, de su propio vecino muchas veces, sino que son personas que llegan de muy diversos lugares y con distintas características y, en ocasiones, procedentes de culturas diferentes a la nuestra. De ahí la necesidad de conocer los condicionantes del paciente contextualizándolo en su propia cultura, comprenderlos desde su perspectiva, de entender qué es la salud y la enfermedad para estos individuos de cara a optimizar la relación persona a persona con ellos.

Según la CIE la enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y

comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

- **Transculturalidad**

Según Herskovits, 1995 la transculturalidad se define como "aquellos fenómenos que resultan cuando los grupos de individuos, que tienen culturas diferentes, toman contacto continuo de primera mano, con los consiguientes cambios en los patrones de la cultura original de uno de los grupos o de ambos."

- **Cultura**

La cultura comprende valores, actitudes, normas, ideas, hábitos y percepciones internalizadas, así como formas o expresiones concretas que se adoptan y que, en gran medida, son compartidas entre un grupo de personas.

Los niños/as aprenden la cultura y también contribuyen a su continuidad y a su transformación. Las identidades sociales —con su correlativa dimensión de género— son manifestaciones culturales que se forjan a través de una serie de relaciones sociales, que son resultado de significados culturales adscritos a la condición, en este caso, de los niños frente a sus padres y adultos.

Según la UNESCO, la cultura da al hombre la capacidad de reflexionar sobre sí mismo. Es ella la que hace de los individuos seres específicamente humanos, relacionales éticamente comprometidos. A través de ella se disciernen los valores y se toman decisiones. A través de ella el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca inalcanzablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden.

- **Género**

Es un concepto social y las definiciones y percepciones varían según las culturas. El género define y diferencia las funciones, los derechos, las responsabilidades y las obligaciones de las mujeres y los hombres. Las diferencias biológicas innatas

entre mujeres y hombres forman la base de las normas sociales que definen los comportamientos apropiados para cada género. Las funciones propias de cada uno se aprenden, difieren según los diversos entornos y pueden cambiar con el transcurso del tiempo.

Género es un concepto que permite entender que la forma en que cada persona construye su identidad personal como mujer o varón, y la manera de relacionarse con sus pares o con las personas del sexo opuesto están orientadas e influidas profundamente por los modelos de mujer y varón que su sociedad y cultura consideran adecuados.

De esta manera, la forma en la que cada uno se constituye en hombre y mujer implica asumir ciertos roles, atributos y representaciones sociales. Todo ello pasa por un proceso de socialización a través de la familia, la escuela, la comunidad, la pertenencia a un pueblo específico, el grupo de pares y otras instituciones que norman y pautan comportamientos, expectativas y autoimagen. Desde que se nace, e incluso desde el vientre materno, los seres humanos están dispuestos a esa influencia social y cultural en la cual el lenguaje es un importante instrumento ya que expresa y reproduce modelos que condicionan la manera de ver el mundo. Estos condicionamientos permean toda la estructura social y las instituciones: familia, escuela, mercado, iglesia —entre otras— y también el cuerpo normativo que rige el comportamiento colectivo de una sociedad, gobierno y administración estatal. En este aprendizaje es importante reconocer que la interiorización de normas y pautas exige también un trabajo psicológico significativo. En algunas ocasiones se piensa en el género sólo como una construcción social, dejando de lado el aspecto psicológico, subjetivo e individual, a través del cual cada persona lee e interpreta esos mensajes y produce, a la vez, una narración de sí mismo (a).

• **La familia**

La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado (Declaración de los Derechos Humanos, 1948)

La familia es el primer sistema social donde se inicia la transmisión de valores, roles, creencias, mitos. Conocimientos y prácticas. Desde las primeras etapas del ciclo de la vida, niños y niñas –en su proceso de socialización– son preparados para desenvolverse en sociedad. En este proceso, la familia representa el grupo más poderoso para su desarrollo social y emocional. Diversos estudios señalan que la interacción entre el niño y sus cuidadores durante los primeros años de vida tiene un impacto decisivo en su desarrollo como ser humano, en su capacidad de aprender, regular y controlar sus emociones y comportamientos, y en cómo evitar los riesgos de contraer enfermedades. La familia tiene la responsabilidad fundamental de criar y proteger a los niños/as, así como de introducirlos a la cultura, valores y normas estrictas.

5.2. MARCO TEÓRICO:

B. ENFERMERIA TRANSCULTURAL

La enfermería transcultural es, en palabras de Madeleine Leininger (1999), lo define como un área formal que une el conocimiento de estudio y la práctica de la enfermería enfocado en el cuidado holístico y comparativo de la salud, con respecto a las diferencias y similitudes en los valores culturales, creencias y prácticas, con el fin de proporcionar un cuidado de enfermería que sea congruente y sensible, culturalmente competente a las personas de culturas diversas.

1. IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA TRANSCULTURAL:

La ETC es importante hoy dada la gran movilidad de las personas y las modernas tecnologías en comunicación y transporte. Ayuda a las enfermeras a descubrir cuidados culturales específicos para personas de culturas diversas, como la hispana, la africana, la anglo-americana, la griega, la italiana, la portuguesa, y muchas otras que una enfermera puede encontrarse en cualquier día o noche. Y proporcionar un cuidado culturalmente adecuado necesita el uso de la investigación desarrollada con estrategias creativas que se adapten al modo de vivir de las diferentes culturas. Más y más personas esperan de las enfermeras

que entiendan y respeten sus valores culturales y creencias y que les ayuden de una manera significativa y apropiada. Así, el propósito de la ETC es continuar descubriendo nuevas y beneficiosas formas de ayudar a las personas de diferentes culturas, siendo el objetivo de la ETC proporcionar cuidados culturalmente apropiados. Cuando estas proposiciones y objetivos se mantienen, entonces las personas que cuidemos no experimentarán situaciones negativas como la imposición cultural o etnocentrismo. Etnocentrismo e imposición cultural son conceptos de extrema importancia que las enfermeras deben entender.

El etnocentrismo se refiere a la creencia de que los propios valores, creencias y maneras de conocer y hacer son las mejores, o superiores a otras es decir, se sobrevalora una cultura sobre otra. Los problemas se presentan cuando estas creencias son muy fuertes y controlan de manera no deseable a otros que son culturalmente diferentes.

2. MODELO DE MADELEINE LEININGER:

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basarán en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y

entender a las personas este saber es imprescindible para la formación y practica de enfermeras.

Leininger afirmo que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura. Considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y significados, y así los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida pueden facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura.

Enfermería transcultural se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta.

El propósito es desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y/o universal.



MADELEINE LEININGER

Cuidados culturales: teoría de la
diversidad y la universalidad

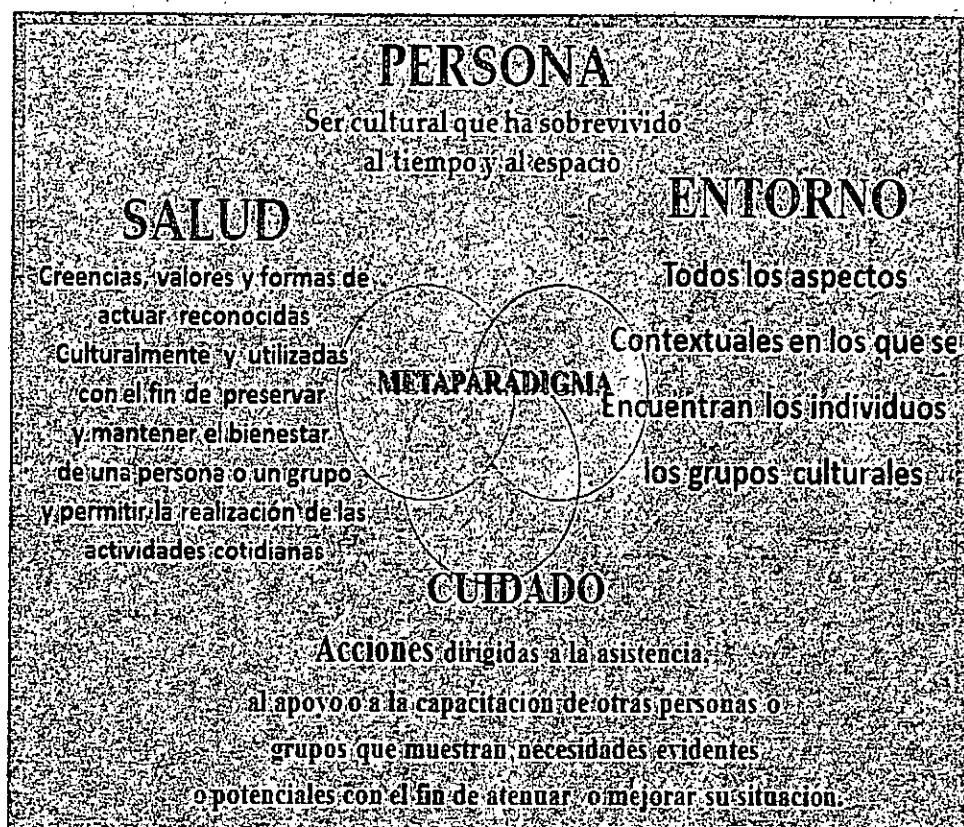


a. **CONCEPTOS SEGÚN LA TEORIA DE TRANSCULTURACION:**

- **Salud:** Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada. Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos. Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud. Es universal a

través de todas las culturas aunque se define de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.

- **Cuidados:** Acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.
- **Cuidados Culturales:** son 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.
- **Persona:** Leininger se refiere a ella como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.
- **Entorno:** todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales.
- **Etnoenfermería:** Se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tienen de ellos una cultura determinada, a través de las experiencias, las convicciones y el sistema de valores sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como puede ser la asistencia, la salud y los factores ambientales.
- **Diversidad de los Cuidados Culturales:** Variación o diferencia que existe en 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.
- **Universalidad de los Cuidados Culturales:** 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.



B. INTERCULTURALIDAD EN EL CUIDADO DE LA SALUD

1. DEFINICIÓN:

Se entiende la interculturalidad como una relación entre culturas dinámicas, en la cual existe necesariamente reciprocidad, voluntad y horizontalidad, reconociendo que hay espacios de encuentro donde se pueden negociar y otros donde se mantienen las especificidades respetando las diferencias, mejorando la salud de ambos pueblos, ganándose espacios desde los pueblos originarios y cediendo espacio desde las instituciones oficiales

La interculturalidad en salud requiere del desarrollo de procesos donde los propios pueblos originarios y los sistemas de salud, expresan la voluntad de encontrarse en una relación horizontal. Un principio rector en que se puede manifestar la interculturalidad en salud es la complementariedad de estos sistemas médicos, proponiendo un acercamiento de los equipos de salud (medicina occidental) con los especialistas y terapeutas de la medicina tradicional,

respetando los conocimientos del otro y generando espacios de confianza que den lugar a la complementariedad entre ambas medicinas.

Entendemos por Interculturalidad, al modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas.

En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial. Se sustenta en cuatro principios básicos:

- Reconocimiento de la diversidad cultural
- Relaciones equitativas
- Respeto a las diferencias
- Enriquecimiento mutuo.

La interculturalidad implica, una relación donde varios grupos de poblaciones culturales diferentes, conviven y se relacionan compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos. Sin embargo, a diferencia de la multiculturalidad, donde un grupo cultural mantiene una hegemonía sobre las demás poblaciones, en las relaciones interculturales existe la disposición del reconocimiento a partir del ejercicio de derechos, no como concesión ni claudicación de los privilegios de un grupo ante otro, sino como el marco para potenciar relaciones hacia la convivencia social.

La interculturalidad es un marco que se inclina hacia el respeto y horizontalidad, sin pretender que una población, con toda su carga de elementos culturales, se ponga por encima o debajo de la otra u otras. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo, facilitando o promoviendo, la apertura para la escucha y el enriquecimiento hacia los mutuos espacios de la relación.

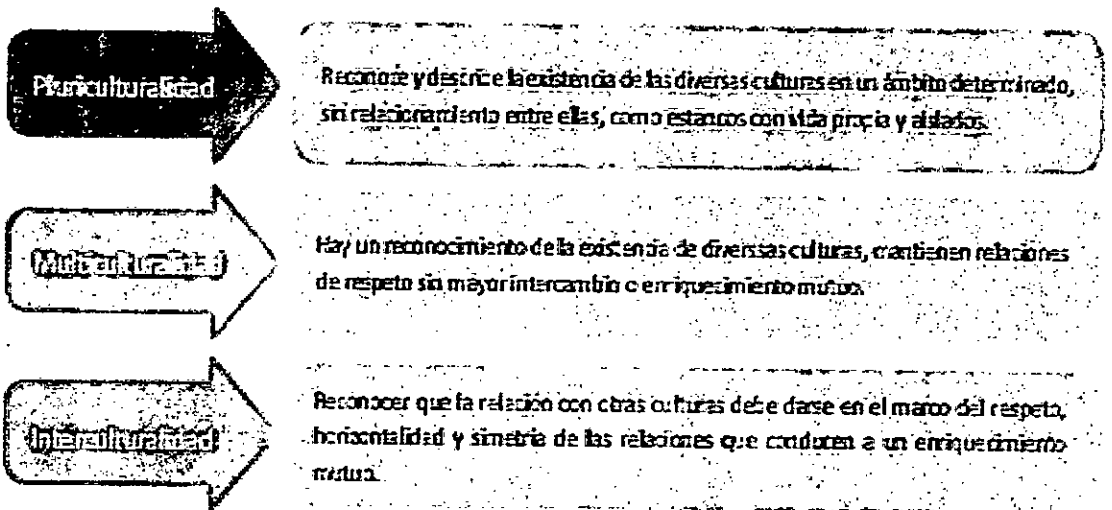
En el caso de las instituciones de Salud, se cuestiona por los usuarios de los Servicios la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido de parte

de los prestadores de salud, el no respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de que son objeto, aspectos que terminan por incidir en la satisfacción que reciben del servicio y de la atención del personal.

Esto influye en el desapego a las indicaciones médicas, una incidencia mayor de abandono de los tratamientos y en resistencia al uso de los servicios que, en casos extremos, ha llegado a la confrontación y al choque cultural.

Por todo lo anterior, los principios de la interculturalidad entendida como un proceso de interacción entre personas, permiten fortalecer la identidad propia, la autoestima, la valoración de la diversidad y las diferencias, incluidas las de género y generar en las personas, una conciencia de la interdependencia para el beneficio y desarrollo común.

No puede concebirse la existencia de diversas culturas como estancos sin relación. La condición social de todo ser humano lo pone con diversa frecuencia, intensidad e interdependencia, en la predisposición o no de aceptar a sus interlocutores. Diversos términos se utilizan para describir las niveles y formas de interrelación entre las diversas culturas:



Según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la interculturalidad es:

Proceso dinámico y permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre culturas en condiciones de respeto, legitimidad mutua, simetría e igualdad. Un intercambio que se construye entre personas, conocimientos, saberes y prácticas culturalmente distintos, buscando desarrollar un nuevo sentido de convivencia de estos en su diferencia. Un espacio de negociación y de innovación donde las desigualdades sociales, económicas y políticas, y las relaciones y los conflictos de poder de la sociedad no son mantenidos ocultos sino reconocidos y confrontados.

2. SALUD EN INTERCULTURALIDAD

Los importantes cambios políticos y sociales ocurridos durante las últimas décadas en los países de la Región –que históricamente se han caracterizado por presentar grandes brechas y exclusión social–, deben generar nuevas formas de relación entre el Estado y la sociedad civil que promuevan la participación de las poblaciones más vulnerables tradicionalmente excluidas de la gestión pública, como una forma de garantizar un mayor ejercicio de sus derechos políticos, económicos, sociales y culturales, así como una mayor equidad en el acceso de salud. Las poblaciones indígenas son un componente fundamental dentro de este grupo.

La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad, que conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.

Si se comprende de esta forma, puede transformarse en un medio fundamental para inculcar valores democráticos y responsabilidad política, y es una apuesta dentro de un sistema que busca más igualdad para todos. La interculturalidad se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados etnias, sociedades, culturas o comunidades.

A través del diálogo horizontal, la interculturalidad aspira el reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales –así como a la incorporación de las mismas dentro de los sistemas de salud convencionales– como una herramienta no sólo para la aceptabilidad de los sistemas de salud y para la consolidación de un sistema más equitativo y participativo, sino para lograr, además, un mundo más justo y humano.

Como refiere Rufino Chuquimamani:

“interculturalidad habrá cuando en realidad valoren nuestros símbolos y no sólo trafiquen con ellos. Cuando en realidad aprendan el quechua, hagan uso de él, y

que en los conocimientos que se imparten en las diferentes instituciones educativas y los servicios de salud sobre diferentes temas estén presentes los enfoques de los pueblos indígenas la lado de los enfoques no andinos; pero que también respeten a sus usuarios quechuas y a los blancos indígenas. Somos como los chinos, lo único que nos diferencia son nuestras costumbres y nuestra manera de pensar..."

La interculturalidad implica también la construcción de con-ciudadanía. De respeto y de estima. En palabras de Degregori, para la construcción de una comunidad nacional ese reconocimiento implica pasar de la tolerancia, al respeto y a la estima. En este mismo sentido, para Giménez se trataría de procesos de integración positiva que van abriendo y generalizando relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, dialogo y debate, así como aprendizaje e intercambio.

3. PROMOVRIENDO INTERCULTURALIDAD EN EL CUIDADO DE LA SALUD

Incorporar la perspectiva intercultural en los servicios de salud debe coadyuvar a forjar una sociedad democrática y equitativa, pues es la respuesta desde el sector salud para superar la situación de exclusión en la que se encuentran las poblaciones indígenas por la desconfianza y la distancia que muchos sienten frente a los servicios de salud.

Existe riqueza de conocimientos de los medios locales tanto en los Andes como en la Amazonía y el reto es reconocer y valorar formas distintas de conocimientos y saberes en el campo de la salud, e incorporarlas de manera gradual a los sistemas de salud (oficiales).

Porque existe una concepción distinta de la salud entre la población indígena y la comprensión de la enfermedad no se basa únicamente en patologías o aspectos biológicos que denoten algún desequilibrio, sino que consideran otros factores de orden social, ambiental y espiritual que también inciden en el padecimiento

Para el caso de la Amazonía, según Norma Panduro, vegetalista, el concepto de salud supone trascender al individuo y proyectarse a la comunidad.

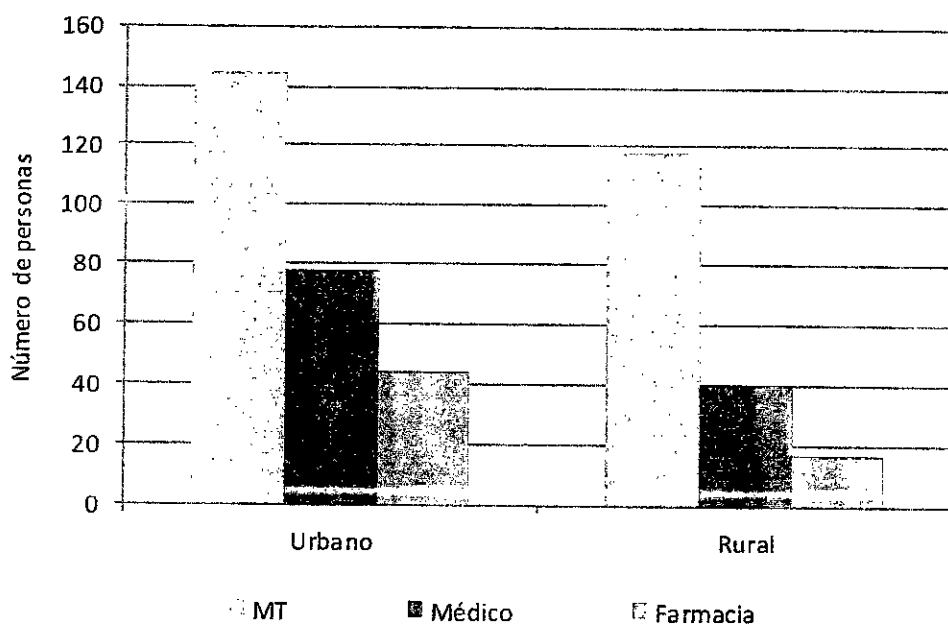
La tarea es hacer de la valoración de la vida y la salud un motor impulsor que permita a los niños no solo sobrevivir a las enfermedades prevalentes de la infancia, sino además crecer, desarrollarse y transformarse en adultos sanos y comprometidos cultural y socialmente.

La existencia de un sistema explicativo enfermedad – salud propiamente maya, no excluye, por ejemplo, otros esquemas de entendimiento y tratamiento de los problemas sanitarios.

Es necesario plantear que la diversidad en la búsqueda de atención de los problemas de salud se da en toda la población, tanto indígena como no indígena.

En el caso de Perú, el siguiente grafico muestra la importancia de los sistemas alternativos. Sin embargo, a pesar de su gran uso aún no forma parte de las cifras oficiales, ni del discurso público. Muchas personas, a pesar de usar estos sistemas alternativos, sienten vergüenza y es algo que mantienen en privado. Tampoco forman parte de los instrumentos que recogen información, donde la sensibilidad intercultural muchas veces los reduce a la categoría de “otros”.

Primer recurso de salud de las personas en Tarapoto



Fuente: Políticas de Salud del Perú: Hacia la construcción de políticas en salud para todos y todas en el Perú. CIES. 2014

Conscientes de esta realidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) viene trabajando de manera coordinada con las poblaciones indígenas para mejorar su oferta de salud y calidad de vida. Después de una reunión de consulta celebrada en Winnipeg y en la que participaron representantes de los pueblos indígenas, gobierno, instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales, OPS y los Países Miembros se comprometieron a trabajar con los pueblos indígenas para mejorar su salud y contribuir a su bienestar tomando en cuenta sus conocimientos y saberes locales. Desde entonces se ha avanzado en la propuesta de un modelo de salud que armonice las diferentes perspectivas de salud.

¿QUÉ IMPLICA TRABAJAR EN SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA INTERCULTURAL?

1. Una relación entre iguales, entre pares, donde se reconozca a la persona.
2. Desarrollar formas de interacción basadas en el vínculo y la expresión de afectos.
3. Generar nuevos canales de comunicación que validen al otro/otra desde sus propias categorías.
4. Promover confianza, libertad, alegría y seguridad en sí mismos.

Estas formas de expresión son operativizadas a través de la palabra como una estrategia no solo comunicativa sino central en el logro del reconocimiento y del vínculo. En este sentido, el tema de salud desde la perspectiva intercultural no es un enfoque más, sino un tema que apunta a la equidad y a la disminución de la morbimortalidad en este grupo con el fin de alcanzar los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM).

Implica:

- Reconocer positivamente la existencia de diversidad (a nivel personal, familiar, de la comunidad, de la sociedad y el Estado).
- Proponer el dialogo horizontal y enriquecedor de diferentes culturas.
- Reconocer, armonizar y negociar las innumerables formas de diferencia que existen en los países de la región.

Algunos pasos para el trabajo diario:

ELEMENTOS	ACTITUDES
Reconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer positivamente la diversidad a nivel personal. - Reconocer y respetar los derechos de los pueblos indígenas. - Respetar la riqueza de la identidad nacional de la que cada uno forma parte. - Cuidar los gestos y expresión corporal en la atención a lo que nos va a expresar verbal y gestualmente la población indígena. - No asumir actitudes discriminadas y excluyentes por razón de pertenencia étnica, edad, sexo, cultura y otra características atribuida a las personas. - Reconocer que cada cultura tiene saberes y conocimientos valiosos y que es importante no sólo conocerlos, sino respetarlos y aprender de ellos.
Convivencia	<ul style="list-style-type: none"> - Compartir los conocimientos y saberes de los otros. - Saber escuchar y estar dispuesto a aprender. - No reproducir relaciones de poder al interior del establecimiento ni fuera de él. - Reconocer la riqueza de nuestra diversidad cultural. - Reconocer y valorar los diferentes modos de vida y la salud, la enfermedad, sin pretender imponer la propia visión.
Valoración	<ul style="list-style-type: none"> - Buscar los porqués de las actitudes, conductas y comportamientos de los demás. No para juzgar, sino para aprender de ellas. - Reflexionar sobre las propias percepciones de la vida, salud y enfermedad. - Entender que no existe cultura superior o inferior; existen culturas diferentes. - Reconocer los valores de la otra cultura desde su propia perspectiva. - Aceptar la vigilancia de otras formas de salud, tanto en la comunidad como en las propias prácticas de salud. - Ser sensible a las necesidades del otro. Recordar que ellos

	están primero.
Interacción	<ul style="list-style-type: none"> - En el trabajo intercultural, la comunicación y dentro de ella palabra y los gestos, son centrales en el reconocimiento. - ¡Pensar en conjunto! Pensar en equipo, en "ir juntos" uniend capacidades para enfrentar los problemas de salud. - Compartir, involucrarse, ser parte de.

Orientaciones para lograr relaciones interculturales en el cuidado de la salud:

Orientaciones	¿Cómo lo hago en salud?
Las comunidades indígenas tienen derecho al ejercicio de los usos y costumbres de su cultura, práctica de la medicina tradicional, vigencia de sus organizaciones y forma de elección de sus autoridades, entre otros.	<ul style="list-style-type: none"> • Reconociendo, respetando y valorando otras formas de conocimientos y saberes locales. • Promoviendo el ejercicio de los derechos de los pueblos indígenas en el empleo de recursos probadamente beneficiosos para el cuidado de la salud
Reconocer el derecho a la pluralidad étnica, cultural y lingüística dentro del contexto del país como expresión de identidad nacional.	<ul style="list-style-type: none"> • Reconociendo positivamente la pluralidad étnica, cultural y lingüística de los demás y los propios. • Interesándose por conocer las particularidades socioculturales. • Interesándose por hablar otras lenguas con el compromiso de entender al mismo tiempo la cosmovisión de estos pueblos.
Reconocer las particularidades étnicas y culturales como expresión de diversidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Asumiendo positivamente las particularidades étnicas y culturales • Reconociendo que existen diferentes culturas, ninguna mejor que la otra.
Disposición a aprender de	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporando progresivamente conceptos, saberes

otras culturas	y prácticas nuevas en salud y aplicándolas en el trabajo diario
Reconocer la capacidad de gestión de los miembros de la comunidad étnica.	<ul style="list-style-type: none"> • Promoviendo la participación de los diferentes actores comunales en la resolución de los problemas de salud de la comunidad.
Tener disposición y apertura para promover cambios en la atención de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorando el trabajo con los pacientes • Introduciendo algunos saberes y conocimientos locales en la atención de la salud como el parto vertical, entre otros.
Reconocer la cosmovisión indígena sobre el mundo de la salud y la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizando en el trabajo diario argumentos de la cosmovisión indígena para fortalecer la promoción de la salud familiar y comunitaria.
Interés por los destinos de la salud y el desarrollo de los pueblos indígenas	<ul style="list-style-type: none"> • Promoviendo la inclusión en la agenda de las autoridades indígenas y no indígenas locales, regionales y nacionales el tema de la salud comunitaria y la salud intercultural con énfasis en salud materno infantil.
Conocer los destinos de la salud y el desarrollo de los pueblos indígenas	<ul style="list-style-type: none"> • Promoviendo la inclusión en la agenda de las autoridades indígenas y no indígenas locales, regionales y nacionales el tema de la salud intercultural y comunitaria, con énfasis en salud materno infantil.
Promover la práctica intercultural en salud	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivando la conversación, la práctica diaria y el intercambio entre los diferentes actores sobre aspectos de la salud de la población local, con énfasis en la salud materno infantil.
Reforzar la dinámica organizacional de los pueblos indígenas	<ul style="list-style-type: none"> • Respetando y reconociendo las estructuras organizativas de los pueblos indígenas • Coordinando con ellos el trabajo con respecto a la salud de las personas.

DIFERENCIAS ENTRE ENFERMERÍA TRANSCULTURAL Y ENFERMERÍA
INTERCULTURAL:

**Enfermería
Transcultural**

se refiere a los profesionales de enfermería preparados y comprometidos en adquirir un conocimiento y un método práctico de actuación de la enfermería transcultural

**Enfermería
Intercultural**

la integran los profesionales que utilizan los conceptos antropológicos médicos o aplicados, sin comprometerse en el desarrollo de teorías o prácticas basadas en el investigación, dentro del campo de la enfermería transcultural

VI. CONCLUSIONES:

1. La transculturalidad, al igual que la multiculturalidad o interculturalidad, son conceptos que comprenden en su interior el término cultura, si bien cada uno de ellos hace referencia a algún aspecto concreto de ella, así la transculturalidad incide más en los sistemas de creencias y valores.
2. La enfermería transcultural, en este caso, que une la práctica sanitaria con el conocimiento antropológico puede convertirse en una herramienta muy eficaz al servicio de la comunidad.
3. Cuando se habla de transculturalidad, interculturalidad o multiculturalidad se está aludiendo a la diversidad cultural, pero también a la diferencia. Es más, cuando se habla de prácticas multiculturales para preservar la identidad étnica de los pueblos, está implícita la tendencia a considerar a los "otros" desde una posición de superioridad estructural, para marginarlos de nuestro grupo. Ya que la diferencia implica desigualdad.
4. La cultura, el conocimiento de la diversidad cultural, es la clave que permite un mejor adecuamiento de las prácticas sanitarias a las necesidades de la sociedad contemporánea. Y es aquí donde la Antropología presta su colaboración a la enfermería.

VII. EVALUACIÓN:

- ¿Define con tus propias palabras que es transculturalidad e interculturalidad?
- ¿Cuál es la diferencia entre interculturalidad y transculturalidad para el cuidado de la salud?
- ¿Mencione 3 orientaciones para lograr relaciones interculturales en el cuidado de la salud?
- ¿Cuál es la importancia de practicar la transculturalidad e interculturalidad para el cuidado de la salud?

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- García García, J. L. 1985 "Enfermedad y cultura", *Jano*. Nº 643-H, Madrid: 83-90.
- Gómez García, P. 2000 "Globalización cultural, identidad y sentido de la vida", *Gazeta de Antropología*, nº 16, texto 16-02.
- Herskovits, M. 1995 (1948) *El hombre y sus obras*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Leininger, M. 1999 "Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural", *Cultura de los cuidados*, nº 6, Alicante: 5-8.
- Maalouf, A. 1999 *Identidades asesinas*. Madrid, Alianza.
- Malgesini, G. (y C. Giménez) 2000 *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Madrid, Catarata.
- Rodríguez Regueira, J. L. 2001 "Multiculturalismo. El reconocimiento de la diferencia como mecanismo de marginación social", *Gazeta de Antropología*, nº 17, Artículo 04:
http://www.ugr.es/~pwlac/G17_04JoseLuis_Rodriguez_Regueira.html
[<http://hdl.handle.net/10481/7434>]

ANEXO DE SESIÓN EDUCATIVA 02

EJEMPLO:

La presencia en los hospitales y centros de salud de personas con características diversas o procedentes de otros países o etnias presentan una serie de cuestiones que los profesionales sanitarios deben resolver en el día al día. Se tiende a ver las situaciones de contacto cultural como conflictivas, en tanto que la proximidad al "otro", el desconocimiento que sobre los otros grupos culturales se tiene, provoca diversas reacciones. Reacciones que van desde las posturas más paternalistas, como son las posiciones de superioridad implícita al considerar al "otro", al-culturalmente distinto, como alguien que *no sabe*, un menor de edad al que hay que guiar y dirigir, al que se debe educar, hasta las posturas más racistas y xenófobas en las que el "otro" constituye un buen blanco sobre el que se proyectan nuestras fobias colectivas y el horror a lo diferente.

No obstante, no se debe problematizar al grupo distinto, a aquello que lo caracteriza, es decir, a su identidad, y a lo que se percibe como conflictivo, su cultura, en relación a la nuestra, ya que esto conduce a la marginación del grupo o grupos distintos, a situarlos en una posición estructural de marginalidad, de inferioridad respecto al resto. Con ello se les niega de entrada la posibilidad del pleno acceso a la sociedad mayoritaria. Se trata más bien de aprender a relativizar, de construir un marco, un mismo espacio social en el que sea posible la convivencia, no coexistencia sino convivencia, de las distintas culturas.

SESIÓN EDUCATIVA Nº 03

TEMA: " Teoría de la comunicación transpersonal. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar"

I. GENERALIDADES:

- 1.1. TÍTULO** : "Teoría de la comunicación transpersonal. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar"
- 1.2. INSTITUCIÓN** : HOSPITAL III – EsSALUD
- 1.3. SERVICIO** : MEDICINA
- 1.4. DURACION** : 2 HORAS
- 1.5. RESPONSABLE** : Bach. Enf. Rosa Fanny Cabanillas Montoya

II. INTRODUCCIÓN:

Según Jean Watson, *El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal*, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí.

La enfermería es una disciplina de la rama sanitaria en la cual, al igual que ocurre con las demás de la misma, como bien dicen Peñacoba, Ardoy, González, Moreno & Martínez (2003), resulta tan importante dominar las habilidades sociales como dominar las técnicas específicas de dicha profesión y es por ello en donde la relación interpersonal forma parte de su quehacer diario.

Es por ello que debido a su elevada importancia, debemos hacer referencia que desde mediados de los años setenta y hasta nuestros días, la psicología presta gran interés, bajo la etiqueta de habilidades sociales, a una dimensión social del comportamiento humano que, con otros nombres, ya era estudiada por la psicología social desde los años treinta según cita Eceiza, Arrieta & Goñi (2008).

Sin embargo siguiendo a estos mismos autores, no es hasta la década de los setenta cuando el término habilidades sociales se consolida, se delimitan sus bases teóricas y conceptuales y se genera un volumen bastante amplio de investigación dirigida tanto a la evaluación como al diseño y aplicación de programas de intervención para la mejora de dichas habilidades interpersonales (Eceiza, Arrieta & Goñi, 2008).

Según el autor Caballo (2007) las habilidades sociales constituyen un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

III. OBJETIVOS:

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Al finalizar la sesión educativa "Teoría de la comunicación transpersonal. Habilidades sociales en enfermería. El papel de la comunicación centrado en el familiar", las enfermeras profesionales y técnico de enfermería; serán capaces de analizar la teoría de la comunicación transpersonal y contrastarla con la realidad en el desempeño del papel de la enfermería familiar.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Las enfermeras profesionales y técnico de enfermería del servicio de medicina, estará en la capacidad de:

3.2.1. Explicar con sus propias palabras la definición de comunicación transpersonal.

3.2.2. Identificarán el objeto de estudio y método utilizado de la comunicación transpersonal.

3.2.3. Identificar los postulados fundamentales de la comunicación transpersonal.

3.2.4. identifican las habilidades sociales en enfermería y el papel de la comunicación centrado en el familiar.

IV. ESTRATEGIA METODOLÓGICA:

FASES DEL PES	Actividades Educativas		EST
	Responsable	Enfermeras profesionales y técnico de enfermería	METOD
MOTIVACION	La responsable del tema TEORIA DE LA COMUNICACIÓN TRANSPERSONAL dirige la dinámica "El camión se accidenta" para formar 5 grupos.	Participan activamente de la dinámica de motivación " El camión se accidenta."	Activo participativo
CONTENIDO	La responsable del tema dirigen la dinámica "rompecabezas" para que los participantes por grupos elaboren la definición psicología transpersonal.	Participan activamente de la dinámica "rompecabezas" y enuncian la definición de psicología transpersonal.	Activo participativo

	<p>La responsable del tema dirigen la dinámica "sopa de letras" para que los participantes por grupos descubran el objeto de estudio y método utilizado de la psicología transpersonal.</p>	<p>Participan activamente de la dinámica "sopa de letras" para que los participantes por grupos descubran el objeto de estudio y método utilizado de la psicología transpersonal.</p>	<p>Activo participati</p>
	<p>La responsable del tema realizan la dinámica "pupiletras" para que los participantes identifiquen los postulados fundamentales de la psicología transpersonal.</p>	<p>Participan activamente de la dinámica "pupiletras" e identifican los postulados fundamentales de la psicología transpersonal.</p>	<p>Activo participati</p>
	<p>Las responsables del tema realizan la dinámica "conociendo la psicología transpersonal" para que los participantes analicen la relación entre Abraham Maslow y la psicología transpersonal.</p>	<p>Participan activamente de la dinámica "conociendo la psicología transpersonal" para que los participantes analicen la relación entre Abraham Maslow y la psicología transpersonal.</p>	<p>Activo participati</p>

	<p>La responsable del tema realizan la dinámica "Descubro mis habilidades profesionales" para que los participantes identifiquen las habilidades sociales en enfermería y el papel de la comunicación centrado en el familiar.</p>	<p>Participan de la dinámica "Descubro mis habilidades profesionales" para que los participantes identifiquen las habilidades sociales en enfermería y el papel de la comunicación centrado en el familiar.</p>	<p>Activo participati</p>
<p>EVALUA- CION</p>	<p>La responsable del tema realizan la dinámica "las tarjetas preguntonas", mediante la cual realizarán preguntas al azar a los participantes.</p>	<p>Participan activamente de la dinámica "las tarjetas preguntonas"</p>	<p>Activo participati</p>

V. CONTENIDO:

5.1. MARCO CONCEPTUAL:

TECNICAS A DESARROLLAR:

“El camión se accidenta”

En primer lugar se da la orden de que todos los participantes deben ponerse de pie.

El que dirige cuenta una historia, adaptada al medio y lugar. Por ejemplo, en el campo no conocen los barcos, pero sí los camiones, entonces se dice: todos nosotros estamos viajando en un camión a Cádiz, salimos del barrio y en el camino se rompen los frenos del camión y para no morir todos tenemos que agruparnos en grupos de cuatro personas. Por lo tanto cada grupo debe estar conformado por cuatro personas, si en el grupo hay menos o más personas, el que dirige los declara eliminados.

Se repite la historia, esta vez cambiando la causa del accidente y también el número de personas que deben formar cada grupo. Por ejemplo: continuamos viajando, cuando de pronto una enorme piedra aparece en el camino y para que el camión no se vuelque tenemos que agruparnos de 2 personas. Hasta que al final queden 5 grupos formados de igual número de integrantes.

“Rompecabezas”

En los 5 grupos que se han formado se les reparte a cada grupo un rompecabezas (elaborados de cartulina, con la definición de psicología transpersonal impresa), a cada grupo se le dará un tiempo estimado de 3 minutos para armar el rompecabezas, el grupo que termine primero salda a delante y pegara su rompecabezas armado, lo leerá y explicara delante de todos según lo entendido.

“Sopa de letras”

A cada grupo se le entregara en 2 hojas bond con sopa de letras en una de ellas esta el objeto de estudio de la psicología transpersonal y en otra hoja el método utilizado de la psicología transpersonal.

Al grupo que termine una de las dos sopas de letras o ambas, gana. Saldrá adelante y dará a conocer las palabras encontradas relacionadas al tema.

“Pupiletras”

Delante en la pizarra se coloca un pupiletra en un papelote donde esta los postulados fundamentales de la psicología transpersonal, a cada grupo se le entrega un plumón y en orden saldrá un representante de cada grupo a marcar una palabra que haya encontrado, y así sucesivamente hasta que se hayan encontrado los 7 los postulados fundamentales de la psicología transpersonal. Después se pasara a explicarlos cada uno.

“Conociendo la psicología transpersonal!”

A cada grupo se le entrega una parte del tema Abraham Maslow y la psicología transpersonal. Luego se les entrega papelotes y plumones para que elaboren gráficos mentales y expongan sus conclusiones del tema.

“Descubro mis habilidades profesionales”

A cada grupo se les reparte algunas habilidades, estrategias que debe tener el profesional de enfermería, para que ello los expliquen relacionándolo a la enfermería en la familia y para que describan el papel que desempeña el profesional de enfermera en la familia.

“las tarjetas preguntonas”

Se elaborarán 5 tarjetas de colores diferentes, un representante de cada grupo elegirá un sobre en donde se encontraran las siguientes 5 preguntas:

1. ¿Defina usted que es la psicología transpersonal?
2. ¿Cuál es el objeto de estudio de la psicología transpersonal?
3. ¿cómo define la psicología transpersonal Abraham Maslow?
4. ¿Qué habilidades sociales debe poseer el profesional de enfermería?
5. ¿Cuál es el papel del profesional de enfermería con la familia?

5.2. MARCO TEÓRICO:

A. TEORIA DE LA COMUNICACION TRANSPERSONAL

1. PSICOLOGÍA TRANSPERSONAL

La psicología transpersonal es un enfoque terapéutico que apunta a que el ser humano alcance niveles óptimos de bienestar y salud psicológica, dando importancia a las modificaciones de los estados de conciencia, más allá de los límites del ego y la personalidad. Conecta lo psicológico con lo espiritual, en la búsqueda de la auto-realización y la auto-trascendencia del hombre.

2. OBJETO DE ESTUDIO

La psicología transpersonal se interesa en esas capacidades y potencialidades humanas últimas que no tienen lugar sistemático en una teoría positivista o conductista, en la teoría psicoanalítica clásica ni en la psicología humanista. Esta emergente psicología se ocupa específicamente del estudio empírico, y de la implementación responsable de los descubrimientos pertinentes, del-devenir, de las meta-necesidades del individuo y de la especie, los valores últimos, la conciencia unitiva. La experiencia mística, la autorrealización, la trascendencia del si-mismo; la conciencia cósmica, los fenómenos trascendentes, la máxima toma de conciencia sensorial.

3. METODO UTILIZADO

La meditación consiste en el principal método en la psicología Transpersonal, es útil para enfocar el diálogo mental y alcanzar la trascendencia, tiene tres componentes primordiales que son: silencio mental, atención a la respiración y visualización; estos componentes están sujetos a tres dimensiones, la primera transcurre entre la no-acción y el dejarse ir, implica inhibición de la actividad física para lograr la pacificación de las emociones y el silenciamiento de los pensamientos logrando a la ausencia del ego; una segunda dimensión establece la importancia de concentrarse en los sucesos que transcurren, es estar alerta a los estados del cuerpo, las emociones, el aquí y el ahora, de esta manera se

involucra un proceso de purificación que permite acceder a una experiencia espiritual reenfocando la existencia a un centro trascendente; en una tercera y última dimensión encontramos el amor universal y la experiencia cósmica, estas características fluyen cuando las pasiones han trascendido, permitiendo que el individuo se convierta en un ser equilibrado funcionando con todo su potencial.

4. POSTULADOS FUNDAMENTALES

- Psico espiritual
- Reacciones físicas y emocionales
- La meditación
- Ego
- Existencialismo
- Pautas sociales
- Desprendimiento

5. ABRAHAM MASLOW Y LA PSICOLOGIA TRANSPERSONAL

Abraham Maslow sostenía que toda teoría factible y precisa de la personalidad debe comprender no sólo las profundidades, sino también las alturas que cada individuo es capaz de alcanzar. Maslow es uno de los fundadores de las psicologías humanista y transpersonal, dos nuevas e importantes ramificaciones surgidas como alternativas al conductismo y el psicoanálisis. Los conceptos de Skinner y Freud, junto con los de sus epígonos, suelen omitir o someter a una explicación reduccionista los méritos culturales, sociales e individuales de la humanidad, como la creatividad, el amor, el altruismo y el misticismo. Fueron precisamente estos aspectos positivos de la humanidad los que despertaron el interés de Maslow.

Las conclusiones a las que llegó un investigador en 1983 siguen aplicándose en la actualidad:

Abraham Maslow ha hecho más por modificar nuestro concepto de la naturaleza y las posibilidades humanas que cualquier otro psicólogo estadounidense de los últimos 50 años. Su influencia, tanto directa como indirecta, sigue extendiéndose,

especialmente en las áreas de la salud, la educación y la teoría administrativa, así como en la vida personal y social de millones de estadounidenses. (Leonard, 1983, p. 326)

Maslow fue un precursor interesado en explorar nuevos problemas y nuevas esferas. Su obra está constituida por un conjunto de reflexiones, opiniones e hipótesis, no por un sistema teórico completo. Más teórico que científico dedicado a la investigación, Maslow rara vez formulaba respuestas concluyentes. Su genio radica en la formulación de preguntas pertinentes, preguntas que muchos científicos sociales de la actualidad aún consideran decisivas.

La psicología transpersonal

Maslow incluía la psicología transpersonal entre las primeras tres fuerzas de la psicología occidental: el conductismo, el psicoanálisis y la psicología humanista.

Para él, el conductismo y el psicoanálisis tenían alcances demasiado limitados para conformar la base de una psicología completa de la naturaleza humana. En gran medida, el psicoanálisis se deriva de los estudios psicopatológicos. Por su parte, el conductismo intenta reducir a principios más simples las complejidades de la naturaleza humana, pese a lo cual no ha logrado dar cuenta satisfactoria de problemas como los valores, la conciencia y el amor.

En los primeros años de la década de 1960, la psicología humanista emanó de la obra de Maslow, Rogers y otros teóricos interesados en la salud psicológica y el funcionamiento eficaz. Numerosos psicólogos humanistas han utilizado las teorías de Maslow, en especial sus estudios en torno a la autoactualización, como marco de referencia para sus textos e investigaciones.

En 1968, Maslow llamó la atención a las limitaciones del modelo humanista. Al explorar los confines de la naturaleza humana, descubrió que había otras posibilidades después de la autoactualización. Cuando las experiencias cumbre alcanzan un grado especial de intensidad, el sentido del yo se disuelve para dar

lugar a la conciencia de una unidad más general. El término autoactualización no parece concordar con estas experiencias.

La contribución de la psicología transpersonal a los temas tradicionales de la ciencia psicológica estriba en el reconocimiento del aspecto espiritual de la experiencia humana. Este plano de la experiencia aparece sobre todo en la literatura religiosa con un lenguaje que, a menudo, resulta poco científico e imbuido de conceptos teológicos. La misión de la psicología transpersonal consiste, pues, en conferir una expresión y un marco científicos a estos materiales.

También he de señalar que considero la psicología humanista o tercera fuerza como una cosa transitoria, una especie de preparación para una cuarta psicología más "elevada", transpersonal, transhumana, centrada en el cosmos y no en las necesidades e intereses de la humanidad, situada más allá de lo humano, de la identidad, de la autoactualización, etc. [...] Necesitamos algo "más grande que nosotros", algo por lo que sintamos reverencia y con lo que podamos comprometernos en un sentido nuevo, naturalista, empírico, no eclesiástico, quizá como hicieron Thoreau y Whitman, William James y John Dewey. (Maslow, 1968, p. iii-iv)

Uno de los preceptos básicos de la psicología transpersonal es que en cada individuo hay un yo más profundo y auténtico, el cual se experimenta en los estados de conciencia trascendentes. Diferente de la personalidad y del yo personal, se trata nada menos que de la fuente de la sabiduría interior, la salud y la armonía.

El Webster's Tenth Collegiate Dictionary define transpersonal como "aquello que se extiende o va más allá de lo personal o individual". Dicha expresión alude a una extensión de la identidad más allá de la individualidad y la personalidad. Una de las premisas de la psicología transpersonal es que desconocemos los verdaderos alcances del potencial humano. La percepción de un vasto potencial de crecimiento dentro del individuo proporciona un contexto para esta rama de la psicología. Entre las antologías de ensayos y artículos básicos en torno a la

psicología transpersonal merecen mencionarse las siguientes: Ornstein (1973), Tan (1969, 1975), Walsh y Shapiro (1983), Walsh y Vaughan (1980, 1993), Frager (1989) Y Valle (1989), todos los cuales presentan perspectivas generales acerca de esta teoría psicológica.

Sin lo trascendente y lo transpersonal, somos seres violentos y nihilistas o, al menos, criaturas sin esperanza y dominadas por la apatía. (Maslow, 1968, p. iv)

Enfoques de la psicología transpersonal

Los principales exponentes de la psicología transpersonal difieren tanto en sus enfoques como en sus intereses. A continuación presentamos varios fragmentos que ilustran dichas diferencias.

Una de las primeras definiciones formales de esta disciplina se publicó en el primer número del Journal of-Transpersonal Psychology:

Psicología transpersonal (o cuarta fuerza) es el nombre que da a una nueva corriente psicológica un grupo de psicólogos y profesionales de varias disciplinas, quienes se interesan en las capacidades y potencialidades últimas que carecen de un lugar sistemático en la teoría positivista o conductista ("primera fuerza"), la teoría psicoanalítica clásica ("segunda fuerza") o la psicología humanista ("tercera fuerza"). (Sutich, 1969, p. 15)

Para algunos, la psicología transpersonal encierra una importancia especial en virtud de que incorpora el saber psicológico de otras culturas y tradiciones:

La psicología transpersonal fusiona los conceptos de las psicologías individualistas de Occidente con las psicologías espirituales del Oriente Lejano y Medio. El descubrimiento de que nuestra propia instrucción es deficiente y que las ideas occidentales no constituyen el centro del universo psicológico tiene efectos perturbadores, al menos al principio. Esta impresión desaparece no bien tomamos conciencia de la inmensa cantidad de trabajos que se han realizado, los cuales, empero, aún esperan ser validados por las herramientas científicas y experimentales de la psicología occidental para apreciar plenamente sus posibilidades. (Fadiman, 1980, p. 181)

Otro de los enfoques mencionados insiste en la inclusión, dentro de la esfera transpersonal, de las experiencias que han sido omitidas o racionalizadas en otros ámbitos de la psicología:

Las experiencias transpersonales pueden definirse como las vivencias en las que el sentido de la identidad o del yo se extienden más allá (trans) de lo individual o lo personal para abarcar aspectos más amplios de la humanidad, la vida, la psique y el cosmos [...]. La psicología transpersonal es el estudio psicológico de las experiencias trascendentes y sus correlativos [los cuales comprenden la vida cotidiana, la creatividad o la espiritualidad que inspiran dichas experiencias]. (Walsh y Vaughan, 1993, p. 3)

Tras realizar un sondeo en el que se reunieron 40 definiciones de esta especialidad (Lajoie y Shapiro, 1992), los autores sintetizaron dichas definiciones en el siguiente enunciado: "La psicología transpersonal se ocupa del estudio del potencial más elevado de la humanidad, así como del reconocimiento, la inteligencia y el estudio de las experiencias de unidad, espirituales y trascendentes."

6. EL MODELO PERENNE

En la psicología transpersonal, el concepto de la naturaleza humana no tiene nada de novedoso, pues siempre ha existido en las culturas humanas. Se la ha llamado filosofía perenne (Huxley, 1944), religión eterna (Smith, 1976) Y psicología imperecedera (Wilber, 1977). Ahí, lo verdaderamente nuevo estriba en el esfuerzo por fundir ideas de muchas tradiciones y culturas en un lenguaje psicológico y un marco de referencia científico modernos.

No todos los psicólogos transpersonales o los estudiosos de las religiones aceptan el supuesto de que hay una tradición perenne común a las diversas formas que adopta la religión. En el otro extremo se encuentran quienes afirman que no hay una experiencia mística y neutra fundamental que después sea interpretada por cada místico. La propia experiencia mística está determinada por

la tradición del místico y no se le puede separar de su contexto religioso y cultural sin que pierda su significado (véase, por ejemplo, Katz, 1978).

El modelo perenne se compone de cuatro premisas básicas (Valle, 1989):

- a) Hay una realidad o unidad trascendente que infunde cohesión a fenómenos aparentemente aislados.
- b) El yo o el self individual no representa sino un reflejo de un self o unidad transpersonal ("después de lo personal") más grande, de la cual provenimos y participamos. No obstante, nos hemos alejado de nuestros orígenes, de ahí la necesidad de regresar a los mismos a fin de recuperar la salud y la humanidad auténticas.
- c) El hecho de que las personas puedan experimentar directamente esta realidad o self superior se encuentra en el centro de las dimensiones espirituales de la vida.
- d) Esta experiencia implica un cambio cualitativo en la percepción de sí mismo y del mundo circundante. Trátase de una experiencia profunda tras de la cual se alcanza una humanidad auténtica.

7. CRITICA AL ENFOQUE

Las grandes dificultades para el reconocimiento y la validación de la psicología transpersonal por el resto de la psicología tiene relación con que su objeto de estudio trasciende los límites teóricos y metodológicos que ofrece la psicología experimental para investigarlos, que pasa además por los supuestos acerca de la realidad que sostenemos.

8. DESARROLLO CONTEMPORANEO

La inclusión en la Psicología del tema del Ser y la Trascendencia, muy lejos de convertirse en una mera disquisición filosófica o abstracta, se convierte rápidamente en una cuestión clínica de primer orden, y el estudio de la conciencia ocupa el centro de la escena académica. Surgen así los tres grandes campos de investigación de la Psicología Transpersonal actual: el estudio de los estados no ordinarios de conciencia; el estudio evolutivo de la conciencia y el intento de integración de las escuelas psicológicas anteriores y actuales. Siendo estos tres campos tan sólo las tres caras de una misma realidad única.

B. HABILIDADES SOCIALES EN ENFERMERÍA. EL PAPEL DE LA COMUNICACIÓN CENTRADO EN EL FAMILIAR.

La enfermería es una disciplina de la rama sanitaria en la cual, al igual que ocurre con las demás de la misma, como bien dicen Peñacoba, Ardoy, González, Moreno & Martínez (2003), resulta tan importante dominar las habilidades sociales como dominar las técnicas específicas de dicha profesión y es por ello en donde la relación interpersonal forma parte de su quehacer diario.

Es por ello que debido a su elevada importancia, debemos hacer referencia que desde mediados de los años setenta y hasta nuestros días, la psicología presta gran interés, bajo la etiqueta de habilidades sociales, a una dimensión social del comportamiento humano que, con otros nombres, ya era estudiada por la psicología social desde los años treinta según cita Eceiza, Arrieta & Goñi (2008).

Sin embargo siguiendo a estos mismos autores, no es hasta la década de los setenta cuando el término habilidades sociales se consolida, se delimitan sus bases teóricas y conceptuales y se genera un volumen bastante amplio de investigación dirigida tanto a la evaluación como al diseño y aplicación de programas de intervención para la mejora de dichas habilidades interpersonales (Eceiza, Arrieta & Goñi, 2008).

Según el autor Caballo (2007) las habilidades sociales constituyen un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Siguiendo a Caballo (2007), tras una revisión realizada por el mismo acerca de 90 estudios realizados entre los años 1970 y 1986 sobre las habilidades sociales se citan a continuación los componentes de las habilidades sociales planteados por el psicólogo:

Componentes conductuales:

- Comunicación no verbal: expresión facial, mirada, gestos, proximidad, tono postural y apariencia.
- Comunicación paralingüística: volumen de voz, inflexiones, tono, claridad, ritmo, fluidez y perturbaciones del habla.
- Comunicación verbal: duración, generalidad, formalidad, variedad, humor y turnos de palabras.

Componentes cognitivas:

- Percepciones sobre el ambiente de comunicación: percepciones de formalidad, percepciones de un ambiente cálido, percepciones del ambiente privado, percepciones de restricción y percepciones de la distancia.
- Variables cognitivas del individuo: competencias cognitivas, estrategias de codificación y constructos personales, expectativas, valores subjetivos de los estímulos y sistemas y planes de autorregulación.

Siguiendo a Marriner (2003), las habilidades de comunicación reflejan la capacidad de expresión de los pensamientos y los sentimientos de la enfermera, dirigidos a proporcionar cuidados al paciente y a las personas con él relacionadas, los familiares.

Es por ello que hemos considerado adecuado definir la palabra comunicación, basándonos en el diccionario de la Real Academia, en el libro de Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud del enfermero y psicólogo Luis Cibanal y del artículo de la revista ARS Médica el cual se titula "¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal?".

Así, comunicación, según el diccionario de la Real academia de la lengua española, significa "Acción y efecto de comunicar o comunicarse", a su vez comunicar significa "Hacer a otro partícipe de lo que uno tiene, descubrir, manifestar o hacer saber a alguien algo".

Además, la palabra comunicación, según el autor Cibanal, Arce & Carballal (2010, p. 6), en su libro Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud, la define como un "Proceso continuo y dinámico entre dos personas, formado por una serie de acontecimientos variables y continuamente en interacción. O, dicho de manera más clara: por una parte, como una manifestación de cómo yo, emisor, te manifiesto a ti, receptor, mi forma de captar, sentir y vivir en estos momentos una realidad y lo que espero de ti al decirte esto. Y por otra parte tú, como receptor, me reflejes (feedback) lo que has captado de lo que yo, como emisor, te acabo de decir, tanto respecto al contenido, al sentimiento y la demanda como a lo que has captado-con el lenguaje no verbal"

En cuanto a la comunicación interpersonal, añadir que al relacionarnos con los demás utilizamos dos tipos de comunicación como bien explican Lucía, Arranz & Aguado (2008) en su libro de "Programa de entrenamiento en habilidades en comunicación":

- Comunicación verbal: supone el contenido del mensaje y éste mediante una lengua con estructura sintáctica o gramatical o con una lengua con un código de signos (lenguaje de signos).
- Comunicación no verbal: supone el acompañamiento o no de la palabra y ésta es expresada mediante el cuerpo y señales de voz entre otras.

Habilidades para la comunicación en salud

- **La empatía** supone una de las habilidades para la comunicación con los familiares y ello se manifiesta mediante la comprensión empática, es decir, poder comprender y experimentar acontecimientos o pensamientos desde la posición del otro.

El uso de la empatía para poder comprender el estado emocional de la familia y la enfermedad del paciente.

- **La cordialidad** es otra habilidad que se consigue mediante un compromiso personal y un esfuerzo por comprender la situación de sufrimiento del familiar.

Usar en nuestra comunicación la autenticidad y la tolerancia.

- **La educación y el respeto** en la manera de expresarnos y actuar garantizan que la comunicación sea eficaz.

Dirigirse a los familiares con respeto, evitando ironías, humillaciones y burlas. Ofrecer una comunicación participativa para fomentar la comunicación entre el profesional y la familia.

Uso de palabras de comprensión pero sin mostrar en la comunicación pena ni piedad.

- Y por último, una de las habilidades encontradas consiste en **escuchar atentamente** realizando una adecuada escucha activa para comprender las peticiones de los familiares y dudas sobre la situación de su familiar.

Estrategias para facilitar la comprensión y recordar los mensajes de salud.

- Las estrategias para facilitar la comprensión consisten en comunicar la información de forma **veraz, inteligible, clara, sencilla, concisa, concreta, evitando los tecnicismos y con un vocabulario accesible.**
- Una estrategia para que los familiares recuerden los mensajes consiste en **ejemplificar los mensajes de salud cercanos al individuo** para que así pueda recordarlos en un futuro.
- Otra estrategia consiste en la utilización de una **expresión oral clara, directa, evitando ambigüedades y suspicacias.**

Así se podrá facilitar la comprensión a los familiares empleando expresiones adecuadas al contexto sociocultural de los mismos para que éstas sean entendidas.

Además se han de analizar las ideas antes de comunicarlas y valorar el propósito del mensaje.

- Ofrecer al comunicarnos **frases sencillas y concretas**.
- **Utilización de un lenguaje sencillo** adaptado al nivel sociocultural de los familiares.
- **Repetir los conceptos claves** para que sean comprendidos y recordados con facilidad por los receptores.
- Otra estrategia consiste en la **observación** realizada a los familiares para poder realizar mediante esta acción una explicación o repetición de forma diferente en caso de no ser entendido el contenido de la información.
- Otra estrategia que influye en la comunicación verbal consiste en escoger un **ritmo adecuado para hablar**, el cual no deberá de ser ni muy rápido ni muy lento.
- Y en cuanto al tono de voz empleado se ha de utilizar un **tono de voz adecuado**, ya que un volumen muy alto condiciona cierto rechazo e impresiona agresivamente por parte del receptor y en cambio un volumen muy bajo impide ser comprendido y aparenta inseguridad y temor.
- Por último para facilitar la comprensión se ha de asegurar la **retroalimentación** con el interlocutor mediante la realización de un feed-back.

Gestos y posturas de los profesionales de enfermería

Durante la comunicación con los familiares, debemos ser conscientes que con la utilización de diversos gestos se puede tranquilizar a los familiares y ofrecerles un apoyo emocional, como ocurre con el contacto físico mediante la utilización de nuestras manos puestas en su hombro, con una presión de manos o con una simple mirada.

- En todo momento se ha de **mantener el contacto visual** con los familiares.
- **Establecer una adecuada expresión facial**, es decir sin gesticular en el momento en el cual estemos escuchando.

- **Mantener una adecuada actitud y apariencia física**, controlando la cercanía o alejamiento corporal con los familiares ya que no hay que realizar ninguna de estas dos opciones.
- Al comunicarnos con los familiares debemos de mantener una **adecuada postura corporal**, es decir, realizando una ligera inclinación del tórax y cabeza en dirección a los familiares y con las manos extendidas hacia ellos para mostrar interés sobre lo que refieren del estado de salud de sus familiares y sobre lo que quieren conocer.

Realizar asentimientos con la cabeza para demostrar que los estamos escuchando. Para mostrar el interés por lo que los familiares comunican, debemos mostrar los ojos bien abiertos, con las cejas levantadas ya que éstos suponen gestos de confianza.

- Para garantizar que la información que les ofrecemos a los familiares sea efectiva y recordada se han de utilizar **gestos ilustrativos**, es decir seguir explicando tras la información verbalmente ofrecida a los familiares y mediante la comunicación no verbal tales gestos como por ejemplo que el paciente lleva colocado el suero en tal mano, es por ello que para favorecer el entendimiento se procede a señalar en qué mano está situado el mismo.

Otros gestos que se pueden realizar durante la comunicación son los **gestos emblemáticos**, los cuales son por ejemplo aquellos empleados para facilitar la comprensión de que su familiar lleva colocada una sonda vesical, para lo cual se procederá a señalar con los dedos de la mano hacia abajo y extender el brazo simulando la salida de fluidos.

VI. CONCLUSIONES:

En cuanto al enfoque transpersonal es algo nuevo, me llama mucho la atención de cómo el sujeto por medio de lo espiritual y de la mente puede sanar una dolencia del cuerpo y creo que es algo que ha entrado en controversión en el campo del ser humano porque es algo que la ciencia muchas veces no se explica sea cual sea la razón creo que es algo que se debe estudiar más a fondo, puede

que esta sea la solución a muchas enfermedades a la que las ciencia no ha encontrado cura.

VII. EVALUACIÓN:

- ¿Defina usted que es la psicología transpersonal?
- ¿Cuál es el objeto de estudio de la psicología transpersonal?
- ¿cómo define la psicología transpersonal Abraham Maslow?
- ¿Qué habilidades sociales debe poseer el profesional de enfermería?
- ¿Cuál es el papel del profesional de enfermería con la familia?

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Abraham Maslow y la psicología transpersonal. Disponible en:
<http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2013/teo-per/14.pdf>

Aguirre Raya, D (2005). Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. Educ. Med. Sup.Vol 19 (3).

Astudillo, W. & Mendinueta, C (2005). ¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal?. ARS Médica. Revista de Estudios Médicos Humanísticos. Vol. 11. Universidad Católica de Chile.

Blanca Gutiérrez, J. J., Blanco Alvaríño, A.M., Luque Pérez, M & Ramírez Perez, M.A. (2008, Febrero). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: revisión sistemática de estudios cualitativos. Revista electrónica cuatrimestral de enfermería: Enfermería Global.Vol.12, 1-14.

Maslow, A. H ., Toward a psychology of being, 2a. ed., Van Nostrand, Nueva York, 1968.

Ramírez A, Acosta K, Quiñonez C y Sandoval P. Enfoques psicoanálisis, humanismo, gestalt, transpersonal, conductista y cognitiva. Actualizado el viernes, 19 de noviembre de 2010. Disponible en:
<http://epsicologia2010.blogspot.com/2010/11/enfoques-psicoanalisis-humanismo.html>

SESIÓN EDUCATIVA Nº 04

TEMA: " Registro de cuidado de enfermería humanizado "

I. GENERALIDADES:

- 1.6. **TÍTULO** : "Registro de cuidado de enfermería humanizado"
- 1.7. **INSTITUCIÓN** : HOSPITAL III – EsSALUD
- 1.8. **SERVICIO** : MEDICINA
- 1.9. **DURACION** : 2 HORAS
- 1.10. **RESPONSABLE** : Bach. Enf. Rosa Fanny Cabanillas Montoya

II. INTRODUCCIÓN:

La enfermería es una de las profesiones dedicadas al cuidado de la salud del ser humano. Se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud. Desde otra perspectiva, puede suplir o complementar el cuidado de los pacientes desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico.

La Asociación Norteamericana de Enfermeras declara desde 1980 en un documento denominado «Nursing: A Social Policy Statement» que la enfermería es: «El diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales».

El cuidado es la esencia de Enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la Humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación.

Sin embargo las institucionales hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo, reduce lo humano a lo biológico alejando el trabajo de las Enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado.

Las instituciones hospitalarias como subsistemas sociales, cumplen la función de socializar a los individuos con pautas, normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema, de esta forma el cuidado holístico se vea dificultado por las múltiples tareas delegados de tipo biomédica quedando relegado acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y familia en forma cercana denominado por Watson "cuidado transpersonal", dichas acciones valorizadas por los usuarios.

III. OBJETIVOS:

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Al finalizar la sesión educativa "Registro de cuidado de enfermería humanizado", las enfermeras profesionales y técnico de enfermería; serán capaces de analizar, diseñar y aplicar un registro de cuidado de enfermería humanizado.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Las enfermeras profesionales y técnico de enfermería del servicio de medicina, estará en la capacidad de:

3.2.1. Explicar las bases teóricas del cuidado humanizado.

3.2.2. Diseñar un registro de cuidado de enfermería humanizado

IV. ESTRATEGIA METODOLOGICA:

	TEMA CORRESPONDIENTE	EQUIPO ENCARGADO	Enfermeras profesionales y técnico de enfermería
M O T I V A C I O N	REGISTRO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA HUMANIZADO	La responsable manifestara el nombre del tema que se desarrollara. Mediante un video para motivar a los alumnos.	Las enfermeras profesionales y técnico de enfermería; escucharan atentamente el video.
	DEFINICION	La responsable del tema repartiran hojas impresas con el tema para que los alumnos realicen una lectura rapida sobre la definicion de enfermeria de cuidado humanizado y mediante la tecnica ARMA TU ESTRATEGIA Y AL FINAL EXPLICARAN LO QUE ENTIENDEN	Las enfermeras profesionales y técnico de enfermería; escucharan atentamente las indicaciones del grupo y participaran con la dinamica ARMA TU ESTRATEGIA Y expresaran brevemente porque PUSIERON LO RESPECTIVO INFORMACION DAR Y EXPLICARA

	<p>Valores importantes del enfermera en la praxis de los cuidados</p>	<p>La responsable del tema expondrán en diapositivas el tema, valores importantes del enfermera para que los alumnos realicen un crucigrama referente al tema mediante la técnica RIMANDO Y ESTUDIANDO, al final explicaran la relación que tiene con el tema desarrollado.</p>	<p>Las enfermeras profesionales y técnico de enfermería; escucharan atentamente las indicaciones del grupo y participaran con la dinámica "RIMANDO Y ESTUDIANDO" Y explicaran a su manera el tema asignado</p>	<p>F E</p>
	<p>PARADIGMA BIOMEDICO</p>	<p>La responsable del tema expondran en diapositivas el tema PARADIGMA BIOMEDICO para que los alumnos realicen una breve descripción mediante imagenes referente al tema</p>	<p>Las enfermeras profesionales y técnico de enfermería; escucharan atentamente las indicaciones del grupo y participaran con la dinámica UNA IMAGEN VALE MAS QUE MIL PALABRAS al final explicaran la relación que tiene con el tema desarrollado</p>	<p>U V C F</p>

	<p>Visión humanista del cuidado de enfermería</p>	<p>El responsable del tema proporcionaran a los grupos pequeñas hojas de colores donde escribirán palabras claves del tema para que los alumnos expliquen lo que entendieron del tema mediante la técnica HOJAS MAGICAS</p>	<p>Las enfermeras profesionales y técnico de enfermería; escucharan atentamente las indicaciones del grupo y participaran con la dinámica HOJAS MAGICAS, donde escribirán palabras que ellos creen que son esenciales para explicar el tema.</p>	<p>H M</p>
	<p>EVALUACION DEL TEMA DESARROLLADO</p>	<p>Los responsables del tema realizaran una evaluación y retroalimentaran las dudas de los alumnos mediante la técnica GUSANITO PREGUNTON</p>	<p>Las enfermeras profesionales y técnico de enfermería; escucharan atentamente las indicaciones del grupo y participaran con la dinámica GUSANITO PREGUNTON. Donde deberán responder a las preguntas realizadas por el grupo responsable</p>	<p>G P</p>

V. CONTENIDO:

5.1. MARCO CONCEPTUAL:

a. INTEGRALIDAD.

Orienta el proceso de cuidado en enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.

b. INDIVIDUALIDAD.

Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.

c. CONCEPTO DE HUMANIZACIÓN:

Se parte de la realidad misma en que se vive; se define así como una cualidad o característica que nos diferencia de las otras especies, tal como la evolución del hombre en el trato social comprendiendo aspectos sensibles, como la acción de un error, la imperfección, son cosas que nos hace más humanos, más mortales y vulnerables a los cambios no solo biológicos también socioculturales. La humanización se desarrolla desde la interacción de un individuo con otro, comprendiendo las virtudes, diferencias, defectos y la tolerancia de estos mismos.

El trato humanizado ha variado y evolucionado a tal punto que las generaciones se desprenden de esta cualidad, que nos permite reflexionar frente a las acciones que le suceden a otros.

El acto más humano se ve reflejado cuando el individuo deja de coexistir para sí mismo, y emprende una visión analítica a su entorno cuya misión se desarrolla sin

actuación, ya que por más seres humanos no está automatizado el concepto en nuestro raciocinio, y se presenta como una misión autónoma

d. CALIDAD.

Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos.

La calidad se refleja en la satisfacción de la persona usuaria del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio.

e. CONTINUIDAD.

Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida, en los periodos de salud y de enfermedad. Se complementa con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, la familia y las comunidades lo solicitan, o cuando lo necesitan, para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones.

f. EL HUMANISMO

Resulta insostenible tratar de mejorar la calidad humana de la asistencia, en este caso, mediante la creación y puesta en marcha de un plan de acogida y acompañamiento, sin hablar del ser humano ni de la verdadera esencia y sentido de la enfermería que sería el cuidado del mismo.

1) En cuanto al ser humano:

El ser humano es un todo, es una estructura configurada por muchos elementos integrados e interrelacionados de forma ordenada. La estructura humana es muy compleja y pluridimensional. La persona tiene muchas dimensiones, refiriéndose cada dimensión a una particularidad de la misma. Precisamente por esto el ser humano es complejo. Además si añadimos que cada persona, es totalmente

diferente a otra y que está influenciada por el entorno, la cosa se complica aún más.

El ser humano siempre está en proceso de estructuración. La persona a lo largo de su vida y de forma continua puede crecer en muchas dimensiones (en la dimensión intelectual, emotiva, social, religiosa...). Pero al mismo tiempo no es una estructura inalterable sino que esta estructura puede desestructurizarse.

2) La esencia de la enfermería:

La verdadera esencia de la enfermería es el ejercicio de acompañar y de cuidar a aquellas personas que están enfermas así como a sus cuidadores (familias). Es importante cuidar a la familia sobre todo en aquellos casos en que la persona enferma padece enfermedades crónicas ya que se establece entre ésta y el cuidador lazos de dependencia.

Para ello es importante conocer lo que comporta verdaderamente el hecho de "cuidar" y los requerimientos necesarios del personal de enfermería para llevar a cabo los cuidados.

Según Walter Hesbeen los cuidados de enfermería son algo más que la actividad profesional de enfermería es la complejidad, susceptibilidad de una persona humana versus a una persona humana.

Es aquí donde radica todo el profesionalismo, en la capacidad de establecer una relación de humano a humano transmitiéndole a la otra persona una atención especial hacia ella y no sólo en el conjunto de actos que componen el trabajo de enfermería.

5.2. MARCO TEÓRICO:

A. Definición:

La humanización en la atención de enfermería, se debe tener un acertado equilibrio, es decir, ser sensibles ante la situación del enfermo, pero controlando emociones que permitan ayudarlo a una mejor y más rápida recuperación.

El objetivo es actuar de forma óptima en la atención de enfermería donde se llegue a un análisis que permita indagar activamente causas y razones de conflictos interpersonales e interpersonales que ponen en peligro una atención humana.

B. Los factores que impiden una atención humanizada de parte de la enfermera hacia el paciente son:

- ❖ La personalidad de la/el enfermero.
- ❖ El agotamiento de la actividad del enfermero.
- ❖ La incomprensión de los estados de enfermedad de un paciente al punto de cuestionarlos.
- ❖ La incompetencia formativa y moral del enfermero.
- ❖ La falta de individualidad en el trato a un paciente.

C. LA FILOSOFÍA Y TEORÍA DE WATSON: base para el diseño de un registro de cuidado de enfermería humanizado

Jean Watson basa la confección de su teoría en siete supuestos y diez factores de cuidados o factores caritativos de cuidados (FC), los que serán examinados.

En primer lugar, los supuestos, que son premisas asumidas como verdad sin comprobación, se detallan a continuación:

- El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. Los cuidados son contextuales a la época, al lugar geográfico, a las necesidades de

una población o de un individuo en particular, y a los elementos con que se cuenta y por ello requieren de un conocimiento del ambiente que rodea al individuo y del conocimiento del individuo en sí.

- El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas. El cuidado tiene destino, efectos y objetivos.
- El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar. El cuidado promueve la satisfacción de necesidades, por tanto propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente.
- Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso.
- La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud
- La práctica del cuidado es central en la enfermería.

Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. El acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica.

En segundo lugar expondremos los diez FC que después Watson denomina Proceso Caritas de Cuidados (PCC), que corresponde a una extensión de los anteriores, pero ofrece un lenguaje más fluido para entender en un nivel más profundo las dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas.

Así se expondrá una síntesis de los originales FC y su transformación luego al PCC, puntualizando sobre su marco conceptual para facilitar la comprensión de los cuidados de enfermería como la ciencia del cuidar. Estos son:

1. "Formación humanista-altruista en un sistema de valores", se convierte luego en la "práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado

consciente". Watson asume que el "día a día" de la práctica profesional requiere que la enfermera/o evolucione en su desarrollo moral. Si bien la formación de cada uno en la infancia y juventud temprana está marcada por el contexto socio-cultural de pertenencia, esto no significa la permanencia en un sistema estático.

Es importante una acabada reflexión sobre el propio desarrollo moral, ya que es la única forma de comprender los sistemas morales ajenos. Esto parte de una reflexión de la propia experiencia y del desarrollo a lograr individualmente. De esta forma la introspección debería formar parte de nuestras prácticas diarias, tal como lo constituye, por ejemplo, la meditación para otras culturas. Es útil así la meditación, la reflexión y la terapia en caso necesario, así como el desarrollo de aptitudes artísticas que ayuden al profesional a encontrarse consigo mismo.

Este sistema de valores debe combinarse con el conocimiento científico que guía la acción de la enfermera, pero sin olvidar que los conocimientos científicos por sí solos no ayudarán a la relación con otros. Por esto, un paciente no es un personaje sobre el cual es factible escribir en primera persona, es un ser humano libre que debe narrar su propia biografía.

Watson otorga gran importancia a la formación en ciencias humanas, aspecto muy olvidado en la formación profesional, que brinde las herramientas necesarias para comprender las dinámicas sociales, culturales y psicológicas de los individuos. No es posible elegir sólo cuidar a aquellos que concuerdan con nuestro sistema de valores, raza, clase social, generación, etc. Cuidamos a seres humanos diferentes y únicos. Watson por tanto, integra —emulando a Gilligan— el cuidado amoroso con la ecuanimidad, esto requiere de un desarrollo evolutivo moral, no sólo de un desarrollo del conocimiento.

2. "Incorporación de la fe - esperanza", se convierte luego en "Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado".

Este factor habla de la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, dado que ha estado presente a lo largo de toda nuestra historia y por lo tanto también a lo largo de la narrativa que da cuenta de nuestra convivencia como especie humana, en los que ha habido influencias de lo mágico, las oraciones y los encantos. De este modo, el permitir que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales para permitir que les ayude a mantener la fe en ellos mismos, contribuirá a la sanación o mantención de la salud. Esto proviene de una costumbre arcaica, ya que en muchas culturas la fe y la sanación eran resorte del mismo oficiante; sucede así, por ejemplo, en las comunidades indígenas, y así es como actualmente se intenta incorporar sus propios rituales.

Particularmente en Chile, en la asistencia del parto de miembros de la comunidad Aymará, o en EE.UU, donde a los miembros ortodoxos de la comunidad judía se les permiten los alimentos kosher. Entonces, y de acuerdo al viejo aforismo, "no siempre es factible curar, pero siempre cuidar", la fe no necesariamente logrará la curación; pero siempre estará asociada al cuidado.

3. "El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros" será redactado más tarde como "El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión". Para

Watson el ser humano es en primer lugar un ser sintiente. Es habitual que en la práctica sanitaria se separe el desarrollo profesional de este ámbito, producto de lo cual las personas tienden a esconder, negar o disimular sus sentimientos. Esto llevará a no tratar con los propios sentimientos, a temerles y a no poder cambiarlos cuando éstos no son positivos.

Un individuo que rehúsa reconocer sus propios sentimientos, difícilmente logrará entender los de los otros. Por otra parte, se tiende a proteger al paciente de sentimientos negativos, para que no llore, o muestre ansiedad. Estos sentimientos forman parte de la vida y de los procesos que vivimos como seres humanos.

Las conductas de evitación también tienden a ser habituales, como el temor a enfrentarse al paciente que va a morir, la aprensión a contestar preguntas, y enfrentar situaciones de duelo y dolor. Todas estas situaciones están presentes en el día a día de la labor de enfermería. Es por ello que el practicar la sensibilidad hacia sí mismo y los otros adquiere relevancia, y Watson destaca que esta sensibilidad se ve reforzada por la formación valórica. El cultivar un desarrollo evolutivo moral debe ser tan importante como mantenerse al día en las técnicas y conocimientos, como asimismo la apertura a desarrollar sentimientos como la fe y esperanza. El desarrollo de la sensibilidad forma parte de un ser auténtico y honesto, que no teme develar su rostro ante la vulnerabilidad y el dolor.

4. "El desarrollo de una relación de ayuda y confianza". El cuidar la relación humana se convierte en "Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza". Una relación de cuidado depende de los factores de cuidados enunciados anteriormente. Esta relación de confianza va unida con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos.

Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad. Watson delimita tres guías para evitar la incongruencia: en primer término, las enfermeras/os no deben jugar roles estereotipados, ni emitir discursos programados cual "contestador telefónico", ya que esto bloquea la autenticidad y aleja al paciente; en segundo término, el ser capaz de reconocer las dificultades que conlleva la relación con otros pasa por el comprender que toda relación, al menos, tiene dos emisores y dos receptores; y en último término, que si bien las experiencias que otorgan los pacientes son vitales, también lo son las propias experiencias.

Este es un proceso de autoaprendizaje, en el que la introspección es fundamental. La relación de cuidado está basada en la creencia que el ser para el cuidado es único, es persona y es capaz de ejercer su libertad y su autonomía, en mayor o menor grado. Más específicamente, los pacientes o usuarios no nos

pertenecen, ni su cuerpo, ni sus problemas, ni su espíritu. A modo de ejemplo: muchas veces en el cuidado de un paciente grave, que no está consciente y no puede ejercer autonomía en relación a sus funciones corporales, la certeza que es un cuerpo ajeno, pero el cuerpo de una persona, ayudará a no cosificarlo y a respetarlo como tal.

5. "La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos". Esta es una parte inherente a la formación de una relación de ayuda y de confianza. Watson la enuncia más tarde como un "estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida". Las emociones juegan un rol preponderante en la conducta humana y para Watson son "una ventana por la cual se visualiza el alma". Es ampliamente aceptado que la comprensión intelectual y la emocional de la misma información son bastante diferentes, esto es más acentuado cuando las situaciones conllevan un efecto negativo, por ejemplo, situaciones como la ansiedad, el estrés y la confusión, o incluso el temor, pueden alterar la comprensión y la conducta. La libre expresión de estos sentimientos permite no elaborar sentimientos defensivos, de negación o aumentar el estrés. La labor del profesional de enfermería es permitir la expresión de estos sentimientos, que es congruente con visualizar al otro como un ser para el cuidado.

6. "El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial", se convierte en: "el uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia". Watson se refiere a la sistematización excesiva de normativas que impiden el desarrollo creativo de esta profesión. Las enfermeras realizan multiplicidad de procedimientos y suponen que la corrección de estos procedimientos es la manifestación de la utilización de un método científico, por ejemplo, el uso del proceso de enfermería, el que Watson visualiza como un método de resolución de problemas para asistir con una decisión a todas las situaciones de enfermería.

Esto es importante, porque la sistematización de los procesos no debe ser un impedimento para investigar, estudiar y desarrollar habilidades, para enfrentar situaciones nuevas. El mal uso de los formatos impide visualizar la profundidad del fondo, cuando se realizan mecánicamente, esto es relevante pues –en último término– es lo que distingue a un técnico de un profesional. El proceso de enfermería –un instrumento que aún se utiliza y que está abocado a diagnosticar las necesidades de los pacientes y a programar las acciones para darles solución, como asimismo a la evaluación de estas acciones–se suele convertir en un proceso mecánico, que normalmente no está centrado en el paciente sino en la patología. Si se agrega a esto un deficiente profesionalismo, en el sentido de no ser reconocidos por el colectivo social como auténticos profesionales y con autopercepción de sacrificio y sumisión, puede desembocar en una posición rígida, autocontrolada, y autodestructiva, lo que daña profundamente al propio practicante y dificulta la relación terapéutica. El no delimitar el campo propio de realización de enfermería y referirlo a un campo biomédico no hacen posible la autonomía y la creatividad.

Según Watson, para cumplir la misión de brindar cuidados efectivos es indispensable cambiar esta imagen, adquirir autoconfianza y ejercer más autonomía. Para esto el instrumento privilegiado es la investigación, el 7. "La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal". Luego deriva a: "Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro". Este factor de cuidado es el que más ayuda al usuario a ser partícipe activo del estado de su propia salud y a tomar las decisiones en pos de mantenerla, recuperarla, mejorarla, o en otros casos a prepararse para determinados eventos. La enfermería como profesión ha estado muy ligada a la educación en salud; sin embargo, Watson considera que la educación que se brinda es ante todo información, concretizada en una lista de acciones a realizar o a evitar. Dicha información no se apropia de un sello que la distinga de otros modos de obtenerla, como por ejemplo a través de los medios de comunicación, donde también se brinda educación en salud, periódicamente. La educación en salud, efectuada por profesionales de la salud, requiere establecer una relación

intersubjetiva para otorgar una educación personalizada y dirigida. La educación en salud persigue un cambio positivo y proactivo de los usuarios, cambio que –según Watson– es difícil de obtener, si no se incorporan nuevos paradigmas. La información –prosigue Watson– es un componente de la educación, pero no el todo. Si bien se han dado importantes pasos en este rubro, no es menos cierto que por escasez de tiempo, o motivación, se suele seguir informando a los pacientes, sin educarlos, y sin educarse a través de ellos, ya que la educación es un proceso de retroalimentación para ambas partes, y no una mera entrega de conocimientos.

El cuidado supone el brindarlo en base a las necesidades sentidas de los usuarios/pacientes/clientes. Una actitud efectiva de cuidado, por tanto, supone un conocimiento de lo que los individuos necesitan. Personalizar los cuidados es, en buenas cuentas, mantener una actitud respetuosa hacia las particularidades de un individuo, comunidad o población.

La generalización tiende a neutralizar los sujetos, a masificarlos y, además, a no obtener buenos resultados.

Según Rogers –a quien cita Watson– la enseñanza no es función de un buen currículum clínico ni académico del educador, es un proceso mucho más complejo, que parte de tener la habilidad para lograr, en el marco de una relación –en este caso, educador-educando– cambios de conducta. Esto pasa necesariamente por nutrirse de los educandos, y no de un mero recitar conocimientos.

8. “La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural” se convierte en: “creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”. Watson divide este ambiente en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí. Ambos contienen variables, por ejemplo del medio ambiente externo surgen las variables como seguridad, confort, abrigo; y del medio ambiente interno surgen la

autorrealización, comunicación, etc. A partir de estas variables surgen las necesidades, que Watson define como el requerimiento de una persona, que de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del individuo.

9. "La asistencia con la gratificación de necesidades humanas". Las que posteriormente llama: "La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger". Las necesidades humanas están estratificadas. De acuerdo a Watson, el primer nivel está representado por las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas, por ejemplo: nutrición, eliminación y ventilación. En el segundo nivel se ubican las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo - actividad, y las sexuales. En un tercer nivel, las integrativas o necesidades psicosociales, de pertenencia y logros. En el nivel más elevado se ubican las necesidades intra/interpersonales; la necesidad de realización del sí mismo, tendientes a la búsqueda de crecimiento personal.

Watson acota que los factores socioculturales afectan todas las necesidades en todos los niveles. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades.

10. "El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales". Este último factor de cuidado es el método para lograr trabajar en la satisfacción de ellas: la fenomenología, concepto que Watson define así: "se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos... La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión. Esta orientación es útil para la enfermera, ya que ayuda a reconciliar o mediar la incongruencia de los

diferentes puntos de vista de la persona en forma holística; y al mismo tiempo, atender al orden jerárquico de sus necesidades”.

Los diez factores expuestos por Watson ayudan a delimitar lo que es el cuidado profesional, ya que si bien una enfermera/o, puede ayudar al otro a resolver problemas y promover a restaurar su salud, no puede crearle ni restaurarle la salud. La enfermera, entonces, como acota Watson, es responsable de ofrecer condiciones para que el paciente/ usuario resuelva sus propios predicamentos. Cada persona desarrolla su forma de encontrar significados en la vida, y esto es válido para los individuos enfermeras/os, ya que confrontan su forma de estar en el mundo

ante un evento que es la enfermedad, pero éste es un proceso individual, en toda su profundidad.

VI. CONCLUSIONES:

- El cuidado humano implica una actitud consciente y de responsabilidad y de involucramiento afectivo con el otro ser humano
- La humanización en Enfermería es cuestión de hacer y de ser, los administradores debemos crear conciencia de las deficiencias de nuestros profesionales, detectarlas y aportar soluciones en beneficio de todos, debemos esforzarnos por conseguir una asistencia más humana y de un alto nivel
- Humanización del cuidado es la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad centrada individuo, a través de un vínculo
- la humanización del cuidado es una responsabilidad profesional ineludible, implícita en el quehacer asistencial y, reto para la ética profesional.
- En la conducta profesional, la humanización del cuidado debe iniciarse por una comprensión fundamental sobre lo que este concepto partiendo de la realidad misma, acudiendo a ella con herramientas teóricas que permitan abordarla y conceptualizarla, pero sobre todo ir analizándola y evaluándola no aisladamente, sino inmersa en una situación cambiante que favorezca la atención de Enfermería, basado en el amor como valor universal de vida, el cual es desinteresado e

incondicional, que nos lleva a comportarnos de manera humana, comprensivos, responsables, respetuosos y preocupados por los usuarios, y a trabajar para hacer menos dura su situación conflictiva

VII. EVALUACIÓN:

- Defina cuidado humanizado?
- Cuáles son los factores que impiden un cuidado humanizado
- Mencione los Valores importantes del enfermero/a en la praxis de los cuidados
- Realice una lista de cuidados humanizado para realizar un registro del cuidado de enfermería humanizado

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Colegio de enfermeras(os) del Perú, consejo nacional. "normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero". Lima – Perú 2008. Disponible en : http://www.cep.org.pe/beta/download/NG_CDCE.pdf

Espinoza L. Huertas K. y colaboradores. "El cuidado humanizado y la percepción del paciente en el Hospital EsSalud Huacho. Octubre de 2010". Disponible en:
http://www.uap.edu.pe/Investigaciones/Esp/Revista_13_Esp_05.pdf
http://digitallibrary.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21526/1/2009_2.pdf

Esther Cotrina Montenegro (docente F. medicina UNMSM) 2007 "Cuidado de Enfermería". Disponible en:
<http://www.slideshare.net/drais020810/cuidado-de-enfermeria-9087117>.

María Luisa Pfeiffer. Bogotá. "La ética y humanización del cuidado de enfermería". Disponible en:
http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=65.

Portalesmedicos.com. "Cuidado humanizado de Enfermería y nivel de satisfacción de los familiares de usuarios atendidos en el Servicio de Emergencia". Olga Valderrama. Perú 2010.. Publicado 16/02/12. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/4062/1/>

Watson J. Nursing: Human science and human care. Connecticut: AppletonCentury Croft; 1985.

Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Boston: Little-Brown;1979.

Watson, J. The theory of human caring: retrospective and prospective. Nurs Sc Quart. 1997; 10(1): 49-52.

ANEXO DE SESIÓN EDUCATIVA 04

PROPUESTA DE REGISTRO DE CUIDADO DE ENFERMERÍA HUMANIZADO:

EsSalud Hospital III
Chimbote

FECHA	HORA	CUIDADO HUMANIZADO						ANOTACIONES DE ENFERMERÍA
		TOQUE TERAPEUTICO	ESCUCHA	MIRA AL PACIENTE	CONVERSA CON ELLA/EL	SONRÍE	EDUCA A LA FAMILIA	

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ N° DE CAMA: _____
N° DE SEGURO: _____ N° DE H.C.: _____

- 1: Nunca
- 2: Casi nunca
- 3: A veces
- 4: Casi siempre
- 5: Siempre

ANOTACIONES DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr.(a):.....

..... en especial afecto y consideración me presento para darle a conocer el proyecto de investigación intitulado: **“EFECTIVIDAD DEL MODELO DE GESTIÓN HUMANISTA EN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL III – EsSALUD, CHIMBOTE 2015”**.

Este trabajo es compartido por cada uno de los informantes, por lo cual le agradeceré se sirva participar haciendo uso de su poder de recordación y de fidelidad de los datos, teniendo en cuenta que se protegerán en el anonimato.

Rosa Fanny Cabanillas Montoya

Teléfono

En mi calidad de participante del presente estudio, acepto que he comprendido lo consignado en este documento y que me siento perfectamente esclarecido sobre el contenido del mismo. Declaro que por mi voluntad participar en la investigación, mediante información verdadera; en fe de lo cual, firmo a continuación.

Nombres y Apellidos

DNI