

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
ESCUELA DE POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**



**“CUIDADO DE ENFERMERÍA VIVENCIADO POR PACIENTES
ADULTOS HOSPITALIZADOS EN UNA CLÍNICA PRIVADA,
CHIMBOTE 2016”**

TESIS DE MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AUTORA:

Bach. Rosa María Isabel Calatayud Velásquez

ASESORA:

Dra. Enf. Margarita Huañap Guzmán

NUEVO CHIMBOTE-PERU

2017

Registro N°:.....

AVAL DE INFORME DE TESIS

El Informe de Tesis: “**CUIDADO DE ENFERMERÍA VIVENCIADO POR PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS EN UNA CLÍNICA PRIVADA, CHIMBOTE 2016**”, que tiene como autor a la Bach. Calatayud Velásquez, Rosa María Isabel, ex alumna de la Maestría en Ciencias en Enfermería; ha sido elaborada 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. Enf. Margarita Huañap Guzmán

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL JURADO EVALUADOR

El informe de tesis **CUIDADO DE ENFERMERÍA VIVENCIADO POR PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS EN UNA CLÍNICA PRIVADA, CHIMBOTE 2016**, elaborado por la Bach.: Rosa María Isabel Calatayud Velásquez, para obtener el grado de maestro en Ciencias de Enfermería en la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional del Santa, tiene la aprobación del Jurado Evaluador.

PRESIDENTA

SECRETARIO

VOCAL

HOJA DE CONFORMIDAD DEL JURADO EVALUADOR

**CUIDADO DE ENFERMERIA VIVENCIADO POR PACIENTES ADULTOS
HOSPITALIZADOS EN UNA CLÍNICA PRIVADA, CHIMBOTE 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS EN
ENFERMERÍA**

Revisado y Aprobado por el Jurado Evaluador:

.....
Dra. Isabel Matilde Morgan Zavaleta

PRESIDENTE (A)

.....
Mg. Yolanda Micaela Rodríguez Barreto

SECRETARIA (O)

.....
Dra. Margarita Huañap Guzmán

VOCAL

DEDICATORIA

A mis padres,
por su amor, apoyo incondicional,
consejos, ejemplo de unidad y superación
que ha fortalecido
mi vida personal y profesional
permitiéndome lograr mis metas.

A mis hermanas por su amor y
comprensión

A mi hija Yuriana Asiri, por ser
la persona más importante y
que me impulsa a ser cada día
mejor.

AGRADECIMIENTO

A mi familia, por compartir buenos y difíciles momentos, darme el aliento y la confianza para llegar a culminar el presente trabajo de investigación.

Al todo poderoso por acompañarme en los momentos maravillosos y difíciles.

A mi asesora Dra. Enf. Margarita Huañap Guzmán por su paciencia, consejos, críticas constructivas y aportaciones que sirvieron para mejorar y concluir la tesis.

A mi Alma Mater que me brindó la oportunidad y el orgullo de estudiar y sobre todo de contar con buenos docentes quienes me brindaron sus conocimientos y consejos para formarme de manera profesional y personal.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO I.....	14
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	14
1.1. Presentación y delimitación del problema.....	14
1.2. Objeto de estudio.....	18
1.3. Formulación del problema.....	18
1.4. Objetivos.....	19
CAPÍTULO II.....	20
MARCO TEÓRICO.....	20
2.1. Antecedentes.....	20
2.2. Marco conceptual	22
2.3. Marco referencial	30
2.4. Definición de las variables.....	34
CAPÍTULO III.....	37
TRAYECTORIA METODOLÓGICA.....	37
3.1. Tipo de investigación.....	37
3.2. Escenario de estudio.....	38
3.3. Muestra.....	39

3.4. Unidad de muestreo.....	40
3.5. Instrumentos para la recolección de datos.	40
3.6. Procedimiento.....	40
3.7. Control de calidad de los instrumentos	44
3.8. Consideraciones éticas y de rigor.....	45
CAPÍTULO IV.....	47
HALLAZGOS.....	47
CAPÍTULO V.....	50
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	50
CAPÍTULO VI.....	69
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	69
6.1. Conclusiones.....	69
6.2. Recomendaciones.....	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS	85

RESUMEN

El presente estudio de naturaleza cualitativa y de trayectoria fenomenológica, fué desarrollado con el objetivo de analizar y comprender el cuidado de enfermería vivenciado por los pacientes adultos hospitalizados en una clínica privada. Participaron como sujetos de la investigación ocho pacientes adultos procedentes de diversas zonas de Chimbote y distritos aledaños. La recolección de los discursos se realizó a través de la entrevista en profundidad. El análisis de los discursos se realizó según la trayectoria fenomenológica en la perspectiva de Martín Heidegger asimismo se sustenta en el enfoque teórico del Cuidado Humano según el referencial de Regina Vera Waldow y Jean Watson, develándose el significado del cuidado de enfermería vivenciado por los pacientes adultos hospitalizados, a través de la construcción de 3 unidades de significado y 12 sub unidades respectivamente: **Emergiendo un buen cuidado** (Buen trato de las enfermeras, gratitud al personal, facilitan el apoyo familiar); **Declinando la relación enfermera-paciente** (Escasa comunicación, cumplen funciones interdependientes, trato inadecuado y desigual). **Brindan cuidado Fragmentado** (Atención de necesidades fisiológicas, falta de atención nocturna de las enfermeras, omisión del horario en la administración de medicamentos, generando sentimientos de incomprensión y aceptación, carencia de afecto y apoyo emocional de las enfermeras, necesidad de ayuda). **Autora:** Calatayud Velásquez Rosa. **Asesora:** Dra. Enf. Huañap Guzmán Margarita.

FRASES CLAVES: Cuidado de Enfermería, Pacientes Adultos Hospitalizados, Clínica Privada.

SUMMARY

The present study is qualitative and of phenomenological trajectory, was developed with the objective of analyzing and understanding nursing care experienced by adult patients hospitalized in a private clinic. Eight adult patients from different areas of Chimbote and surrounding districts participated as subjects of the research. The collection of the speeches was made through the in-depth interview. The analysis of the speeches was made according to the phenomenological trajectory in the perspective of Martín Heidegger is also based on the theoretical approach of Human Care according to the reference of Regina Vera Waldow and Jean Watson, revealing the meaning of the nursing care experienced by the adult patients Hospitalized, through the construction of 3 units of meaning and 12 sub units respectively: **Emerging good care** (good treatment of nurses, gratitude to staff, facilitate family support); **Declining the nurse-patient relationship** (Poor communication, they fulfill interdependent functions, inadequate and unequal treatment). **They provide fragmented care** (attention to physiological needs, lack of night care for nurses, lack of time in medication administration, generating feelings of incomprehension and acceptance, lack of affection and emotional support of nurses, need for help). **Author: Calatayud Velásquez Rosa. Adviser:** Dr. Enf. Huañap Guzmán Margarita.

KEY PHRASES: Nursing Care, Hospitalized Adult Patients, Private Clinic.

INTRODUCCIÓN

Trabajando como enfermera asistencial en una clínica privada, he tenido la oportunidad de brindar cuidados a pacientes adultos, quienes emitieron diversas opiniones sobre el cuidado de enfermería recibido durante su permanencia. Observé que no todos los pacientes lo vivencian igual, para algunos este cuidado es grato, y para otros es indiferente, ello me ha hecho reflexionar sobre el cuidado de enfermería que reciben los pacientes hospitalizados en una clínica privada.

Así mismo en muchas ocasiones al paciente hospitalizado postrado en una cama, recibe cuidados dirigidos principalmente a los problemas biológicos, sumido en su dolor, en su soledad e incertidumbre, temeroso y demostrando gran angustia por su estado de salud deteriorada, probablemente con gran necesidad de ser escuchado y comprendido.

Paralelamente a esta situación, también observé lo opuesto, pacientes adultos que manifestaron recibir “buenos cuidados de enfermería”.

Esta realidad provocó en mí una inquietud que me condujo a preguntarme ¿Cómo es el cuidado de enfermería en una clínica privada?

Al respecto el cuidado de las personas ha sido identificado como el centro o esencia de la enfermería, por lo que es necesario que, la enfermera profundice su conocimiento en los seres humanos y valore su trabajo.

Frente a estas observaciones e inquietudes y ante mi convicción, que el paciente es la persona más importante, y que se trabaja en torno a él, como persona total, surge mi preocupación de investigar y comprender el cuidado de enfermería como fenómeno vivencial a través de una investigación cualitativa que permita conocer el fenómeno con mayor profundidad y develarlo en toda su magnitud.

La investigación cualitativa busca una comprensión particular del fenómeno que estudia y entiende el significado de aquello que muestra es diferente de los hechos, construyéndose el camino más adecuado para aproximarme al cuidado de enfermería del paciente adulto hospitalizado en una clínica privada.

Martins, J. (1992), optó por abordar el estudio a través de la investigación cualitativa, utilizando la trayectoria fenomenológica y adaptando a modalidad del fenómeno situado, con el objetivo de comprender el fenómeno, buscar la esencia del fenómeno que se debe mostrar a través de las descripciones de los discursos de los sujetos participantes, los discursos se refieren a las experiencias que los sujetos vivencian en su mundo vida, indican una situacionalidad de estos sujetos. Para que el fenómeno se muestre no basta vivirlo, debido a que su visión se restringiría, sino que exige trascender, a través de la visión del sentir del otro, que busca comprender más que explicar el fenómeno de estudio, rescatando significados a través de los discursos.

Siendo el cuidado de enfermería, el único y esencial aspecto de la atención, la ciencia y el ejercicio profesional; se realizó el presente estudio con el propósito de identificar en toda su magnitud, el cuidado de enfermería que se brinda en una clínica privada.

Con el presente estudio se pretende que las enfermeras revaloren y consideren el cuidado como un conjunto de posibilidades para el crecimiento de la profesión, partiendo de los atributos que el paciente hospitalizado vivencia durante el cuidado. Nos va a permitir elaborar actividades de capacitación e investigación sobre la importancia del cuidado humano en enfermería. De acuerdo a los resultados se podrá mejorar el cuidado de enfermería hacia la humanización del cuidado del paciente adulto hospitalizado.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Presentación y delimitación del problema

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 (Escurero, R. 2003).

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 que las personas desean les brinden la mejor tecnología existente, pero al mismo tiempo con el mayor humanismo posible, 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 (Escurero, R. 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 respuesta a todas las preguntas del ser humano y la tecnología como herramienta de ayuda destinada a mejorar las condiciones de las personas; visión que sigue influyendo en múltiples aspectos de la asistencia y del cuidado (Palacios, C. 2008).

El cuidado se encuentra enmarcado en el ámbito de la Profesión de Enfermería, la enfermera (o) como profesional de las ciencias de la salud, 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 (CEP, 2002).

Según Waldow, V. (2013) refiere que una de las funciones de enfermería como profesión, es satisfacer las necesidades de salud de las personas desde una perspectiva integral, holística. Además, manifiesta que es importante que la enfermera tenga presente que la persona con quien interactúa, es ante todo un ser humano con características biológicas, históricas, cognitivas, emotivas, sociales y espirituales. La forma en que se desarrollan estos aspectos, el modo de relacionarse entre sí y con su entorno, hace de esta persona “un ser único”.

Al respecto Watson, J. (2005), reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser, este ser es un ser en relación a otro que lo invoca. Este llamado desde el otro, absolutamente otro, es la base fundadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería. Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud. Si bien todo cuidado responde a una necesidad, el cuidado sanitario tiene metas específicas, se apoya en un contexto epistemológico, y se formaliza y desarrolla por medio de una serie de técnicas aprendidas en la formación profesional de enfermería.

Lo anteriormente expuesto, permite afirmar que el cuidado integral demanda sensibilidad, acercamiento, toque, que nos hace parte de una profesión de salud humanizada, sensible, ética y estética, que brinda además un cuidado cálido con amor, afecto, empatía, solidaridad, arte y creatividad.

Asimismo, Sauthier, J. (1999) manifiesta que algunas veces la enfermera no tiene en cuenta el principio de unidad 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.

En ese sentido, los cambios que están ocurriendo en la sociedad y en la organización de los sistemas de salud, así como en las demandas de salud de la población; comprometen a los estados no solo del Perú sino del mundo en su responsabilidad de garantizar la salud de la población

Tal es así que el sistema de salud del Perú tiene dos sectores, el público y el privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en el régimen subsidiado o contributivo indirecto y el contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social. En el sector público el gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones y por medio del Seguro Integral de Salud (SIS), que subsidia la provisión de servicios a la población que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema. La prestación de servicios para el régimen subsidiado de población abierta o asegurada al SIS se realiza a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), hospitales e institutos especializados que están ubicados en las regiones y en la capital de la república. El sistema de seguridad social en salud tiene dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (Es Salud) y la provisión privada (EPS). Es Salud ofrece servicios de salud a la población asalariada y sus familias en sus propias instalaciones, pero desde la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en 1997, el sector privado le ha vendido servicios personales a Es SALUD a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Los militares, policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP) (Alcalde, J. 2011).

Adicionalmente se creó un Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que cubre la atención por accidentes. En el sector privado se distingue el privado lucrativo y el privado no lucrativo. Forman parte del privado lucrativo las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras. Como prestadores informales están los proveedores de medicina tradicional: chamanes, curanderos, hueseros y parteras, entre otros. El sector privado no lucrativo está clásicamente representado por un conjunto variado de asociaciones civiles sin fines de lucro dentro de las que destacan los organismos no gubernamentales (ONG), la Cruz Roja Peruana, las Compañías de Bomberos Voluntarios, las organizaciones de acción social de algunas iglesias (CARITAS, ADRA), los servicios de salud de parroquias de la Iglesia Católica y las comunidades terapéuticas, entre otras. La mayor parte presta servicios de primer nivel y frecuentemente reciben recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, gobierno y hogares (Alcalde, J. 2011).

En mi experiencia profesional he tenido la oportunidad de escuchar quejas de los pacientes hospitalizados, así como observar que se les trata con la denominación por el número de cama o con un diagnóstico médico, descuidando su condición de ciudadanos con derechos a recibir cuidados de calidad y de ser tratados con amabilidad respetando su cultura, religión, estrato social, entre otros. Por otro lado, se evidencia un cuidado rutinario, fragmentado, dando énfasis al cumplimiento de procedimientos terapéuticos, médicos y no al cuidado de enfermería, basado en la práctica de interacción con el paciente, sino de “intervención” caracterizado por una relación verticalista enfermera paciente, distante y frío.

Trabajando como enfermera asistencial en una clínica privada con pacientes adultos, observé al paciente hospitalizado postrado en una cama, recibiendo cuidados dirigidos principalmente a los problemas biológicos,

sumido en su dolor, en su soledad e incertidumbre, temeroso y demostrando gran angustia por su estado de salud deteriorada; probablemente con gran necesidad de ser escuchado y comprendido en su miedo, ansiedad y otros sentimientos importantes. Paralelamente a esta situación, también observé lo opuesto, pacientes que manifiestan recibir “buenos cuidados de enfermería”.

Realidad que provocó en mí la reflexión sobre el cuidado de enfermería en pacientes adultos hospitalizados en una clínica privada, considerando que el cuidado de las personas ha sido identificado como el centro o esencia de la enfermería, por lo que es necesario que, la enfermera profundice su conocimiento en los seres humanos y valore su trabajo, a partir de las vivencias del paciente a través de la investigación cualitativa que permita conocer el fenómeno con mayor profundidad y develar en toda su magnitud la esencia del fenómeno.

La investigación cualitativa busca una comprensión particular del fenómeno que se estudia y entiende el significado de aquello que se muestra por sí mismo a través de aquel que vivencia los hechos, construyendo el camino más adecuado en la aproximación del cuidado de enfermería que se brinda al paciente adulto hospitalizado en una clínica privada.

1.2. Objeto de estudio

Cuidado de Enfermería vivenciado por pacientes adultos hospitalizados en una Clínica Privada, Chimbote 2016.

1.3. Formulación del problema

Para abordar el objeto de estudio se plantea la siguiente pregunta orientadora:

¿Cómo el cuidado de enfermería es vivenciado en pacientes adultos hospitalizados en una clínica privada?

1.4. Objetivo

- ❖ Analizar y comprender el cuidado de enfermería en pacientes adultos hospitalizados en una clínica privada, Chimbote 2016.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Se reportan las siguientes investigaciones relacionados con el tema de estudio, considerando que no existen trabajos de investigación en una clínica privada con las variables en estudio.

En el Ámbito Internacional

En Panamá, Xesspe, R. (1994) en su investigación “Calidad de atención que se brinda en el programa de cuidado a domicilio”, trabajo de tipo operacional, evaluativo, transversal, a través del cual se identificó la calidad de atención según al grado de satisfacción del usuario que asiste a dicho programa. El objetivo fue identificar la proporción de la población que se siente satisfecha con la calidad de atención recibida en domicilio por parte de la enfermera del hospital San Fernando. Concluyó que el 85% de los usuarios del programa, opinan que la atención de enfermería es excelente.

En Venezuela, Bazo, L. (1997) en su investigación “Opinión sobre el cuidado de enfermería en el Servicio de Cirugía”, reportaron que el 73% de los pacientes considera que el cuidado es bueno y un 27 % lo considera regular. Esto se debe a los factores como una infraestructura del servicio aceptable y a la calidad profesional del personal de enfermería.

En Venezuela, Gutiérrez, A. y Toro, Y. (1999) en su investigación “Grado de satisfacción con respecto al cuidado brindado por el personal de enfermería del servicio de cirugía al adulto”, encontraron que la mayoría de los pacientes están satisfechos con el cuidado de enfermería especialmente con la orientación recibida al momento de administrar medicamentos y la forma como el profesional lo identifica considerándolo como personal de alta calidad.

En el Ámbito Nacional

En Lima, Meza, R. (1995) estudió la “Percepción de la calidad de atención de enfermería según pacientes hospitalizados, Hospital de Salud – Sergio Bernales” encontrando que el 50% de los pacientes antes de hospitalizarse manifestó buena opinión; 27% regular y el 23% mala; así mismo, observó que esta opinión variaba cuando ellos eran hospitalizados reduciéndose a 17,5% buena, 38,1% regular y; 37,3% mala. Sobre la calidad atención de enfermería esos pacientes la consideraban como regular (60,3%), mala (22,2%) y buena (17,5%).

En Trujillo, Vereau, R. (1998) estudió la “Percepción de la atención de Enfermería Humanística y su relación con el grado de ansiedad en pacientes hospitalizados en el Hospital de Apoyo de Otuzco”, en una muestra de 32 usuarios entre 20 – 60 años de edad de ambos sexos a quienes le aplicó una encuesta referida a los aspectos de acercamiento hacia el paciente, necesidad de asistencia de enfermería y comunicación. Los resultados indicaron que el mayor porcentaje de pacientes perciben de manera positiva la atención de Enfermería en un 56,2%.

En el Ámbito Local

En Chimbote, Paredes, J. y Sánchez, E. (1997), realizaron el estudio “Calidad de atención de enfermería en el Servicio de Cirugía del Hospital de Apoyo La Caleta, diciembre de 1997”, cuyas conclusiones fueron: La atención de enfermería en el servicio de cirugía, es de buena calidad, no encontrándose mucha diferencia con la atención regular. La atención de enfermería según la característica humana fue de nivel regular con 56,0%; nivel bueno con 37.9% y nivel malo con sólo 6,0%. La atención de enfermería según características de: oportuna alcanzó un nivel mayor que la anterior, con un 57,1% en nivel bueno; un 42,3% en nivel regular y solo un 0,5% en nivel malo; Continua fue de nivel bueno y regular con 56.6% y 43.4% respectivamente: sin encontrar atenciones de enfermería según característica continua en nivel malo. En la característica segura los

resultados fueron de nivel regular con 75,3%, bueno con 22,5 % y malo con 2,2%.

En Chimbote, Ávila R. y Torres, J. (1998) en su investigación “Calidad de atención de enfermería según percepción de pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, distrito de Nuevo Chimbote – 1998” concluyó que: La calidad de atención de enfermería, según los pacientes hospitalizados en el Hospital Eleazar Guzmán Barrón, fue de mala calidad 29%, regular calidad 42.5%, mientras que sólo el 27.4% fue de buena calidad. De lo encontrado en el estudio, se infiere que el profesional de Enfermería brinda una atención de regular calidad, resultado de una inestable atención al paciente descuidando en muchas maneras la satisfacción plena de las necesidades del mismo.

En Nuevo Chimbote, Navarro D. y Vargas D. (2011), en su estudio descriptivo cualitativo titulado “Habilidades y competencias para ejercer el cuidado humanizado de Enfermería”. Universidad Nacional del Santa. Distrito de Nuevo Chimbote. 2010, se obtuvo como conclusiones: 11 categorías empíricas para determinar el tipo de habilidades y competencias que necesitan desarrollar los estudiantes para ejercer el cuidado humanizado: ser observadora aplicando la observación y la escucha activa, la enfermera debe tener la cualidad de mostrar empatía y saber escuchar, aplicando la escucha activa y empática. Debe ser creativa, analítica, con iniciativa, humanística para brindar cuidado, porque el ser enfermero es un arte, ya que en cada acción debe mostrar su lado humano, pero no permitiendo que esta sensibilidad interfiera en su actuar.

2.2. Marco Conceptual

A lo largo de la historia la investigación cualitativa ha intentado plasmar, describir, analizar la realidad social, ajustando sus procedimientos y patrones de referencia a una serie de cánones o indicadores de lo que se considera una buena investigación (Moral C. 2006).

Así mismo la investigación cualitativa tiene significados diferentes, Denzin y Lincoln (1994), destacan que la investigación cualitativa “es multimetódica, implica un enfoque interpretativo, naturalista hacia su objetivo de estudio”. Atraviesa las humanidades, las ciencias sociales y las físicas. La investigación cualitativa es muchas cosas al mismo tiempo. Esto significa que los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recolección de una gran variedad de materiales como la entrevista, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de la persona.

Según Rodríguez, G. y otros (2006) la investigación cualitativa podría entenderse como “una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y video casetes, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas y artefactos”. Los estudios cualitativos están preocupados por el entorno de los acontecimientos, y centran su indagación en aquellos contextos naturales, o tomados tal y como se encuentran, más que reconstruidos o modificados por el investigador, en que los seres humanos se implican e interesan, evalúan y experimentan directamente.

Moral, C. (2006) manifiesta que a lo largo de la historia la investigación cualitativa ha intentado plasmar, describir, analizar la realidad social, ajustando sus procedimientos y patrones de referencia a una serie de cánones o indicadores de lo que se considera una buena investigación se pretende la comprensión de las complejas interrelaciones que se dan en la realidad y en ella encontramos el de tipo fenomenológico que surgió como necesidad de explicar la naturaleza de las cosas fenómenos.

La fenomenología es un método de investigación rigurosa que requiere de conocimientos y habilidades, no formula hipótesis ni contrastaciones previas

que ocurre en la investigación tradicional cuantitativa. La fenomenología como ciencia del ser de los entes, permite ver “lo que se muestra” su sentido, sus modificaciones y derivados (Moral, C. 2006).

Heidegger, M. (1927 – 1976), filósofo alemán, describe al fenómeno como aquello que se devela del ser; lo que se muestra “en sí mismo” en el ámbito de lo cotidiano, que es el lugar inmediato y espontáneo del existir del hombre, donde el ser (“sein”) se hace presente como la verdad óntica y el lugar donde el hombre se conoce como existente real, como el único ser capaz de preguntarse por el ser (Cobra, R. 2001).

Entre los conceptos de la fenomenología, en la perspectiva Heideggeriana tenemos:

- **EL SER** no es ninguna cosa real y concreta y por tanto nada temporal, más bien determinado como presencia por el tiempo. El ser del hombre consiste en estar referido a posibilidades, pero concretamente este referir se efectúa no en una conversación consigo mismo, sino como un existir concretamente en el mundo de cosas y de personas. Heidegger define la esencia del hombre como existencia, es decir, como poder ser, así encontramos a noción de ser en el mundo (Heidegger, M 2000).

- **DASEIN O SER – AHÍ**, para Heidegger es la existencia, la realidad humana, el hombre se convierte en el fundamento de la ontología, el hombre o Dasein no es el ser, sino el medio a través del cual se da o se abre el ser. Heidegger considera que este no es una característica, es su propio ser, significa que la naturaleza propia del Dasein consiste en su existencia y no lo aprendido o conocido mediante categorías o conceptos, Dasein es el ser en el mundo (Heidegger, M. 2000).

El hombre es un Ser – ahí, un ser arrojado a la existencia, ser que existe en el mundo y actúa sobre las cosas, que tienen, ante todo, el sentido de instrumentos del Dasein. El Ser-ahí siempre se halla en un estado de ánimo por esencia y es el sentimiento - y solo el radicalmente-el que nos hace sentir el hecho de que existimos, que somos ahí, que somos ya

arrojados en el existir, en el ser-en-el-mundo, en el ahí, en nuestro ser, descubriéndonos que somos útiles y abriéndonos a nosotros mismos, pero sin hacernos sentir igualmente ni de donde hemos venido, ni a donde vamos a ser arrojados, característico de encontrarse es, por lo tanto, su “no se sabe porque”(Heidegger, M. 2000).

- **AUTENCIDAD – INAUTENTICIDAD**, la disposición del ser para poder ser ontológica, se puede manifestar por la angustia como cobertura autentica o por el temor como modo inauténtico. El Dasein se angustia con el mundo, la no identificación del objeto de angustia no significa nada. A través de la angustia el ser puede usar su libertad, para escoger vivir autentica o inauténticamente, el temor es el inauténtico de disposición del Dasein, en el cual el ser tiene una amenaza real o concreta (Heidegger, 2000).

- **OCUPACION (BESORGEN)**, corresponde a sus actividades en el mundo, obtener, adquirir, proveer algo para sí mismo o para otra persona. Trata de cuidar de, tomar cuenta de algo, estar ansioso, perturbado, preocupado por algo, ocuparse de o con algo. En el trabajo es guiado por el conocimiento o reglas explícitas. Todos estos modos de ser-poseen un modo de ser ocupación (Inwood, 2002).
Heidegger, M. (2000) afirma que es un cuidar de las cosas y custodiarlas; mirando por el otro.

- **PREOCUPACION (FURSORGE)** es cuidar activamente a alguien, que precisa de ayuda, por lo tanto, al bien – estar organizado por el estado o por corporación de caridad. A su ser – con – otros: el modo de ser básico de Dasein; es que su ser está en juego. Este modo básico de ser es concebido como cuidado y como modo básico de ser de Dasein; este cuidado es no menos originalmente ocupación y este ser de Dasein; es esencialmente ser – en – mundo. De esa misma forma este modo básico de ser de Dasein es preocupación en la medida en el Dasein es ser – uno – con –el – otro. Esta peculiar relación de un ser – ahí con otros, recibe el nombre de preocuparse por. En su sentido ontológico

que se ocupa de los medios para ser un ser en el mundo; el carácter de preocupación significa el tratamiento y cuyo radical es cuidado al tiempo que se comportan como existe a raves del ejercicio de la ocupación, que es trabajar para el logro de su determinación, que se golpea su forma de ser, esencialmente (Heidegger, M. 2000).

- **CUIDADO (SORGEL)**, el cuidado es más que un momento de atención de celo o desvelo, representa una actitud de ocupación, preocupación de responsabilidad o desenvolvimiento afectivo con el otro. Es propiamente la preocupación que hace de aprensiones que conciernen al futuro y se refieren tanto a causa externa como a estado interno. Cuidado es un cura, es decir un actuar, un permanecer en guardia, pero también es una insensata incitación a tomarse radicalmente en cuenta como algo existente, como algo que consiste en arrancarse el ser del mundo. Cura/cuidado es preocupar – se, estar preocupado con algo. Es tomar en cuenta de, cuidar de, proveer algo para alguien o algo (Heidegger, M. 2000).

- **SER – CON**, la relación del ser humano con el otro no es de dominio y si de convivencia, no es de intervención y si de interacción y común unión de convivencia. El Dasein se preocupa y se comporta con Ser-con (Heidegger, M. 2000).

- **VIVENCIA**, es la experiencia viva y humana cuyo contenido está formado por la actuación de la totalidad de las fuerzas psíquicas. Las ciencias comprensivas están fundadas en el nexos entre la experiencia, la vivencia y comprensión. Pero la vivencia se distingue de la experiencia, pues constituye el criterio individual responsable de la caracterización de lo real. La vivencia de cada uno sobre un mismo fenómeno, sin embargo, es diferente: es una elaboración que hace la persona, sobre la base de su personalidad, sus experiencias anteriores, su capacidad de reflexión, su interés y su lugar en la comunidad y en la sociedad (Heidegger, M. 2000).

Referente al cuidado de Enfermería, Watson, J. (1988) ve el cuidado como el atributo de mayor valor que la enfermera puede ofrecer, y que puede ser demostrado de manera efectiva. Ella ve a la enfermería como un proceso terapéutico interpersonal que va más allá de acciones y procedimientos. En este proceso se da una interacción entre el que es cuidado y el que cuida.

El cuidado preserva la dignidad humana en los sistemas de salud dominados por el enfoque curativo. Watson identificó las siguientes dimensiones o factores del cuidado:

1. Formación de un sistema de valores humanístico-altruista.
2. Instalación de fe y esperanza.
3. Cultivo para la sensibilidad de uno mismo y los demás.
4. Desarrollo de una relación de ayuda y confianza.
5. Promoción de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.
6. Uso sistemático del método científico de resolución de problemas para la toma de decisiones.
7. Promoción del aprendizaje y la enseñanza interpersonal.
8. Promoción de un entorno de apoyo, protección o corrección mental, físico, sociocultural y espiritual.
9. Ayuda a la satisfacción de las necesidades humanas.
10. Aceptación de las fuerzas existenciales fenomenológicas.

Las dimensiones anteriores colocan el cuidado de enfermería desde una perspectiva filosófica; mientras que los factores curativos apuntan hacia la curación de la enfermedad del paciente, los factores del cuidado se dirigen al proceso de cuidar que ayudan a la persona a mantener la salud o a morir en paz (Watson, 1988).

Waldow, V. (1988) sostiene que la profesión de Enfermería tiene como objeto de estudio, el cuidado de la salud de las personas. El cuidar siempre estuvo presente en la historia de la humanidad, porque desde que el hombre y la mujer existen siempre el ser humano requiere de cuidados. El cuidar se convierte entonces en la forma de vivir y de relacionarse; así mismo, menciona, que el fenómeno del cuidado ha sido discutido en la

literatura de las últimas décadas, donde son presentadas algunas diferencias o modalidades del cuidar, el cual ha sido perfeccionado o ampliado. Así el cuidado como fuente o base para el conocimiento de enfermería, pasa inicialmente de un abordaje filosófico y epistemológico a ser imperativo ético o moral de abordaje teórico y exploratorio, pasando a ser parte de la práctica, de investigación y de enseñanza de Enfermería.

Fundamenta sus conceptos teóricos sobre el cuidado humano desde la aparición del ser humano hasta su revolución en 1860 en Florence Nigthingale, sus enseñanzas y la práctica de Enfermería fueron decisivas y sirvió de modelo para la enfermería en varios países del mundo.

El termino cuidado, que en ingles significa preocupación, consideración, interés, afecto, importar, proteger, gustar, en portugués significa atención, cautela, celo, responsabilidad, preocupación. El verbo cuidar específicamente asume la connotación de imaginar, pensar, meditar, causar inquietud, poner atención (Waldow, V. 1998). En consecuencia, los cuidados de enfermería son denominados de varias maneras: conductas de enfermería, actitudes, consideraciones para la enfermería, intervenciones de enfermería y, a veces, cuidados de enfermería(Waldow, V. 1998).

Waldow, V. (1998), en su teoría sustenta que el cuidado es una forma de relacionarse con el otro en su totalidad, ayudando al individuo físico, deliberaciones y acciones de cuidar favoreciendo el crecimiento a través de actitudes morales. Eso porque para que se asuma el cuidado humano como la esencia de enfermería, son necesarios datos sobre la realidad, informaciones y opiniones de las personas involucradas en el cuidar.

Define el cuidar como comportamientos y acciones que involucran conocimientos, valores, habilidades y actitudes emprendidas en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas por mantener o mejorar las condiciones humanas en el proceso de vivir, morir, así como cuidado al fenómeno resultan del proceso de cuidar. El proceso de cuidar es la forma como se da el cuidado, es un proceso interactivo entre cuidadora y ser

cuidado; en que en la primera tiene un papel activo pues desenvuelve acciones y comportamientos de cuidar, el segundo tiene un rol más pasivo sin embargo en función de su situación puede contribuir con el cuidado al desempeñar un rol menos pasivo y ser responsable del propio cuidado en situaciones de educación para la salud (Waldow, V. 1998).

Otra expresión que significa amor, es la práctica del toque, que es mensajero de sentimiento y emociones, el cual consiste en un proceso consciente dirigido de energía, durante el cual la persona prácticamente usa as manos como instrumento para favorecer la armonía (Waldow, V. 1998).

El proceso de cuidar involucra el crecimiento y ocurre independientemente de la curación, es intencional y sus objetivos son varios, dependiendo del momento, de la situación de la experiencia. El cuidado es imprescindible en todas las situaciones de enfermedad, incapacidad y durante el proceso de morir, el cuidado humano es imprescindible como una forma de vivir y de relacionarse. Entonces el cuidado humano consiste en una forma de vivir de ser y de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso con estar en el mundo y contribuir con el bienestar general ella preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de la espiritualidad; dicha definición le da al cuidado una definición amplia e integradora, es decir que implica la necesidad de un abordaje que contemple a las personas en todas sus dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual, así como los diversos determinantes del proceso salud – enfermedad en el ser humano, visto en su unidad y diversidad e interacción constante con el entorno en el cual se desenvuelve (Waldow, V. 1998).

Waldow, V. en 1998 define el cuidar como postura ética y estética frente al mundo. Estar en el mundo y contribuir con el bienestar general en la preservación de la dignidad humana; y así contribuir a la construcción de la historia, conocimiento y de la vida.

Para que el cuidado se efectivice en su plenitud, la cuidadora debe expresar conocimiento, experiencia en el desempeño de las actividades técnicas, conjugar expresiones de interés, consideración, respeto, sensibilidad demostradas por palabras, tono de voz, postura, gestos y toques. Esa es la verdadera expresión del arte y de la ciencia del cuidado y de ser cuidado y se prolonga después de su término produciendo efectos y proporcionando cambios. La cuidadora identifica la necesidad de cuidado y verifica los medios disponibles para que el mismo realice.

2.3. Marco Referencial.

Polit, D. (1994) refiere que la investigación cualitativa se ubica en el campo de las ciencias humanas, donde el interés es develar las cualidades de los fenómenos considerados como atributos que están ocultos, y que se pueden mostrar cuando el sujeto es interrogado sobre determinados fenómenos que vivencia. Muchos aspectos de vida son posibles reportarlos, como fenómenos tales como la alegría, tristeza, sufrimientos, soledad, angustia, amor, miedo, vergüenza, cólera, etc. Estos fenómenos presentan dimensiones personales que necesitan ser investigados desde un abordaje cualitativo. A través de este enfoque el investigador logra percibir con mayor claridad las vivencias de las personas, buscando comprensión de estos fenómenos que exigen un conocimiento basado en los principios filosóficos, recursos metodológicos y ampliar nuestro foco de interés hacia lo humano.

La presente investigación ha sido abordada a través de la investigación cualitativa, utilizando el método fenomenológico, en la trayectoria del filósofo alemán Martin Heidegger, quien proclamó que la fenomenología nace del manifiesto qué hay oculto en la experiencia del común diario, demostrado en su obra "Ser y Tiempo" (1927). Así mismo se sustenta en el enfoque teórico del Cuidado Humano según el referencial de Regina Vera Waldow.

Martin Heidegger (1889-1976), filósofo alemán, utiliza el método fenomenológico – existencial, intentando con él, describir el fenómeno como aquello que se debe develar, lo que se muestra “en sí mismo” en el ámbito de lo cotidiano, que el lugar inmediato y espontáneo de existir del hombre, donde el ser (“sein”) se hace presente como verdad óptica y el lugar donde el hombre se conoce como existente real, como el único ser capaz de preguntarse por el ser. Presenta el método fenomenológico en su obra “Ser y tiempo”, trata de interrogar y develar el sentido del ser, busca acceder a la esencia del fenómeno en estudio con la intención de comprender lo vivido, trata de comprender la existencia vivida a través de la ventana del lenguaje, la comprensión trasciende esta perspectiva a través del ser y sentir del otro, tratando de comprender a los seres humanos a partir de la forma como ellos ven las cosas, a partir de cómo lo piensa que son en realidad, es decir a partir de su mundo fenomenológico y que realmente solo es conocido por ellos mismos, alcanzando así una comprensión más precisa de las bases conceptuales del conocimiento. Para Heidegger la fenomenología, significa el estudio de los fenómenos y un fenómeno es lo que se muestra por sí mismo, lo que se hace manifiesto y visible por sí mismo, lo que está oculto en una experiencia vivida que se muestra por sí mismo o se manifiesta al ser interrogado.

Heidegger en la fenomenología redefine la ciencia de los fenómenos, a saber, “ir a las mismas cosas”; y ver por ti mismo lo que se muestra. Es, por tanto, un método que no caracteriza el “que” de los objetos de investigación, pero si la forma, el “como” de la investigación.

En su obra “Ser y Tiempo” considerada como la más importante de la filosofía existencialista, presenta el método fenomenológico que trata de interrogar y develar el sentido de ser, busca acceder a la esencia del fenómeno en estudio con la intención de comprender lo vivido, trata de comprender la experiencia vivida a través de la ventana del lenguaje, la comprensión trasciende esta perspectiva a través del ser y sentir del otro, tratando de comprender a los seres humanos a partir de la forma como ellos ven las cosas, a partir de cómo lo piensa que son en realidad, es decir

a partir de su mundo fenomenológico y que realmente solo es conocido por ellos mismos, alcanzando así una comprensión más precisa de las bases conceptuales del conocimiento. Para Heidegger a fenomenología, significa el estudio de los fenómenos y un fenómeno es lo que se muestra por sí mismo, lo que se hace manifiesto y visible por sí mismo, o se manifiesta ser interrogado (Heidegger, 2000).

Heidegger, M., refiere que nuestra relación inmediata con el mundo es a través de la comprensión, componiéndose el mundo de las cosas, objetos, útiles, que en cada caso pueda comprenderse o no comprenderse, donde los seres humanos son, según el colocados en un mundo que ellos no hicieron, pero que es constituido de cosas potencialmente útiles, incluyendo objetos naturales y culturales, los mismos que llegaron a la humanidad venidas del pasado y son usados en el presente para alcanzar objetivos futuros. El individuo, sin embargo, siempre está en riesgo de ser sumergido en un mundo de objetos, la rutina diaria y el comportamiento tribal de las personas. De ahí la sensación de temor, miedo y angustia trae el individuo a una confrontación con la muerte y con la inutilidad de la vida, pero solo con esa confrontación es que se puede alcanzar con auténtica sensación de libertad y existencia (Heidegger, M. 1987).

Heidegger es por excelencia el filósofo del cuidado, demostrando que realidades tan básicas como el cariño y el desear se encuentran arraigado en el cuidado esencial. De la dimensión del cuidado es siempre subyacente una constitución ontológica que el ser humano emprende, que proyecta y que hace el suministro del cuidado donde se da la interpelación del humano. A firma que la esencia apropiada del hombre habita en tomar cuidado. Por ello el cuidado significa un fenómeno ontológico existencial básico del ser-ahí (Dasein) es la base posibilitadora de la existencia humana (Heidegger, M. 2000).

El cuidado no tiene necesidad de fundarse en el sí mismo, es más bien, la existencialidad, en cuanto constitución del cuidado, la que da su constitución ontológica a la estabilidad del sí mismo, a la cual le pertenece la caída fáctica en la inestabilidad del sí mismo. Cabalmente concebida, la

estructura del cuidado incluye el fenómeno de la mismidad. El cuidado es una condición primaria, cuidado es algo que pertenece al ser humano, no es una conquista, es el ser del hombre, más definible así que con ninguna otra definición derivada como pudiera ser la de animal racional, el hombre es el cuidado que da sentido a la existencia humana y significado a la vida humana. El ser esta lanzado en un mundo que ya estaba allí cuando nació, y en un mundo de posibilidades, para manejar o cuidar de nuestra existencia, por eso es que nos diferencia de las abejas o piedras. Siendo que Dasein es el único entorno en el que se entregó a la atención, el cuidado significa estar al frente de sí mismo, implicado exactamente con los seres en el mundo (Heidegger, M. 1987).

Actualmente al iniciar el siglo XXI, las crecientes necesidades, demandas de salud de la población y los avances científicos y tecnológicos imponen a Enfermería un nuevo estilo de práctica con una visión holística del ser humano, lo que implica brindar cuidado humano de enfermería guiado por enfoques teóricos con nuevos paradigmas que permitan comprender al ser humano en su unidad y totalidad teniendo como eje central la humanización (Waldow, V. 1998).

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, V. 1998).

Cuidar es un acto consciente de amor, de ayuda, es educar para la libertad, auxiliar en las horas en el que el sujeto necesita para volver a caminar solito, es respeto por la individualidad como ser único y del mundo, que tiene una historia y que hace su historia empleando sus conocimientos, su arte de servicio de quien necesita de él (Waldow, V. 1998).

Estos vínculos afectivos son importantes en el cuidado de la enfermera. Además, el cuidar parece dejar de ser un procedimiento, una intervención, para ser una relación donde la ayuda, respetando, tocando de forma más afectiva. El cuidar ahora parece ser hecho con el otro; este cuidado es una característica que ha ido sofisticándose, a través de formas de expresión de cuidar a lo largo del desarrollo, también se identificó como un compromiso de mantener la integridad humana, con un sentimiento de interés, convirtiéndose en el objeto de las acciones de enfermería (Waldow, V. 1998).

Durante la acción la cuidadora se comunica, aunque no haya necesidad de palabras, del cuerpo comunica y en ese sentido, las variables de la cuidadora desempeñan un papel bastante importante, principalmente considerando la motivación y sentimientos. Esta acción incluye el desarrollo de la interacción interpersonal, ofrecimiento de un ambiente adecuado, expresión de aceptación del ser cuidado y familiares, por medio de palabras, toques, miradas, gestos, postura corporal, entre otros (Waldow, V. 1998).

El Cuidado Humano debe ser actualizado y buscar la integración enfermera-paciente. Waldow trata 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 (Waldow, V. 1998).

2.4. Definición de las variables.

Cuidado de Enfermería.

El cuidado se encuentra en el “ethos” fundamental de lo humano. Cuidar es más que una acción, es una actitud. El cuidado está presente en toda actitud y situación del ser humano, es decir el cuidado está en la naturaleza y en la constitución del ser humano y revela como es el ser

humano. Es un modo de ser singular del hombre y de la mujer. Sin el cuidado dejamos de ser humanos (Waldow, V. 1998).

El cuidado de enfermería es una forma de expresión total, es dar significado a las cosas y a los hechos, brota de una actitud valorativa del ser humano. Tiene que haber coherencia y armonía entre el sentir, el conocer - saber y el hacer; conjuga entonces acción, técnica, emoción, sentimiento y razón (Waldow, V. 1998).

Este concepto evidencia que la esencia de la práctica de enfermería, es la práctica del cuidar/cuidado del ser humano en situaciones de salud, de enfermedad, patologías sociales, tanto a nivel intra como extra institucional. En este sentido las enfermeras que se desenvuelven en los diferentes espacios de práctica profesional, poseen su propia metodología de realizar el cuidar/cuidado y lo construyen día a día (Waldow, V. 1998).

El cuidado de enfermería desde la perspectiva de Watson; J. (2006) no diferencia entre un cuidado genérico o natural y uno profesional. Interpreta el cuidado como un proceso intersubjetivo, considera que el cuidado y el amor conforman la energía primaria y universal que se inicia en el primer momento en que se relacionan e interactúan la enfermera y la persona cuidada, cuando son capaces de encontrarse en su realidad subjetiva. Habla del binomio cuidar/sanar: es la persona cuidada quien percibe el malestar y quien puede y debe mostrar la direccionalidad del proceso terapéutico. La empatía, la comprensión, el deseo y la intencionalidad permitirán un cuidado profesional que va más allá de la medicalización, el control terapéutico y la manipulación. Se trata de la interacción libre y buscada sujeto-sujeto que favorece la relación que vela por el mantenimiento de la dignidad humana y que, a la vez puede llevar o no a la sanación. Se produzca o no la sanación, lo que siempre se da, en estas condiciones, es el cuidado humanístico.

Paciente Adulto Hospitalizado.

El paciente es aquella persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica y, está sometida a cuidados profesionales

para la mejoría de su salud. La palabra paciente es de origen latín “*patiens*” que significa “*sufriente*” o “*sufrido*”. El paciente hospitalizado es aquel que debe de pasar toda la noche o algunos días en el hospital debido al delicado estado de salud para el suministro de ciertos tratamientos y, en caso de ser necesario realizar una operación quirúrgica (Significado de Paciente, 2017).

Clínica Privada

Una clínica es un establecimiento hospitalario destinado a proporcionar asistencia o tratamiento médico a usuarios con determinadas enfermedades y están en crecimiento tecnológico, otorgando a sus pacientes un mayor porcentaje de efectividad en los resultados, ya sea de cirugías, exámenes, tratamientos médicos, entre otros. Así mismo Las clínicas privadas cuentan con una gran variedad de profesionales y especialistas, los cuales les brindan confianza y seguridad a sus usuarios (Ucha, F. 2010).

CAPÍTULO III

TRAYECTORIA METODOLÓGICA

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo cualitativa de enfoque fenomenológico que por su naturaleza se presenta como el camino más coherente para lograr el objetivo de la presente investigación, ya que pretende descubrir e interpretar las vivencias o subjetividad de las personas.

Para Martins, J. y Bicudo, M (1989) la trayectoria fenomenológica da la opción de indagar sobre el fenómeno con la intención de comprender lo vivido, pues para que el fenómeno se muestre no basta vivirlo, la comprensión trasciende esta perspectiva a través del ver y sentir del otro.

El conocimiento de la experiencia permite al fenómeno mostrarse así mismo, sin descripciones predictivas de las metodologías cuantitativas. Aquí se pretende describir la experiencia vivida del fenómeno de estudio, a través de la interrogación o perplejidad. La mayor motivación es buscar el significado del fenómeno, más que la frecuencia. El significado del fenómeno viene a ser aquello que se muestra o manifiesta, pero no en su totalidad, por ello la orientación a través de una interrogante para lograr que aflore y sea interpretado (Martins, J. y Bicudo, M.,1989.)

Fenomenología significa literalmente, estudio de los fenómenos. Deriva de las palabras griegas “Fainomenon”, que significa “mostrarse así mismo” y “logos”, que quiere decir “estudio” y que aquí es tomado como discurso esclarecedor.

Para Asti, A. (1973), Viggiani, M. y Cunha, V. (1994) La fenomenología trata de interrogar el fenómeno directamente, intentando describirlo, para

lograr llegar a su esencia. Se orienta a describir la experiencia vivida por cada actor participante en relación al fenómeno de estudio.

3.2. Escenario de estudio

3.2.1. Escenario de estudio

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en la ciudad de Chimbote, que fue creada en 06 de diciembre de 1906 por ley N° 417, en el gobierno del Presidente José Pardo y Barreda. Se encuentra ubicada en la costa no central del Perú, al extremo noreste del Departamento de Áncash siendo Chimbote la capital la capital de la Provincia del Santa, a 4 msnm del Océano Pacífico. Está delimitada por el Norte con el distrito de Coishco y Santa, por el Este con el Distrito de Macate y Cáceres del Perú, por el Sur con el Distrito de nuevo Chimbote, y por el Oeste con el Océano Pacífico.

La ciudad de Chimbote es la octava ciudad más poblada del Perú y la más poblada de Ancash; según el censo del 2014 alberga una población de 371.012 habitantes (INEI, 2014).

Chimbote es conocida por la actividad portuaria siendo sede importante de la industria pesquera y siderúrgica del país, además de eje comercial de esta parte del Perú. A mediados del siglo XX, el puerto de Chimbote llegó a ser el puerto pesquero con mayor producción en el mundo.

En la ciudad de Chimbote encontramos como instituciones de salud las clínicas privadas, el Hospital III de ESSALUD, La Sanidad de las Fuerzas Policiales y el Hospital La Caleta.

La clínica privada de estudio fue creada el 27 de septiembre en el año de 2007, iniciando sus actividades el 01 de noviembre de 2007.

La clínica cuenta con 35 médicos y tecnólogos médicos, 15 enfermera(os) 15 técnicos(as) de Enfermería, 2 psicólogos y 8 administrativos que brindan atención a la población chimbotana en los siguientes servicios: triaje, consultorios externos, hospitalización, tóxico, emergencia, Gineco Obstetricia, cardiología, odontología, psicología, centro quirúrgico, Pediatría, cirugía general.

3.2.2. Sujetos de investigación

Los sujetos de investigación fueron los pacientes adultos hospitalizados en una Clínica Privada.

3.2.3. Criterio de selección

Los sujetos del estudio para la realización del presente trabajo reunieron los siguientes criterios de selección:

- ⊗ Estar hospitalizados por más de 48 horas.
- ⊗ Lucidez mental.
- ⊗ Que tengan entre 18 y 60 años de edad.
- ⊗ De ambos sexos.
- ⊗ Que acepten voluntariamente participar en la entrevista.

3.3. Muestra

La muestra fue determinada a conveniencia, según se cumpla con la técnica de saturación de los discursos es decir cuando las entrevistas no aportaron nuevos argumentos.

3.4. Unidad de muestreo

Paciente adulto hospitalizado en una clínica Privada.

3.5. Instrumentos para la recolección de datos

Para el presente estudio de investigación se utilizó la entrevista en profundidad. La cual se define como un acto de interacción personal entre dos sujetos, el investigador y el entrevistado, en el cual se efectuó un intercambio de comunicación cruzada, a través de la cual, el investigador buscó transmitir a su interlocutor interés, confianza, familiaridad, motivación y garantía de identificación para que el entrevistado devuelva a cambio información (Sierra, B. 1989).

3.6. Procedimiento.

El presente estudio de investigación utilizó la entrevista como técnica de recolección de datos. La entrevista se desarrolló en un lugar agradable donde el entrevistado(a) pudo expresar sus vivencias, se inició con una breve presentación y explicación del objeto del estudio, recalcando que la información obtenida es confidencial y anónima

Se solicitó el consentimiento informado a cada paciente adulto hospitalizado, para participar en la investigación, teniendo en cuenta el anonimato y se utilizó para proteger la identidad de los participantes nombres de flores ornamentales; se les presento formalmente los objetivos del estudio y la contribución en el área de la salud y el cuidado de enfermería.

Después de solicitar el permiso y consentimiento para grabar el discurso se le planteó la pregunta orientadora:

Relátame ¿CÓMO ES EL CUIDADO DE ENFERMERIA QUE RECIBE EN LA CLINICA?

Después de obtener los discursos se procedió a escuchar nuevamente las grabaciones y transcribir dichos discursos en textos y proceder al análisis de estos.

El procesamiento se realizó teniendo en cuenta los momentos de la trayectoria fenomenológica:

- Descripción Fenomenológica.
- Reducción Fenomenológica.
- Interpretación Fenomenológica.

◆ **DESCRIPCIÓN FENOMENOLÓGICA:**

Barbosa, M. (1999) señala que se investiga aquello que esta potencialmente presente, pero no siempre es visto. Ello es posible, a través del mirar atento a las descripciones de los sujetos de las situaciones vividas por ellos, cuyo lenguaje denota la manera por el cual representan el mundo para sí mismos. La descripción constituye el resultado de una relación dialógica que se da en un sujeto con otro a través del discurso de los participantes que representan las percepciones de la persona.

Estas percepciones están contenidas en los discursos y constituyen los elementos estructurales del fenómeno. La tarea del investigador es dejar que el mundo de aquel que describe, se revele en la descripción y así llegar a la esencia o estructura del fenómeno que debe mostrarse necesariamente.

Las descripciones deben ser espontáneas sin la influencia de sugerencias o indicaciones. Los fenómenos deben ser presentados tal como se muestran para el investigador, en términos de significados. Ello significa, que las unidades de significado deben ser tomados conforme son propuestas por el sujeto que está describiendo el fenómeno.

◆ **REDUCCIÓN FENOMENOLOGICA:**

Tiene como objetivo determinar y seleccionar las partes esenciales de la descripción y de interés hará el investigador.

La reducción fenomenológica, no consiste en suprimir las percepciones presentes en los discursos, sino rescatar la esencia de las afirmaciones espontaneas sin cambiar el sentido de lo expresado referente al fenómeno interrogado.

Se busca identificar los significados de los discursos del colaborador, para lo cual se tuvo que hallar las proposiciones significativas que permitan comprender la esencia del fenómeno. El propósito de este momento es aislar el objeto de la conciencia, es decir el fenómeno que se muestra por sí mismo, aspectos que constituyen la experiencia que el sujeto vive. Este momento ayuda en la valoración y codificación de las unidades de significado.

Determinadas las unidades de significado se procedió a la transformación de éstos, mediante un proceso básicamente deductivo, se pasó las expresiones del lenguaje EMIC a ETIC, sin modificar la naturaleza del fenómeno. Este procedimiento permite al investigador entrar en un análisis profundo para dilucidar los aspectos significativos del fenómeno.

- **EMIC:** Es una descripción en términos significativos (conscientes o inconscientes) para el agente que las realiza.
- **ETIC:** Es una descripción de hechos observables por cualquier observador desprovisto de cualquier intento de descubrir el significado que los agentes involucrados le dan.

◆ **INTERPRETACION FENOMENOLÓGICA:**

Es el tercer momento de la trayectoria fenomenológica. Consiste en interpretar lo expresado en los discursos, es develar los significados presentes en las descripciones naturales y espontaneas de los participantes. Este momento de la trayectoria se consigue a través del análisis ideográfico y nomotético.

- **ANALISIS IDEOGRÁFICO**

Este análisis se realiza a través del empleo de ideogramas o representación de ideas por medio de símbolos, los que buscan tornar visible la ideología que permanece en las descripciones ingenuas de los participantes.

La finalidad de esta fase es producir la inteligibilidad que envuelve a la articulación y la expresión de las unidades estructurales de cada caso y las interrelaciones de los significados entre sí. Aquí el investigador trata de aislar las unidades de significado para hacer el análisis psicológico.

Este momento requiere de una inmersión empática, donde los mundos del investigador e investigado se interpretan. El investigador busca acceso al mundo vida y al pensar del sujeto para poder establecer sus resultados objetivamente.

- **ANALISIS NOMOTÉTICO**

Este análisis consiste en la estructuración de la esencia final del fenómeno. Indica un movimiento de pasaje del nivel individual al general y es obtenida por el investigador al articular las relaciones de las estructuras individuales entre sí.

La estructura psicológica general resulta de la comprensión de las convergencias, divergencias e idiosincrasias de los aspectos que se muestran en los análisis ideográficos. Las convergencias

determinan la estructura general del fenómeno, las divergencias e idiosincrasias indican las percepciones individuales que resultan de modos personales de reacciones mediante agentes externos.

El análisis nomotético no es solo una verificación cruzada de correspondencia de afirmaciones reales, sino una profunda reflexión sobre la estructura del fenómeno, en la que no se pretende obtener generalizaciones, sino generalidades acerca del fenómeno vivenciado.

La elaboración del cuadro nomotético permitió visualizar los datos encontrados que son presentados en forma ordenada como resultados.

En la primera columna vertical del cuadro están presentadas todas las unidades de significado interpretadas, provenientes de todos los discursos analizados; agrupados conforme a las convergencias encontradas en los discursos. Las unidades de significado interpretadas son identificadas con número arábigo del 1 al 33.

En la segunda columna indicada por un asterisco, representa el origen del discurso (números romanos).

Horizontalmente se encuentran numerados los discursos del I al VIII en números romanos. En los recuadros de la parte inferior se anotan las convergencias indicándolas con la letra "C", seguida de un número (sub índice) que indica la unidad de significado convergente (Anexo N° 3).

3.7. Control de calidad de los instrumentos

Prueba piloto.

La pregunta orientadora se aplicó a 8 pacientes adultos hospitalizados, para determinar si las respuestas eran las esperadas según el estudio.

3.8. Consideraciones éticas y de rigor.

3.8.1. Consideraciones éticas:

Para asegurar el éxito del trabajo se tendrán en cuenta los siguientes criterios éticos:

- ◆ **Consentimiento informado**, respetando la decisión voluntaria de participar o no en la investigación.
- ◆ **Autonomía y privacidad**, mantiene la confidencialidad de los datos recogidos y no utilizarlos para perjudicar al sujeto de la investigación.
- ◆ **Beneficencia y no maleficencia**, minimiza los peligros que pudo ocasionar la investigación.
- ◆ **Justicia**, decir la verdad sobre los objetivos de la investigación, respetar los datos, no adulterarlos.

3.8.2. Consideraciones de rigor.

- ◆ **Credibilidad**: Se basa en la confianza de que la información que se obtenga se ciña a la verdad, la credibilidad se centra en la confianza, en la autenticidad de los resultados.
- ◆ **Aplicabilidad**: Se refiere a la posibilidad de generalizar los datos en otras palabras, el grado en que los resultados pueden transferirse a otros ámbitos o grupos. En tal sentido, es responsabilidad del investigador incluir suficientes datos descriptivos en el informe de estudio para que el lector pueda evaluar la aplicabilidad de los datos a otros contextos.
- ◆ **Confiabilidad**: Es la distancia entre el observador y el observado minimizándose todo tipo de posible influencia de los valores del investigador sobre el proceso de la investigación. La confiabilidad representa entonces una forma de saber que, aun como co-participante en la indagación, el investigador ha

mantenido distancia entre sus valores personales y los de los participantes en el estudio.

- ◆ **Auditabilidad:** Consiste en la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta que la investigadora original ha hecho, siendo necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio, esta estrategia permite que los investigadores examinen los datos y puedan llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares (Rodríguez, G, 1999).

CAPÍTULO IV

HALLAZGOS

Después de realizar la recolección de los datos se procedió a procesar la información de los relatos que fueron transcritos en la forma original, luego fueron identificados con un seudónimo.

Según la reducción fenomenológica, se buscó aproximarse al mundo de los participantes.

Se construyeron las siguientes unidades de significado con sus respectivas sub unidades:

4.1 UNIDAD DE SIGNIFICADO I: Emergiendo un buen cuidado.

4.1.1 SUB UNIDAD DE SIGNIFICADO:

Buen trato de las enfermeras.

Gratitud al personal.

Facilitan el apoyo familiar.

4.2 UNIDAD DE SIGNIFICADO II: Declinando la relación enfermera-paciente.

4.2.1 SUB UNIDAD DE SIGNIFICADO:

Escasa comunicación.

Cumplen funciones interdependientes.

Trato inadecuado y desigual

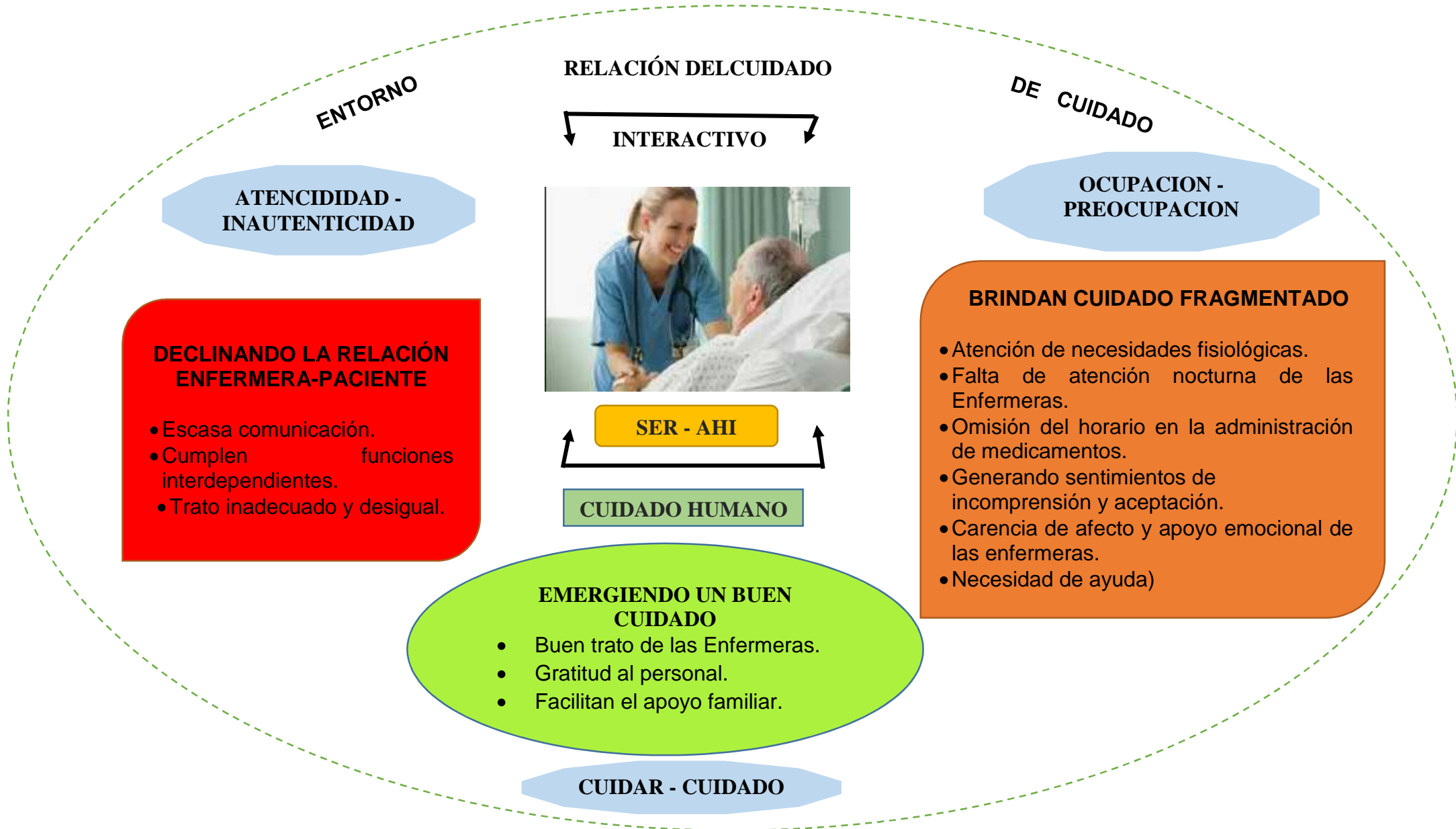
4.3 UNIDAD DE SIGNIFICADO III: Brindan cuidado Fragmentado.

4.3.1 SUB UNIDAD DE SIGNIFICADO:

Atención de necesidades fisiológicas.

Falta de atención nocturna de las enfermeras.

Omisión del horario en la administración de medicamentos.
Generando sentimientos de incomprensión y aceptación.
Carencia de afecto y apoyo emocional de las enfermeras.
Necesidad de ayuda.



ENTORNO

RELACIÓN DEL CUIDADO

DE CUIDADO

INTERACTIVO



**ATENCIÓN -
INAUTENTICIDAD**

**OCUPACION -
PREOCUPACION**

**DECLINANDO LA RELACIÓN
ENFERMERA-PACIENTE**

- Escasa comunicación.
- Cumplen funciones interdependientes.
- Trato inadecuado y desigual.

SER - AHI

CUIDADO HUMANO

BRINDAN CUIDADO FRAGMENTADO

- Atención de necesidades fisiológicas.
- Falta de atención nocturna de las Enfermeras.
- Omisión del horario en la administración de medicamentos.
- Generando sentimientos de incomprensión y aceptación.
- Carencia de afecto y apoyo emocional de las enfermeras.
- Necesidad de ayuda)

**EMERGIENDO UN BUEN
CUIDADO**

- Buen trato de las Enfermeras.
- Gratitud al personal.
- Facilitan el apoyo familiar.

CUIDAR - CUIDADO

ESQUEMA: REPRESENTACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA VIVENCIADO EN PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS EN UNA CLINICA PRIVADA BASADO EN LOS ENFOQUES TEORICOS DE R. VERA WALDOW, J. WATSON Y M. HEIDEGGER

CAPÍTULO V

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Durante los últimos 20 años, el cuidado es considerado como la “esencia” de la disciplina de Enfermería, cuya verdadera dimensión holística, debe promover el humanismo, la salud y la calidad de vida de los seres humanos.

Estos principios sugieren la creación de un cuidado específico personalizado y contextual, donde las enfermeras centran en todo, su atención en la persona para ofrecer un cuidado humano y científico.

Las proposiciones obtenidas en este estudio indican la esencia del fenómeno, siendo de este modo develado y comprendido, lo que constituye la estructura general del fenómeno estudiado. Esto se logró relacionando las diferentes unidades de significado extraídas de los discursos naturales, en los que se buscaron convergencias, divergencias e idiosincrasias, llegando a determinar unidades de significado con sus respectivas sub unidades presentadas en el cuadro de Análisis Nomotético que permitió la comprensión del fenómeno. Las proposiciones o unidades obtenidas se agruparon de acuerdo a la presentación del fenómeno del cuidado.

UNIDAD DE SIGNIFICADO N° I: EMERGIENDO UN BUEN CUIDADO.

El cuidado continúa siendo inherente al ser humano, se dispone de forma espontánea y consiste en el respeto a la dignidad humana, y en la sensibilidad para con el sufrimiento ajeno, en la ayuda para enfrentarlo, superarlo y hasta incluso en la preparación emocional de aceptación de lo inevitable. Este proceso incluye crecimiento y actualización (Waldow, V. 1998).

En la sub unidad de significado: **Buen trato de las enfermeras**, se presenta como una actitud multidimensional de la enfermera, que impacta positivamente en

el paciente, porque permite establecer una interacción efectiva, constituyendo un factor determinante, esto se evidencia en las unidades de significado N° 1, 2, 3, 4 y 5 (Disc, II, III, IV, V y VI).

“El cuidado que me brindan las enfermeras me parece bien, porque me han tratado bien. No tengo porque quejarme de las enfermeras. No puedo pedir más, la atención está bien, las enfermeras me dan mi medicina y vienen a verme”.

(Azucena, D: II)

“El cuidado que recibo de las enfermeras es muy bueno, todas aquí son muy buenas. Estoy contento porque me han atendido bien. Estoy bien aquí, las enfermeras me dan comida y medicamentos, estoy conforme como me han atendido las enfermeras”.

(Clavel, D: III)

“Hay algunas enfermeras buenas, que nos tratan con afecto y comprenden nuestra situación, pero son muy pocas”.

(Orquídea, D: IV).

“Algunas enfermeras nos tratan bien, son atentas”.

(Petunia, D: V.)

“Hay muy pocas enfermeras que si atienden bien”.

(Crisantemo, D: VI).

A través de los discursos, los pacientes reconocen que han recibido buen trato por parte de las enfermeras. Este trato es importante para él ya que lo atribuye como un buen cuidado de enfermería. El Buen Trato, antes que todo, es una forma

particular de relación entre las personas, que se basa en un profundo sentimiento de respeto y valoración hacia la dignidad del otro (a). El Buen Trato se caracteriza por el uso de la empatía para entender y dar sentido a las necesidades de los demás, la comunicación efectiva entre las personas a fin de compartir genuinamente las necesidades, la resolución no violenta de conflictos, y un adecuado ejercicio de la jerarquía y del poder en las relaciones.

El buen trato significa ser amable con los demás, tal como nos gustaría que los demás lo fueran con nosotros; aceptarlos como son, sin juzgarlos y comprendiéndolos tratando de ponerse en su lugar.

Para Heidegger, M. (2000) el ser- con es la relación del ser humano con el otro, atribuyendo su vivencia a la co-presencia provocando una dependencia de los otros en sus acciones dentro de la determinación del ser con. El coexistir es vivir en el mundo, y no vivir aislado, permite disfrutar una relación humana con los otros. En el ser con esta siempre en relación de o existencia y convivencia con el mundo, con los otros seres y con las cosas, el existe siempre próximo a los demás entes y a los otros seres y con las cosas. Es una presencia que, a través de ser en el mundo, existe y se desvela.

Waldow, V. (1998) enfatiza que el cuidado activa un comportamiento de compasión, de solidaridad, de ayuda en el sentido de promover el bien, en el caso de los profesionales de enfermería, buscando el bienestar del paciente, su integridad moral y su dignidad como persona.

Watson, J. (1988) 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.

Sub unidad de significado: **Gratitud al personal**, corresponde a la idiosincrasia de la unidad N°6 (Disc. N° III).

“Estoy muy agradecido, estuve muy mal y ahora estoy mejor gracias a ellas.”

(Clavel, D: III).

El paciente expresa gratitud por los cuidados de las enfermeras, reconociendo que estos le permitieron recuperar su salud. La gratitud es el agradecimiento por un beneficio o favor recibido. En este caso la atención de enfermería produce gratitud por parte del paciente, que reconoce que su capacidad funcional ha sido restablecida como resultado de los cuidados suministrados por la enfermera.

En la sub unidad de significado: **FACILITAN EL APOYO FAMILIAR** tenemos la unidad de significado N° 7 y 8 (Dis.: II, IV).

“Mi hija viene a verme todos los días y se queda conmigo, como sería si no viniera, no me puedo imaginar, porque ella me acompaña y me ve en las noches”.

(Azucena, D: II)

“Permiten que mi nieta se quede conmigo, ella me alcanza la chata, ayuda a lavarme y alimentarme”.

(Orquídea, D: IV)

En los discursos se revela que los pacientes reciben ayuda de parte de sus familiares para satisfacer sus necesidades básicas y hacer frente al proceso de la hospitalización.

Para el paciente hospitalizado es muy importante el apoyo de parte de sus familiares, ya que la interacción con su familia le brinda seguridad afectiva, ayudándolo a disminuir sus temores y a adaptarse más rápidamente al ambiente nuevo de la clínica.

Para Heidegger la preocupación es cuidar atentamente a alguien, que precisa de ayuda. El cuidado se deslumbra en la dedicación por cuidar a su familiar y así mismo.

Para Waldow, (1998), el proceso de cuidar es la forma como se da el cuidado, es un proceso interactivo entre cuidadora y ser cuidado; en que en la primera tiene un papel activo pues desenvuelve acciones y comportamientos de cuidar, el segundo tiene un rol más pasivo.

UNIDAD DE SIGNIFICADO N° II: DECLINANDO LA RELACION ENFERMERA-PACIENTE.

En la práctica profesional la relación persona - enfermera aparece como una constante y es que las enfermeras teóricas definen la profesión como una relación de ayuda. Se puede afirmar que la relación terapéutica es una relación profesional basada en un proceso de interacción e influencia social cuyo objetivo es la curación del enfermo; muchos problemas se originan cuando la comunicación es mala y es la causa más importante de insatisfacción de los pacientes hospitalizados ya que no muestran adhesión al tratamiento a consecuencia de una deficiente comunicación con el personal. La falta de información sobre los procesos de enfermedad provoca un retraso en la búsqueda de tratamiento y un agravamiento de dichos procesos. La deficiente comunicación profesional paciente suele dar lugar a que este último olvide las instrucciones del primero, perjudicando a su recuperación (Vidal, R. 2009).

En la sub unidad de significado: **ESCASA COMUNICACIÓN** encontramos las unidades de convergencias N° 9,10,11, 12, 13 y 14 correspondientes a los discursos I, IV, V, VI, VII Y VIII).

“Cuando hay muchos pacientes las enfermeras casi ni nos miran no nos preguntan nada. Las veo muy apuradas y no tienen tiempo para conversar con nosotros”.

(Margarita, D: I)

“Hay más enfermeras que parecieran que no tienen tiempo, siempre andan apuradas y no dialogan con nosotros”.

(Orquídea, D: IV).

“Las enfermeras no contestan bien. Le pregunté a la enfermera un día: Señorita ¿Quién me va a curar?, No sé, me dijo. Bueno algunas enfermeras no conversan con los enfermos”.

(Petunia, D: V)

“Cierta día apareció una enfermera tapada la boca, me hacía sentir que tengo una enfermedad contagiosa. Tampoco te conversan, no te preguntan algo, por eso no existe la confianza de decirles me duele esto o me pasa esto”.

(Crisantemo, D: VI)

“Ellas casi nunca conversan con nosotros”.

(Rosa, D: VII).

“Hay enfermeras que casi no hablan, no dan confianza, yo pienso que debe ser por su carácter que tienen”.

(Geranio, D: VIII)

A través de estos discursos se evidencia que existe escasa comunicación entre enfermera y paciente, lo que está relacionada con la presión del tiempo en la enfermera afectando de manera negativa el proceso de interacción.

La comunicación interpersonal incluye: mostrar interés por el paciente, darle información necesaria, promover la confianza y favorecer una consulta abierta.

Waldow, R. (1998) en su teoría sustenta que el cuidado es una forma de relacionarse con el otro en su totalidad es ayudando al individuo en su estado físico, aceptar las deliberaciones y acciones al momento de cuidar favoreciendo el crecimiento a través de actitudes morales. Eso porque para que se asuma el

cuidado humano como la esencia de enfermería, son necesarios datos sobre la realidad, informaciones y opiniones de las personas involucradas en el cuidar.

Heidegger, M. (1998) indica que la ocupación corresponde a sus actividades en el mundo, proveer algo para sí mismo o para otra persona. Tratar de cuidar perturbado, preocupado por algo, ocuparse de o con algo. En el trabajo es guiado por el conocimiento o reglas explícitas. Es así como el personal de enfermería asume la responsabilidad del cuidar muchas veces en situaciones complicadas, generando una situación estresante relacionada a la sobrecarga de funciones.

La ocupación-preocupación son constitutivos del cuidar (Heidegger, M. 2000). El cuidado se deslumbra en la dedicación del personal de enfermería al brindar cuidados a los pacientes y también al cuidar de sí mismo(a).

Watson, J. (1998) refiere que el proceso interactivo en 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. El cuidado en la salud es un proceso de interacciones y asociaciones entre los seres, siendo parte organizadora del sistema de la salud, parte organizadora de los sistemas de cuidados, organizándose conjuntamente con los demás sistemas sociales. Son uniones, informaciones y conexiones en un cuidado interactivo o relacional, indicadas a través del siguiente relato. El cuidado es un proceso de interacción entre los profesionales, el paciente y los familiares, donde se viven situaciones de inestabilidad, con la finalidad de restablecer la salud de esa persona. El cuidado interactivo se establece a partir de fuerzas internas, o sea, por el intercambio entre el mundo interior y exterior del ser cuidador y del ser cuidado, de manera subjetiva y de modos y momentos únicos y con personas diferentes, por eso son genuinas.

En la sub unidad de significado: **CUMPLEN FUNCIONES INTERDEPENDIENTES** tenemos las unidades de significados N° 15, 16, 17 y 18 (Disc. I, V, VI Y VIII) en donde manifiestan:

“Solo vienen a darme los medicamentos y se van”.

(Margarita, D: I)

“La mayoría vienen nos inyectan, dan medicamentos y se acabó”.

(Petunia, D: V)

“La mayoría de las enfermeras cumplen con darme solo los medicamentos y ver los sueros”.

(Crisantemo, D: VI)

“La atención de enfermería que recibo, es regular, porque las enfermeras solo me dan los medicamentos” (Geranio, D: VIII)

Las expresiones convergentes de los pacientes muestran una gran insatisfacción porque las enfermeras solo cumplen con la administración de medicamentos, descuidando tal vez, otros aspectos significativos para el usuario.

La administración de medicamentos es una función terapéutica de enfermería, que forma parte del cuidado, sin embargo, la acción de las enfermeras debe ampliarse más allá del aspecto curativo, considerando al paciente como un ser bio-psico-socio-espiritual que está en constante desarrollo (Waldow, 2013).

Para Heidegger (2000), el hombre es un ser arrojado a la existencia, ser que existe en el mundo y actúa sobre las cosas, que tienen, ante todo, el sentido de instrumentos del Dasein. El ser-ahí siempre se halla en un estado de ánimo por esencia y es el sentimiento-y solo el radicalmente-el que nos hace sentir el hecho de que existimos, descubriéndonos que somos útiles y abriéndonos a nosotros mismos.

Según Waldow, R.(2013) para que el cuidado se efectivice en su plenitud, la cuidadora debe expresar conocimiento, experiencia en el desempeño de las actividades técnicas, conjugar expresiones de interés, consideración, respeto, sensibilidad demostradas por palabras, tono de voz, postura, gestos y toques. Esa es la verdadera expresión del arte y de la ciencia del cuidado y de ser cuidado y se prolonga después de su término produciendo efectos y proporcionando cambios. La cuidadora identifica la necesidad de cuidado y verifica los medios disponibles para que el mismo realice.

En la sub unidad de significado **TRATO INADECUADO** tenemos las unidades de significado N° 19, 20, 21 y 22(Disc.: I, II, IV y V) en donde manifiestan:

“Algunas enfermeras son malas, pues al paciente lo tratan mal, contestan mal”.

(Margarita, D: I)

“Algunas enfermeras se molestan cuando llamas. Algunas enfermeras son un poco haraganas”.

(Azucena, D.II)

“Las enfermeras no nos tratan a todos con igualdad, hay ciertas preferencias por algunos pacientes que tienen a sus amigos o familiares que pertenecen al personal de salud, a ellos si los tratan mejor, con más cariño. Hay veces que hasta las medicinas le prestan. Pero nosotros todo tenemos que comprar”

(Orquídea, D.: IV).

“Pero la mayoría de enfermeras nos tratan mal, porque son muy coléricas, no son amables, no saludan a los mayores, entran calladitas. Las enfermeras no están cumpliendo con su deber, sino están trabajando solamente porque ganan un sueldo”.

(Petunia, D: V)

En los discursos se pone en evidencia que las enfermeras tratan mal a los pacientes, sin amabilidad ni respeto, afectando negativamente el proceso de interacción.

Tal vez lo más esencial de todas las necesidades del paciente hospitalizado, es ser tratado en forma correcta y amable, con el respeto que se merece por la enfermera que brinda el cuidado. Esto ejerce una gran influencia en la conformación de la relación entre enfermera y paciente.

Waldow, R. (2013) afirma que el cuidado es una forma de ser, de expresarse, de relacionarse consigo mismo, con otro ser y con el mundo, habla del ser humano como un ser de cuidado, este nace con ese potencial; por lo tanto, todas las personas son capaces de cuidar, como una acción moral, impregnada de valores, y de sentimientos, como cualidad existencial, ya que es parte del ser y le da la condición humana; se produce en relación con otro ser, es ahí donde se revela una coexistencia con otros seres, el cuidado se percibe en un contexto de variaciones, intensidades y diferencias en las formas y expresiones de cuidado conforme al medio en que se produce.

Según Heidegger el cuidado es más que un momento de atención o celo o desvelo, representa la actitud de ocupación, de responsabilidad o desenvolvimiento con el otro. Es propiamente la preocupación que hace de aprensiones que conciernen al futuro y se refieren tanto a causa externa como un estado interno.

UNIDAD DE SIGNIFICADO N° III: BRINDAN CUIDADO FRAGMENTADO.

Waldow, R. (2013) afirma que el cuidado es una forma de ser, de expresarse, de relacionarse consigo mismo, con otro ser y con el mundo, habla del ser humano como un ser de cuidado, este nace con ese potencial; por lo tanto, todas las personas son capaces de cuidar, como una acción moral, impregnada de valores, y de sentimientos, como cualidad existencial, ya que es parte del ser y le da la condición humana; se produce en relación con otro ser, es ahí donde se revela una coexistencia con otros seres, el cuidado se percibe en un contexto de

variaciones, intensidades y diferencias en las formas y expresiones de cuidado conforme al medio en que se produce.

El cuidado en su abordaje más amplio consiste en una forma de ser y estar con otros, posee características existenciales y contextuales (modo de ser) y (estar con), de tal forma que el cuidado se visualiza en dos dimensiones: fenomenológica y holística.

El sujeto no cuidado, el cuidador y el ser cuidado son considerados en una constante relación consigo mismo, con otros y con el mundo. El cuidado humano envuelve compromiso, protección y responsabilidad, es una forma ética de vivir en la que los seres humanos perciben y reconocen los derechos de los demás, a través del cuidar el ser se humaniza; el cuidar favorece el empoderamiento, el crecimiento y la realización de nuestra humanidad.

Heidegger, M. (1998) expresa que es característica del hombre estar siempre viendo por su propia vida, cuidando de ella, para satisfacer sus necesidades básicas, pero también las superiores, todo es cuidado. El ser humano está inserto en un mundo y no se puede concebir fuera de él.

La voluntad, el deseo, la inclinación y el impulso están fundados en el cuidado, es decir, el hombre fue arrojado a este mundo sin haberlo pedido, para en este mundo morir; entonces debe tener una existencia auténtica, y el hombre es un ser con los otros, por tanto, debe cuidar del otro; al propiciar que el otro se transforme es que él mismo puede transformar su propio ser en la búsqueda de su esencia.

Las enfermeras en la clínica privada cuidan fragmentando el cuidar/cuidado, dando prioridad a la parte física, que como dimensión también es fragmentada por actos de omisión.

En la sub unidad de significado: **ATENCION DE NECESIDADES FISIOLÓGICAS** en donde converge la unidad N° 23(Disc. III)

“Vine delicado, recuerdo que miccioné en la cama. Las enfermeras vinieron y cambiaron mi ropa y la cama, pensé que me iban a gritar, pero

no fue así, ellas no dijeron nada. Cuando ya mejoré un poco, ellas también me ayudan a caminar, me hacían pasear por el cuarto”.

(Clavel, D: III).

Cada ser humano experimenta un conjunto de necesidades o requerimientos, las cuales deben ser satisfechas, pues son fundamentales para mantener la salud, el bienestar y por supuesto la vida. Generalmente la persona por si misma satisface sus necesidades; sin embargo, cuando ella se encuentra enferma y hospitalizada, muchas de sus necesidades se interfieren y para satisfacerlas requieren de la ayuda de profesionales vinculados al sector salud, entre lo que se incluyen al personal de enfermería.

Watson, J. (1998), la enfermera ayuda en la satisfacción de las necesidades humanas reconociendo 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.

Sub unidad de significado: **FALTA DE ATENCION NOCTURNA DE LAS ENFERMERAS** tenemos las unidades de significado N° 24, 25 y 26 (Disc. IV, VI y VII) en donde manifiestan:

“Y en las noches no nos escuchan. No vienen a dar una miradita”.

(Orquídea, D.: IV)

“En las noches mayormente cuando uno está en cama, necesita que alguien nos alcance la chata, nos cuide. Me quedaba toda la noche sola, las enfermeras no venían a verme; sino hasta el día siguiente. Es

prácticamente en ese momento que tú necesitas a alguien a tu lado, como estas sola, necesitas de alguien que te apoye, quien te ayude cuando estas en cama sin poder moverte”.

(Crisantemo, D.: VI)

“Las enfermeras en las noches no vienen a vernos”.

(Rosa, D.: VII)

A través de estos discursos los pacientes expresan que por las noches no reciben atención de la enfermera.

En esta sub unidad de significado la enfermera no brinda una atención permanente y oportuna, ya que en el turno de la noche no atienden las necesidades del paciente, que muchas veces es donde experimenta necesidades mayores, porque se encuentra solo, sin el apoyo de sus familiares. Tampoco evalúa la recuperación del paciente. Tal actitud conlleva a que el paciente sienta que la enfermera no se preocupa por él.

El cuidado de enfermería debe ser planeado según las necesidades del paciente, este debe ser permanente las veinticuatro horas del día y los siete días de la semana, por todo el tiempo que el paciente permanezca en el hospital.

Para Heidegger, M. (1998) la ocupación corresponde a sus actividades en el mundo, obtener, adquirir, proveer algo por sí mismo o para otra persona. Tratar de cuidar de, tomar cuenta de algo, estar ansioso, perturbado, preocupado por algo, ocuparse de o con algo.

Según Waldow, R. (1998) el proceso de cuidar involucra el crecimiento y ocurre independientemente de la curación, es intencional y sus objetivos son varios, dependiendo del momento, de la situación de la experiencia. El cuidado es imprescindible en todas las situaciones de enfermedad, incapacidad y durante el proceso de morir, el cuidado humano es imprescindible como una forma de vivir y de relacionarse. Entonces el cuidado humano consiste en una forma de vivir de ser y de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso con estar en el mundo y contribuir con el bienestar general ella preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de la espiritualidad; dicha

definición le da al cuidado una definición amplia e integradora, es decir que implica la necesidad de un abordaje que contemple a las personas en todas sus dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual, así como los diversos determinantes del proceso salud – enfermedad en el ser humano, visto en su unidad y diversidad e interacción constante con el entorno en el cual se desenvuelve.

En la sub unidad de significado: **OMISION DEL HORARIO EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS** en la unidad de significado N° 27(Disc. N° I).

“No dan la medicina a su hora, ayer por ejemplo el medicamento que me tocaba a las dos de la tarde, la enfermera me la puso a las cuatro”.

(Margarita, D.: I)

En esta unidad el paciente se siente insatisfecho porque las enfermeras no son puntuales en la administración de sus medicamentos.

La enfermera lleva a cabo actividades terapéuticas que son parte del plan de cuidados de cada paciente como la administración de medicamentos. Es responsabilidad de la enfermera cumplir con la hora correcta cuando administra medicamentos a un paciente, todo error o incumplimiento en este respecto puede ser grave y perjudicial para la salud del paciente.

La administración de Medicamentos es una de las tareas más complejas en el campo laboral del profesional de enfermería y de alguna manera demanda más atención y responsabilidad de parte del profesional, ya que una mala praxis desencadenaría daños irreversibles, incluso la muerte en el paciente.

En algunos casos el profesional de Enfermería, basándose en su experiencia personal y sus conocimientos científicos, podría considerar que una indicación requiere ser revisada nuevamente por el profesional de la medicina, antes de ser ejecutada. Esta situación es sumamente delicada y pone a prueba la competencia científica y moral de la enfermera. Ésta deberá expresar en forma respetuosa y en

privado su discrepancia con el médico tratante, precisando que con ello no pretende menoscabar su autoridad. Para llevar a cabo una actuación de este tipo, la enfermera debe hallarse profesionalmente capacitada para exponer argumentos convincentes.

Según el Colegio de Enfermeros los actos de omisión en el cuidado de enfermería, referidos a la administración de medicamentos prescritos por el personal profesional competente, son motivo de sanción.

En la sub unidad de significado: **GENERANDO SENTIMIENTOS DE INCOMPRENSIÓN Y ACEPTACIÓN** se tiene la unidad de convergencia N° 28 en donde el paciente manifiesta:

“Cuando llegué las enfermeras estaban un poquito enojadas conmigo, porque no podía colaborar, estaba enfermo, mis pies estaban hinchados, no podía caminar”

(Margarita, D.: I)

A través de este discurso la paciente percibe que al hospitalizarse las enfermeras la reciben enojadas, no comprenden, ni respetan su estado de salud deteriorado que le impide satisfacer por sí sola, sus necesidades.

Para Heidegger es cuidar activamente a alguien, que precisa de ayuda, por lo tanto, al bien – estar organizado por el estado o por corporación de caridad. A su ser – con – otros: el modo de ser básico de Daisen; es que su ser está en juego. Este modo básico de ser es concebido como cuidado y como modo básico de ser de Daisen; este cuidado es no menos originalmente ocupación y este ser de Daisen; es esencialmente ser – en – mundo. De esa misma forma este modo básico de ser de Daisen es preocupación en la medida en el Daisen es ser – uno – con – el – otro. Esta peculiar relación de un ser – ahí con otros, recibe el nombre de preocuparse por. En su sentido ontológico que se ocupa de los medios para ser un ser en el mundo; el carácter de preocupación significa el tratamiento y cuyo radial es cuidado al tiempo que se comportan como existe a raves del ejercicio de la ocupación, que es trabajar para el logro de su determinación, que se golpea su forma de ser, esencialmente.

Según Waldow cuidar es un acto consciente de amor, de ayuda, es educar para la libertad, auxiliar en las horas en el que el sujeto necesita para volver a caminar solito, es respeto por la individualidad como ser único y del mundo, que tiene una historia y que hace su historia empleando sus conocimientos, su arte de servicio de quien necesita de él.

En la sub unidad de significado: **CARENCIA DE AFECTO Y APOYO EMOCIONAL DE LAS ENFERMERAS** está dada por las convergencias de las unidades 29, 30, 31 y 32 (Disc.: V, VI, VII y VIII)

“Nosotros quisiéramos que algunas veces nos atiendan y nos digan: Si está mejor, está mejorando, si estoy mejor, le diríamos nosotros: un poquito mejor”.

(Petunia, D.: V)

“Falta un poco de sensibilidad en las enfermeras, les falta pensar en los pacientes que necesitan que alguien le dé una palabra de ánimo. A veces uno está mal, esta triste porque no tenemos esperanzas de salir de la clínica y las enfermeras son las únicas que están con nosotros y pueden aliviar nuestra tristeza, pero no lo hacen. No ven el lado emocional que necesitamos, no nos dicen. ¿Están bien?, ¿estas mejorando? Eso les falta”.

(Crisantemo, D: VI)

“Simplemente vienen, nos miran y nada más, no veo en ellas un poquito de cariño para nosotros. Cuando se está enferma, se necesita que nos atiendan con amor, porque siempre pensamos las peores cosas que nos podrá pasar, eso es lo que les falta a las enfermeras”.

(Rosa, D: VII)

“Falta un poco de amor de las enfermeras, son muy ajenas a uno. La mayoría de las enfermeras no nos tratan con cariño, vienen enojadas. En la noche es lo más pesado cuando nadie viene a acompañarme, porque no me escuchan, cuando yo las llamo no me hacen caso”.

(Geranio, D: VIII)

Los pacientes expresan que las enfermeras no demuestran afecto en su relación con ellos, tampoco le brindan apoyo emocional, evidenciándose en ellos

la gran necesidad de que el cuidado de enfermería incluye afecto y apoyo emocional como alivio a sus sentimientos de aflicción que conlleva la hospitalización.

Desde hace mucho tiempo se reconoce la importancia de la actitud del paciente sobre el pronóstico, la motivación es importante para la recuperación, ya que es difícil curar a un paciente que no quiere sentirse bien.

La necesidad de afecto es tan básica, cada individuo desea afecto, simpatía, bondad y consideración en las relaciones humanas. Unas relaciones que demuestran afecto, pueden ser influencias positivas en la vida. El afecto esta edificado sobre una base de seguridad y necesidades físicas satisfechas. De allí, que el cuidado no tendría sentido si la presencia de un lazo afectivo entre enfermera y paciente.

Para Heidegger el Ser-con es la relación del ser humano con el otro que no viene a hacer de dominio, pero sí de convivencia. Es interacción de común unión. El Dasein se preocupa y se comporta con SER- CON.

Según Waldow para el cuidado se efectivice con plenitud, la cuidadora debe expresar conocimiento, experiencia en el desempeño de las actividades técnicas, conjugar expresiones de interés, consideración, respeto, sensibilidad demostradas por palabras, tono de voz, postura, gestos y toques. Esa es la verdadera expresión de arte y de la ciencia del cuidado y de ser cuidado.

Refiere también que otra expresión de amor es la práctica del toque, que es un mensajero de sentimiento y emociones, el cual consiste en un proceso consciente dirigido de energía, durante el cual la persona prácticamente usa las manos como instrumento para favorecer armonía.

Cuidar es un acto consciente de amor, ayuda, es educar para la libertad, auxiliar en las horas en el que el sujeto necesita volver a caminar solito, es respeto por la individualidad como ser único y del mundo.

Según Watson, J. (1998) el cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás es la identificación de los sentimientos conduce a la actualización de

uno mismo mediante la autoaceptación 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.

En a sub unidad de significado: **NECESIDAD DE AYUDA** está dada por la convergencia de la unidad N° 33 (Disc. VII)

“Aquí estamos solas y necesitamos mucho de las enfermeras. De ellas depende si mejoramos o no”

(Rosa, D.: VII)

Cuando el paciente hospitalizado requiere apoyo de parte del personal asistencial para mantenerse de forma confortable, reconociendo que de ellos depende la recuperación de su salud.

La necesidad de ayuda se presente como una posibilidad facilitadora para la enfermera, cuya intervención permitirá que el paciente pueda alcanzar un mejor estado de salud.

Según Heidegger el cuidado es más que un momento de atención de celo o desvelo, representa una actitud de ocupación, preocupación de responsabilidad o desenvolvimiento afectivo con el otro. Es propiamente la preocupación que hace de aprensiones que conciernen al futuro y se refieren tanto a causa externa como a estado interno. Cuidado es un cura, es decir un actuar, un permanecer en guardia, pero también es una insensata incitación a tomarse radicalmente en cuenta como algo existente, como algo que consiste en arrancarse el ser del mundo. Cura/cuidado es preocupar – se, estar preocupado con algo. Es tomar en cuenta de, cuidar de, proveer algo para alguien o algo.

Para Waldow cuidar es un acto consciente de amor, de ayuda, es educar para la libertad, auxiliar en las horas en el que el sujeto necesita para volver a caminar solito, es respeto por la individualidad como ser único y del mundo, que tiene una historia y que hace su historia empleando sus conocimientos, su arte de servicio de quien necesita de él.

Según Watson, J. (1998), es importante desarrollar una relación de ayuda y de confianza para que promover y aceptar 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.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones.

La presente investigación tuvo por objetivo analizar y comprender el significado del cuidado de enfermería vivenciado en pacientes adultos hospitalizados de la clínica privada, Chimbote 2016.

El análisis de los discursos expresados por los pacientes de la presente investigación me permitió conocer y comprender el fenómeno del cuidado de enfermería vivenciado por pacientes adultos hospitalizado en una clínica privada, se han develado tres unidades de significado: Emergiendo un buen cuidado de enfermería, Declinando la relación Enfermera- paciente, Brindando cuidado de enfermería fragmentado.

Emergiendo un buen cuidado de enfermería, se construye con las sub unidades de significado: Buen trato de las enfermeras, gratitud al personal, facilitan el apoyo familiar.

Declinando la relación enfermera-paciente, se construye con las sub unidades de significado: Escasa comunicación, cumplen funciones interdependientes, trato inadecuado y desigual

Brindan cuidado Fragmentado, se construye con las sub unidades de significado: Atención de necesidades fisiológicas, falta de atención nocturna de las enfermeras, omisión del horario en la administración de medicamentos, generando sentimientos de incomprensión y aceptación, carencia de afecto y apoyo emocional de las enfermeras, necesidad de ayuda.

Ser cuidado por enfermería es una experiencia de vida de los pacientes hospitalizados. Mediante el análisis fenomenológico se estructuró como un

conjunto de manifestaciones subjetivas tanto positivas como negativas que componen el cuidado de enfermería.

Dada la presencia de divergencias, se evidencia que en el cuidado de las enfermeras no existe uniformidad en cuanto al trato y a la atención brindada a los pacientes. Algunas enfermeras dan buen trato, otras tratan mal y otras tratan en forma desigual. Así también el cuidado de algunas enfermeras es bueno y de otras es deficiente.

En la categoría Emergiendo un buen cuidado, se debe tener en cuenta que el buen trato de las enfermeras es entendido como la manera amable, respetuosa y atenta con que se dirige la enfermera a los pacientes en su práctica de cuidado, permitiendo una comunicación e interacción eficaz. La gratitud al personal es expresar lo que le hacen felices, que el personal de enfermería les ha ayudado, que hemos estado junto a ellos cuando nos han necesitado, que aportamos en sus días de hospitalización una buena experiencia para el paciente hospitalizado es muy importante el apoyo de parte de sus familiares, ya que la interacción con su familia le brinda seguridad afectiva al paciente, ayudándolo a disminuir sus temores y a adaptarse más rápidamente al ambiente nuevo de la clínica.

En la categoría Declinando la relación enfermera-paciente se tiene en cuenta la escasa comunicación el cual es un elemento de mucha importancia en la práctica de enfermería. En el proceso de enfermería, tanto la enfermera como el paciente viven experiencias emocionales como una función del proceso de comunicación que existe entre ellos. Por lo tanto, la enfermera debe comprender con toda claridad que la comunicación ejerce una gran influencia en la conformación de la relación enfermera – paciente. Cumplen funciones interdependientes, administran de medicamentos que es una función terapéutica de enfermería, que forma parte del cuidado, sin embargo, la acción de las enfermeras debe ampliarse más allá del aspecto curativo, considerando al paciente como un ser bio-psico-socio-espiritual que está en constante desarrollo. Sin embargo devela el trato inadecuado, cuando la enfermera no trata a los pacientes en

forma correcta es decir con amabilidad y el respeto que se merece afectando negativamente la relación.

En la categoría Brindan cuidado fragmentado se tiene en cuenta la atención de las necesidades fisiológicas en forma oportuna y no interaccionan con el paciente; a la vez la falta de atención nocturna de las enfermeras se muestra en que las enfermeras no realizan las rondas nocturnas para poder determinar las necesidades del paciente y así poder satisfacerlas; en la omisión del horario en la administración de medicamentos se debe de tener en cuenta que el proceso de administración de medicamentos es una actividad dependiente que realiza el profesional de enfermería. No obstante, su intervención en el desarrollo de este procedimiento es de vital importancia, siendo ética y jurídicamente determinante en la atención de los pacientes. Su correcto desarrollo implica el aseguramiento de la calidad en el cuidado de los pacientes. En cuanto a generando sentimientos de incomprensión y aceptación se puede determinar que no respetan su estado de salud deteriorado que muchas veces le impide satisfacer por sí sola, sus necesidades. La carencia de afecto y apoyo emocional de las enfermeras se ve reflejado como la escasa voluntad de comprometerse con el otro, de ser y hacer para el otro, lo que el otro no puede hacer por sí mismo. Tal actitud conlleva a un acercamiento irrespetuoso. Se debe de tener en cuenta que la necesidad de ayuda aparece en la persona hospitalizada ya que no puede satisfacer sus necesidades por sí solo.

El fenómeno develado nos brinda la posibilidad de reflexionar sobre algunos aspectos del cuidado de enfermería que se brinda al paciente hospitalizado y nos muestra la necesidad de una práctica de cuidado humanizado, que considere las dimensiones biológica, cognitiva, emotiva, social y espiritual del ser humano.

El reto de enfermería es ampliar nuestro foco de interés hacia lo humano, elaborando propuestas y aplicando estrategias que aseguren un cuidado humanizado, individual y holístico para satisfacción de nuestros usuarios.

6.2. Recomendaciones

A partir de los resultados encontrados en este trabajo de investigación planteo las siguientes recomendaciones:

1. Mejorar el cuidado de enfermería hacia la humanización del cuidado del paciente adulto hospitalizado en entidades privadas.
2. Rescatar nuestro foco de interés hacia lo humano, elaborando propuestas y aplicando estrategias que aseguren un cuidado humanizado, individual y holístico para satisfacción de nuestros pacientes.
3. Elaborar actividades de capacitación e investigación sobre la importancia del cuidado humano dirigidas a personal de enfermería.
4. Realizar otros estudios de investigación cualitativa en relación al cuidado humano y el cuidado de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alcalde, J.; Lazo, O.; Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. Recuperado el 10 de julio del 2013. <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/19.pdf>.
2. Asti, A. (1973). *Metodología de la investigación*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Kapeluz.
3. Ávila, R. y Torres, J. (1998). *Calidad de atención de enfermería según percepción de pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, distrito de Nuevo Chimbote – 1998* (Tesis para optar el título de licenciatura). Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, Perú.
4. Barbosa Merighi, M. A. (1999). A Docencia de Enfermagem em uma Universidades Pública. Um Enfoque fenomenológico. (Tesis para optar el título de doctorado). Universidad de Sao Paulo, Brasil.
5. Bazo, L. y otros (1999). *Opinión de los pacientes atendidos en el servicio de Cirugía del Hospital IAHULA sobre el Cuidado de Enfermería Agosto-Setiembre* (Tesis para optar el título de licenciatura). Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela.
6. Cobra, R. (2001). *Filosofía Contemporánea Martin Heidegger, Vida, época, filosofía e obras de Martin Heidegger*. Recuperado el de del 2016, no sale la página <http://cobre.pages.nom.br/fcheidegger.htm>
7. Colegio de Enfermeros del Perú. (2002). *Código de Ética y Deontología de Enfermería*. Lima, Perú.
8. Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S.(1994) *La disciplina y práctica de la investigación cualitativa : El manual de Sage de la investigación cualitativa .*

- Tercera edición (pp. 1-13). Recuperado el 20 de marzo del 2016.
https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwis2Pi95cDMAhVGeCYKHXRgCVwQFggfMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.catedras.fsoc.uba.ar%2Fmasseroni%2Ftraduccion%2520Denzin%2520_%2520Lincoln_Introduccion%2520resumida.doc&usg=AFQjCNF7Q92eRusjYly9dSsIKuyTgC3Tjg&sig2=Wn6868auvZICdmLo4WYEYQ&bvm=bv.121099550,d.eWE
9. Escurero Rodríguez, B. (mayo, 2003). *Enfermería clínica. Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente*. Recuperado el 10 de Enero del 2016, <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-resumen-alternativo-humanismo-tecnologia-los-cuidados-enfermeria-13047842>
 10. Ucha, F. (2010). *Clínica*. Definición ABC. Recuperado el 20 de enero del 2011. <https://www.definicionabc.com/salud/clinica.php>
 11. Gutiérrez, A. y Toro, Y. (1999). *Satisfacción del usuario del servicio de Cirugía de la IHULA* (Tesis para optar el título de licenciatura). Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
 12. Heidegger, M. (1987). *De camino al habla*. Barcelona: Serbal-Guitard.
 13. Heidegger, M. (2000). *Ser y Tiempo*. (10ª Ed.) Petrópolis, Brasil: Editora Vozes.
 14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. «PERÚ: ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DE POBLACIÓN TOTAL POR SEXO DE LAS PRINCIPALES CIUDADES».
 15. Inwood, M. (2002). *Diccionario de Heidegger*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. Ltda.
 16. *Significado de paciente*. Recuperado el día 18 de abril del 2017. <https://www.significados.com/paciente/>.

17. Martins, J. y Bicudo, M. (1989). *Pesquisa cualitativa en psicología: fundamentos e recursos básicos*. Sao Paulo, Brasil: Edit. Moraes.
18. Meza, R. (Lima 1995). *“Percepción de la calidad de atención de enfermería según pacientes hospitalizados, caso de Hospital de Salud – Sergio Bernales de Collique* (Tesis para optar el grado de maestría). Universidad de San Martín de Porras. Lima, Perú.
19. MORAL, C. (2006). *Criterios de la validez de la investigación cualitativa actual*. Revista de Investigación Educativa. 24(1). Recuperado el del 14 de marzo del 2016, <http://revistas.um.es/rie/article/viewFile/97351/93461>
20. Navarro, D. y Vargas, D. (2011). *Habilidades y competencias para ejercer el cuidado humanizado de Enfermería*. Universidad Nacional del Santa. Distrito de Nuevo Chimbote.
21. Palacios Ceña, D. (2008). *Modernidad, positivismo y tecnología: Influencia de la enfermería y en pacientes que necesitan equipamiento tecnológico*. Recuperado el de 12 de marzo del 2016, no sale está [pág.webhttp://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s11321296200800300008&script=sci_arttext](http://webhttp://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s11321296200800300008&script=sci_arttext) Sale está http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s11321296200800300008&script=sci_arttext
22. Paredes, J. y Sánchez, E. (1997). *Calidad de atención de enfermería en el servicio de cirugía del hospital de apoyo La Caleta, diciembre de 1997* (Tesis para optar el título de licenciatura). Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote, Perú.
23. Polit, D. y Hungler, B. (1994). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. (4ª Ed.). México, DF, México: McGraw-Hill Interamericana.

24. Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J. Y García Jiménez, E. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Recuperado el 15 de abril del 2016 <http://es.scribd.com/doc/128205939/METODOLOGIA-DE-LA-INVESTIGACION-CUALITATIVA-Gregorio-rodriguez-gomez-Javier-Gi-Flores#scribd>
25. Sauthier J.; Almeida Filho, A.J.; Barbosa Gomes, ML. (1999). *O Cliente como Sonsumidoar dos Servicos de Saude: Quesotes Éticas*. Revista de Enfermagem Escola Ann Nery. Rio de Janeiro, Brasil.
26. Sierra, B. (1989). *Técnicas de Investigación Social. Teoría y Ejercicios*. Ediciones Parainfo. Madrid, España.
27. Vereau, R. (1998), *Percepción de la atención de Enfermería Humanística y su relación con el grado de ansiedad en pacientes hospitalizados. Hospital de Apoyo de Otuzco*. (Tesis para optar el grado de maestría). Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, Perú.
28. Vidal Blan, R., **Adamuz Tomás, J., *Feliu Baute, P.(2009). *Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera*. Recupera el dia 20 de mayo de 2017. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300021
29. Viggiani Bicudo, M. A. y Cunha Esposito, V. H. (1994). *Pesquisa Qualitativa em Educacao*. Sao Paulo, Brasil: Editorial UNIMEP.
30. Waldow, V. (1998). *Cuidado Humano o Resgate Necesario*. Porto Alegre, Brasil: Edic Novak.
31. Waldow, V. (2013). *El cuidado integral del ser humano Memorias del III Congreso Internacional y V Nacional de Enfermería en Cuidado Humano*. Universidad de Carabobo.Venezuela.

32. Watson, J. (1988). *Nursing: human science and human care*. New York: National League for Nursing. 73-77.
33. Watson J. *Caring science as sacred Science*. Philadelphia: FA Davis; 2005.
34. Watson J. Impacto de la relación sanadora en la práctica de la Enfermería. *Rev Rol de Enf.* 2006; 29(12): 806-12.
35. Xesspe, R. (1994). *Calidad de atención del programa de la Tercera Edad*. Hospital San Fernando. Estudio de Investigación. Pueblo Nuevo, Panamá.

ANEXOS



ANEXO N° 01

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA GUÍA DE ENTREVISTA

Presentación

La presente entrevista tiene por finalidad agradecer a Ud. por aceptar participar en la investigación intitulada “**CUIDADO DE ENFERMERIA VIVENCIADO POR PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS DE UNA CLINICA PRIVADA, CHIMBOTE 2016**”. Por ello, le agradeceré se sirva hacer uso de su valioso nivel de recordación para brindar datos fidedignos posibles y me comprometo a guardar el anonimato y la confidencialidad requerida. Gracias.

I. **INFORMACION GENERAL:** Caracterización de sujetos de estudio:

CODIGO:.....

EDAD:..... **SEXO:** () MASC. () FEM.

PROCEDENCIA:.....

DX. MEDICO:.....

TIEMPO DE PERMANANCIA EN LA CLINICA:.....Horas.

II. **INFORMACION ESPECIFICA:**

Pregunta orientadora:

1. ¿Cómo es el cuidado que recibe de las enfermeras que lo atienden en la clínica?



ANEXO N° 02

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA ESCUELA DE POSTGRADO MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr.(a):.....en especial afecto y consideración me presento para darle a conocer el proyecto de investigación intitulado: intitulada **“CUIDADO DE ENFERMERIA VIVENCIADO POR PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS DE UNA CLINICA PRIVADA, CHIMBOTE 2016”**.

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

Rosa Calatayud Velásquez

DNI: 32980534

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 voy a participar en la investigación, mediante información verdadera; en fé de lo cual, firmo a continuación.

Nombres y Apellidos

DNI

ANEXO N° 3

CUADRO DE ANALISIS NOMOTETICO

N° UNIDADES DE SIGNIFICADO INTERPRETADAS		*	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
EMERGIENDO UN BUEN CUIDADO										
BUEN TRATO DE LAS ENFERMERAS										
1	Las enfermeras le han tratado bien. Le administran su medicamento y la visitan de vez en cuando.	IIA			C2	C3	C4	C5		
2	El cuidado de las enfermeras es muy bueno, porque la atienden bien. Le dan su comida y le administran sus medicamentos.	IIIA		C1		C3	C4	C5		
3	Son muy pocas las enfermeras buenas, que la tratan con afecto y comprenden.	IVA		C1	C2		C4	C5		
4	La tratan bien, son atentas.	VA		C1	C2	C3		C5		
5	Pocas enfermeras atienden bien.	VID		C1	C2	C3	C4			
GRATITUD AL PERSONAL										
6	Ella agradece por estar mejor.	IIIB								
FACILITAN EL APOYO FAMILIAR										

7	Su hija le acompaña en las noches.	IIB				C08			
8	Su nieta se queda a cuidarla.	IVD		C07					
DECLINANDO LA RELACION ENFERMERA-PACIENTE									
ESCASA COMUNICACIÓN									
9	Las enfermeras no la miran, ni le preguntan nada, siempre caminan muy apuradas.	ID				C10	C11	C12	C13 C14
10	Las enfermeras siempre están apuradas y no tienen tiempo de dialogar conmigo.	IVB	C09				C11	C12	C13 C14
11	No le responden bien.	VC	C09			C10		C12	C13 C14
12	Un día se acercó una enfermera cubierta la boca. Le hizo pensar que tenía una enfermedad contagiosa. No nos conversan.	VIA	C09			C10	C11		C13 C14
13	No conversan con ella.	VIIC	C09			C10	C11	C12	
14	Ella no conversa con las enfermeras	VIIIC	C09			C10	C11	C12	C13
CUMPLEN FUNCIONES INTERDEPENDIENTES									
15	Solo le administran sus medicamentos y se van.	IE					C16	C17	
16	Solo le administran los medicamentos.	VE	C17					C17	C18
17	Solo van y cumplen con administrarle sus medicamentos.	VIE	C17				C16		C18
18	La atención es regular porque solo le administran los medicamentos.	VIIIA	C17				C16	C17	

TRATO INADECUADO Y DESIGAL									
19	Algunas enfermeras son malas y tratan mal al paciente.	IB		C19		C21	C22		
20	Algunas enfermeras se molestan y son haraganas	IIC	C19			C21	C22		
21	Tratan con más cariño a los amigos o familiares del personal de salud, hasta les prestan los medicamentos; pero ella todo tiene que comprar.	IVE	C19	C19			C22		
22	La mayoría de enfermeras nos tratan mal, no son amables, entran sin saludar. Las enfermeras no cumplen con su deber, solo trabajan para ganar un sueldo. Cuando les pido que me administren el tratamiento para el dolor, algunas si lo hacen, no son atentas y se amargan.	VB	C19	C19		C21			
BRINDAN CUIDADO FRAGMENTADO									
ATENCION DE NECESIDADES FISIOLÓGICAS									
23	Ella recuerda que miccionó en la cama, le cambiaron su ropa y las sabanas sin decir nada y también le ayudaron a caminar por el cuarto.	IIIC							
FALTA DE ATENCION NOCTURNA DE LAS ENFERMERAS									
24	En las noches no la escuchan. No van a mirarla.	IVD						C25	C26
25	Ella siente que en las noches cuando está en cama necesita a alguien al lado, para que la apoye, alcance la chata y la esté viendo. Toda la noche se quedaba sola, llamaba pero no se acercaban, muchas veces hasta el día siguiente.	VIB				C24			C26
26	No van a verla en las noches	VIIA				C24		C25	

OMISION DEL HORARIO EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS									
27	Las enfermeras no le administran sus medicamentos a la hora.	IC							
GENERANDO SENTIMIENTO DE INCOMPRESION Y ACEPTACION									
28	Las enfermeras estaban un poco enojadas porque no caminaba y no colaboraba al momento que le realizaban su higiene. Le tuvieron cólera.	IA							
CARENCIA DE AFECTO Y APOYO EMOCIONAL DE LAS ENFERMERAS									
29	Le gustaría que le digan: está mejorando.	VD					C30	C31	C32
30	Ella cree que falta un poco de sensibilidad en las enfermeras, que los pacientes necesitamos palabras de ánimo, para aliviar nuestra tristeza y ellas son las únicas que pueden hacerlo, pero no lo hacen. No tienen en cuenta el aspecto emocional de los pacientes.	VIC					C29	C31	C32
31	Ella no ve en las enfermeras un poquito de cariño ya que necesita que la atiendan con amor.	VIIB					C29	C30	C32
32	Falta un poco de amor en las enfermeras	VIIIB					C29	C30	C31
NECESIDAD DE AYUDA									
33	Necesita mucho de los médicos y enfermeras.	VIID							