



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

"Percepción de los usuarios y familiares sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Huaraz. Julio-diciembre 2008"

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres

AUTOR

Rocío Belú VÁSQUEZ VERA

Lima, Perú

2009



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Vásquez R. Percepción de los usuarios y familiares sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital II EsSalud Huaraz Julio-diciembre 2008 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2009.

Agradezco a mis compañeros de trabajo
Por apoyarme en el trabajo para poder
Realizar mis estudios de Segunda
Especialización en Enfermería y a todos
Aquellos que contribuyeron a la realización
Del presente trabajo de Investigación.

A mi madre por su apoyo incondicional y
Desinteresado, a mis Hijos Renzo y Leonardo
Porque son la razón de mi vida.

INDICE

	Pág.
Índice de gráficos	
Resumen	
Presentación	1
	Pag.
 CAPITULO I INTRODUCCIÓN	
A. Planteamiento, Delimitación y origen del problema	2
B. Formulación del problema de Investigación.	6
C. Justificación	6
D. Objetivos	8
E. Propósito	9
F. Antecedentes del estudio- juicio crítico	10
G. Base Teórica Conceptual- Analítica.	15
H. Definición Operacional de Términos.	52
 CAPITULO II. MATERIAL Y MÉTODO.	
A. Nivel, tipo y Método de Investigación	56
B. Descripción del Área de estudio	57
C. Población y Muestra	58
D. Técnica e instrumento	58
E. Plan de Recolección de Datos.	59
F. Plan de procesamiento, presentación, Análisis e Interpretación	59
G. Consideraciones éticas.	60

CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**CAPITULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y
LIMITACIONES.**

A. Conclusiones	67
B. Recomendaciones	68
C. Limitaciones	68
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	69
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS	

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°	Pág.
1. Percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brinda la Enfermera del Hospital II- Essalud- Huaraz en la dimensión Interacción Enfermera- paciente.	61
2. Percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brinda la Enfermera del Hospital II- Essalud- Huaraz en la dimensión Fenomenológica.	62
3. Percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brinda la Enfermera del Hospital II- Essalud- Huaraz en la dimensión Transpersonal	63
4. Percepción de los Familiares sobre cuidado humanizado que brinda la Enfermera del Hospital II- Essalud - Huaraz en la dimensión Interacción Enfermera- paciente.	64
5. Percepción de los Familiares sobre cuidado humanizado que brinda la Enfermera del Hospital II- Essalud- Huaraz en la dimensión Fenomenológica.	65
6. Percepción de los Familiares sobre cuidado humanizado que brinda la Enfermera del Hospital II- Essalud- Huaraz en la dimensión Transpersonal.	66

INDICE DE ANEXOS

- A. Operacionalización de la variable**
- B. Instrumento**
- C. Prueba de Validez**
- D. Prueba de Confiabilidad**
- E. Percepción general de los usuarios sobre cuidado Humanizado que brindan las Enfermeras.**
- F. Percepción general de los familiares sobre cuidado Humanizado que brindan las Enfermeras**
- G. Comparación de la percepción según dimensiones de los usuarios y familiares sobre cuidado humanizado.**
- H. Comparación de la percepción de los usuarios y familiares sobre cuidado humanizado.**
- I. Cuadro de Relación entre las características personales y la Percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado .**
- J. Cuadro de Relación entre las características personales y la Percepción de los familiares sobre cuidado humanizado .**

RESUMEN

El cuidado en Enfermería es la razón de ser de la profesión de Enfermería y más aún si éste se brinda de forma Humanizada, el presente trabajo tuvo como Objetivo General Determinar la percepción de los Usuarios y familiares sobre el cuidado humanizado que brindan las Enfermeras del Hospital II- Essalud – Huaraz. El presente estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte Transversal. La población estuvo conformada por 224 usuarios y sus familiares. La técnica fue la entrevista, y el instrumento el cuestionario. Los resultados fueron : la percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado en la dimensión Interacción Enfermera- Paciente de un total de 21(100%) pacientes, 12 (57.1%) tienen una percepción Medianamente Favorable, 8 (38.1%) tienen percepción Desfavorable y el 1 (4.8%) tienen percepción favorable; en la dimensión fenomenológica Se observa que 10 (47.6%) tienen una percepción Medianamente Favorable; 6 (28.6%) tienen percepción Desfavorable y 5 (23.8%) tienen percepción favorable . En la dimensión Transpersonal se observa que 11 (52.4%) tienen una percepción Medianamente Favorable ; 7(33.3%) tienen percepción Desfavorable ; y 3 (14.3%) tienen percepción favorable . La percepción de los familiares sobre el cuidado humanizado que brindan las enfermeras fue: en la dimensión Interacción Enfermera- Paciente se observa que 12 (57.1%) tienen una percepción Medianamente Favorable, 6 (28.6%) tienen percepción Desfavorable y 3 (14.3%) tienen percepción favorable; en la Dimensión Fenomenológica se observa que 13 (61.9%) tienen una percepción Medianamente Favorable, 6 (28.6%) tienen percepción Desfavorable y 2 (9.5%) tienen percepción favorable; en la dimensión Transpersonal se observa que 15 (71.4%) tienen una percepción Medianamente Favorable, 4 (19%) tienen percepción Desfavorable, y 2 (9.5%) tienen percepción favorable. Por lo que se concluye que los usuarios y familiares tienen una percepción medianamente favorable respecto del cuidado humanizado que brindan las Enfermeras en el servicio de Emergencia resaltando los puntos de falta de trato amable, cortés y un poco indiferente en su cuidado.

Palabras claves: **Percepción del Usuario y su familiar, Cuidado Humanizado.**

SUMMARY

Nursing care is the reason for the nursing profession and even more so if it provides a humanized this work was Objective To determine the perceptions of users and families about the care provided by nurses humanized Hospital II-Essalud - Huaraz. This study is application-level, quantitative method descriptive cross. The population consisted of 224 users and their families. The technique was the interview, the instrument and the questionnaire. The results were: the perception of users care about the human dimension in nurse-patient interaction of a total of 21 (100%) patients, 12 (57.1%) have a perception Moderately Favorable, 8 (38.1%) are perceived and Unfavorable 1 (4.8%) have favorable perception in phenomenological dimension is noted that 10 (47.6%) have a perception Mildly Pro 6 (28.6%) have Unfavorable perception and 5 (23.8%) have favorable perception. In Transpersonal dimension shows that 11 (52.4%) have a perception Mildly Pro 7 (33.3%) have Unfavorable perception, and 3 (14.3%) have favorable perception. The perception of the human family on the care provided by nurses was in the nurse-patient interaction dimension shows that 12 (57.1%) have a perception Moderately Favorable, 6 (28.6%) have Unfavorable perception and 3 (14.3%) have favorable perception in phenomenological Dimension shows that 13 (61.9%) have a perception Moderately Favorable, 6 (28.6%) have Unfavorable perception and 2 (9.5%) have favorable perception in Transpersonal dimension shows that 15 (71.4 %) have a perception Moderately Favorable, 4 (19%) are perceived Unfavorable, and 2 (9.5%) have favorable perception. It concludes that users and families that have a moderately favorable perception of the care provided by nurses humanized service in Emergency highlighting the lack of friendly, courteous and a bit indifferent in their care.

Keywords: User Perceptions and his family humanized care.

PRESENTACIÓN

La Enfermera brinda servicios de cuidado a la persona, familia y comunidad con la finalidad de proteger, recuperar y rehabilitar la salud a través de una atención integral.

La Enfermera del servicio de Emergencia afronta grandes retos en su actuar para brindar un cuidado oportuno, eficaz, con calidad en todas sus dimensiones. Cuenta con conocimientos especializados en pacientes en estado crítico incluyendo la actualización y manejo de aparatos sofisticados los cuales dependen para la recuperación y mantenimiento de la vida del usuario, además de brindar un cuidado humano . A continuación se presenta el trabajo de investigación titulado “ Percepción de los usuarios y familiares sobre cuidado humanizado que brindan las Enfermeras del Servicio de Emergencia del Hospital I-Essalud Huaraz Julio- Diciembre 2008, cuyo objetivo fue: Determinar la percepción de los usuarios y familiares sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras en el servicio de Emergencia.

Consta de los siguientes capítulos; Capítulo I: en la cual se expone el planteamiento y Delimitación del problema, formulación del problema, objetivos, propósito, marco teórico, definición operacional de términos y operacionalización de variables. Capítulo II Material y Método. Capítulo III: Resultados y Discusión, Capítulo IV Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se presenta la referencia bibliográfica, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El ser humano a lo largo de su desarrollo adquiere formas y expresiones de cuidar que se sofistican con el tiempo. De modo informal, el cuidar se inicia o se expresa predominantemente de dos formas: como de un modo de sobrevivir y como una expresión de interés y cariño. El primer modo se hace notar en todas las especies y sexos. El segundo ocurre entre los humanos, considerando predominantemente su capacidad de usar el lenguaje entre otras formas, para comunicarse con los otros.

El cuidado en inglés significa preocupación, consideración, interés, afecto, importar. Proteger, gustar, en portugués significa atención, cautela, celo, responsabilidad, preocupación. El verbo cuidar específicamente asume su connotación de imaginar, pensar, meditar, causar, inquietud, poner atención.

Después de Cristo el cuidado se caracterizó por su sentido religioso de prestar ayuda, caridad y de ofrecer apoyo espiritual. Igual en la antigüedad, el cuidar, aun indistinto de las prácticas de curar, era una actividad ligada al misticismo en función de las diversas ciencias relativas a la naturaleza espiritual, a los poderes de los dioses o diosas.

Los estudios de Leninger (1991) y de las otras investigadoras del área de enfermería que han investigado comportamientos de cuidar entre

algunas culturas, ilustran de cierta forma como actualmente las personas mantienen muchos de los rituales de cuidar que representan los valores de sus culturas. Entre las diversas culturas estudiadas por Leninger con personas residentes en América del Norte, fueron seleccionados tres para una comparación informal con la del Brasil por la similitud con las culturas encontradas en el sur del país. (01)

La cultura americana- japonesa presenta significados de cuidar y modos de acción de la siguiente manera: respeto por la familia, con los más viejos, limpieza personal, resistencia al dolor y al estrés, utilizando terapias populares, tranquilidad y pasividad, interés en relación a quejas físicas y cuidado con las otras para obtener afecto.

Roach (1993) afirma su creencia en el cuidado como una forma de ser, recordando que la especie humana ha sobrevivido justamente por la existencia de seres que presentan comportamientos de cuidado. Esa humanidad mencionada por Roach debería vencer todas las dificultades de un mundo en crisis pues, según ella, el cuidar necesita ser fortalecido, impidiendo que prevalezcan comportamientos de no cuidado.

En todos los sectores y en particular, entre las profesiones de salud, el cuidado como una condición humana debería constituir un imperativo moral.(01)

Donahue (1985), establece la relación enfermería, enfermos, ancianos y necesitados. Según la autora además de eso eventualmente el cuidado comprende o incluye implícitamente ser madre y educar, lo que a su vez implica ayudar a crecer. Con la amenaza de seguridad, de enfermedad, la cuidadora (en general, papel atribuido a la mujer) se dedica a proveer, además de la atención y del afecto, el alivio de más actividades que posibiliten el bienestar, la restauración del cuerpo y del

alma y la dignidad. Mas tarde, según la historia, ayuda en el desarrollo de actividades, no solo de alivio, sino de aquellas que promueven la reducción del dolor y de la incapacidad en general bajo la orientación de un medico.

El cuidado tecnológico, en cierta forma, esta también presente en las diversas civilizaciones aunque de manera indiferenciada, a veces , de las practicas de curación, o sea de la medicina.(01)

La enfermería nace y comienza a tomar forma y adquiere el estatus de una ocupación distinta, con la formalización de su enseñanza hecha por Florence Nigtingales. Anteriormente se desarrollaba a través del entrenamiento de personas para desempeñar actividades de alivio, de administración de medicamentos y de limpieza de unidad cocina, y lavandería.

Contrariamente a Donahue (1985) que en el proceso de evolución reconoce a la enfermería como más antigua que la medicina, se podría decir que en realidad lo mas antiguo es el cuidado.

Los usuarios de los hospitales aspiran a una atención de calidad y esa calidad en su dimensión técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología para que les reporte el máximo beneficio. Aspiran asimismo a recibir una atención sanitaria mas humana que lleve implícito el respeto a su dignidad. Ello implica armonizar calidad tecnológica y calidad humana (01).

Existe una paradójica contradicción entre los avances científico-técnicos de nuestros hospitales eso por un lado, y la falta de humanidad de los propios profesionales por otro. Hoy día tal como se están desarrollando los acontecimientos, la ciencia y la tecnología ya no están en situación de garantizar la calidad asistencial del enfermo

porque se han perdido de vista aspectos humanos y sociales muy importantes para la vida y las relaciones personales del enfermo, las cualidades fundamentales del ser humano.

Existe un principio que no se puede olvidar: “no todo lo técnicamente posible es humanamente correcto y éticamente responsable”.

Según Servet M. en sus teorizaciones sobre Humanización y tecnología sanitaria hay factores que influyen en la deshumanización de la atención de salud: aspectos estructurales y de organización, proceso de ingreso en el hospital, la cultura y el trabajo, los propios profesionales el predominio de los valores científico – técnicos los escasos recursos los aspectos socio culturales.

El autor además expresa que humanizar la asistencia en los hospitales es labor de gestores, profesionales y pacientes. Los tres son los responsables directos del funcionamiento del hospital aunque desde diversos vértices.

La enfermería, como profesión científica, independiente y humanística debe apoyar y conseguir que el enfermo sea respetado , que se tenga en cuenta su dignidad y su libertad, que no se le coaccione ni manipule y mucho menos que se le denigre mediante investigación o terapias irracionales.

La propia esencia de la profesión enfermera lleva consigo unidos en el mismo plano los conocimientos basados en la ciencia con la acción humanística, ya que concibe al enfermo como ente totalizador, en sus aspectos físicos, psíquicos, sociales, culturales y religiosos (02).

Es responsabilidad de la Enfermera ante el problema actual que presentan los hospitales estar preparada para dar una respuesta, para

tomar decisiones claras y precisas para saber como debe actuar, para ir mejorando, para ir cambiando la situación deshumanizadora tanto con su actitud como con sus conocimientos.

La Enfermera en el servicio de Emergencia tiene que lidiar con muchos aspectos (poco recurso humano, equipamiento e infraestructura inadecuada) que la hacen ver por el usuario y el familiar como inhumana, y son esos aspectos que debemos discutir para mejorarlo y usar la tecnología en beneficio de nuestros usuarios, tecnología, técnica, habilidades, destrezas sí, pero también trato humano desde como lo ven nuestros usuarios y sus familiares.

Por otro lado los usuarios y familiares solicitan atención rápida de acuerdo a su necesidad, con trato amable, información y capacidad técnica y humana por parte del que le brinda la atención de salud que necesita.

Frente a este contexto histórico y evolutivo del cuidado, es que nos preocupa la opinión del usuario y familiar frente a los cuidados que prestamos las enfermeras

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿CUÁL ES LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS Y FAMILIARES SOBRE“ CUIDADO HUMANIZADO “ QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS(O) EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL II- ESSALUD HUARAZ. JULIO – DICIEMBRE 2008 ?.

C. JUSTIFICACIÓN

Cuando se evalúa la calidad de los servicios sanitarios, cada vez es más frecuente incorporar a esta evaluación resultados diferentes de

los exclusivamente clínicos. La opinión de los pacientes y familiares es un resultado que nos aporta información sobre el grado en que estos sienten que el servicio recibido ha cumplido con sus expectativas y las mismas dependen del lugar donde se está prestando la asistencia, produciéndose en el caso de Emergencia un contacto breve, con gran carga de ansiedad y con difícil seguimiento posterior que matizará la evaluación final que el usuario haga del servicio recibido.

Diversos estudios muestran la satisfacción o la percepción del cuidado recibido por el personal de salud, como ejemplo mencionamos a: un Hospital de Cuba en el servicio de urgencias refiriendo que las condiciones del ambiente(ausencia de ruido , el confort del lugar donde esperan familiares y usuarios, los espacios amplios y con luz), donde se brinda la atención es muy importante para mostrar un grado aceptable de satisfacción, sin embargo en otros casos a pesar de lo inadecuado del ambiente la percepción se modifica en relación a la información y al trato del personal que reciben (03).

En Zaragoza (España) en teorizaciones sobre humanización y tecnología sanitaria se menciona algo muy importante y que muchas veces no consideramos y menciona que el Término humano expresa el valor de cada hombre como individuo independientemente del rol social que le toca vivir, de su utilidad y de su rendimiento personal. El individuo posee la dignidad humana como valor intrínseco, en si mismo, insustituible esté sano o enfermo. Esta dignidad debe ser respetada tanto si reporta beneficios a la sociedad como si está incapacitado para cumplir con el rol que venía desempeñando. Por otro lado la tecnología aplicada a la medicina, hace ya unas décadas, viene despertando gran interés entre todos los profesionales de la salud, quienes a su vez, según pasa el

tiempo, están preocupados por las dimensiones que está alcanzando y por los problemas éticos que ello plantea. Tecnología si, avance de la ciencia y tecnología si, pero no deshumanización de la atención (04).

En el Hospital II- EsSalud Huaraz la percepción de los usuarios y familiares tienen matices similares a los ya expresados en otras partes del mundo y de nuestro país, podemos decir que existe un desequilibrio práctico, real entre el poder de la ciencia y el aspecto humano de los hospitales. La tecnología no garantiza por si misma la calidad, el confort al que tiene derecho el enfermo. La tecnología en sí misma es buena y necesaria, todo depende de cómo y con qué fin se utilice.

Los servicios de Emergencia y los enfermeros que laboran en el día a día en estos lugares generan muchas sensaciones y retos, retos para el profesional que atiende en situaciones críticas con el fin de salvar la vida del usuario y la expectativa del familiar quien con sensaciones de inquietud, tristeza, estrés en la sala de espera ruega que su enfermo salga sano y salvo.

Por ello es importante saber desde el punto de vista de ellos (usuario y familiar) que es para ellos trato humano que brinda el enfermero en un área crítica como es el servicio de Emergencia para poder analizarlo y mejorar parte de la calidad de atención.

D. OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de los usuarios y familiares sobre “cuidado humanizado” que brindan las Enfermeras(o) del servicio de Emergencia del hospital II- EsSalud - Huaraz. Julio - diciembre 2008.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar la percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras en la dimensión de interacción Enfermera-paciente
2. Determinar la percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras en la dimensión campo fenomenológico.
3. Determinar la percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras en la dimensión transpersonal.
4. Determinar la percepción de los familiares sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras en la dimensión de interacción enfermera- familiar.
5. Determinar la percepción de los familiares sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras en la dimensión campo fenomenológico.
6. Determinar la percepción de los familiares sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras en la dimensión de relación transpersonal.

E. PROPÓSITO

Proporcionar a las autoridades de la institución y a la jefatura del departamento de Enfermería la información sobre los resultados sobre la percepción que tienen los usuarios y el familiar con respecto al cuidado humanizado que brinda la enfermera en la atención de Emergencia para que puedan implementar estrategias de capacitación para las enfermeras con la finalidad de adoptar nuevas actitudes y cambios en el cuidado humano que deben brindar al usuario y su familiar.

F. MARCO TEÓRICO

F.1. ANTECEDENTES

Al revisar trabajos de investigación relacionados con el tema podemos mencionar:

Ortega Benitez. Tenerife (España). "Humanización en atención urgente" ¿ entendemos lo mismo, sanitarios, pacientes y familia?. Estudio prospectivo, transversal. El instrumento utilizado fue una encuesta semiestructurada con escala de likert, mayo 2001-julio 2002, dirigida a profesionales y usuarios del servicio de Urgencias del Hospital Universitario Nuestra señora de la Candelaria. La muestra 64 profesionales (40 Enfermeras y 24 médicos) y 102 usuarios. Los Objetivos planteados fueron: Determinar el concepto de humanización que tienen los profesionales y los usuarios del sistema, Identificar acciones que mejorarían la humanización, según la población de estudio y conocer las prioridades sobre humanización de los grupos de estudio.

Los resultados: el 81% de los profesionales y el 65% de los usuarios demandan más información. Para los familiares, un 50% de respuestas ven como humanizante acompañar a sus parientes enfermos, lo cual sólo opinaba el 14% de los pacientes. Conclusiones: El concepto de humanización es similar para todos los encuestados: satisfacer a los profesionales y a los usuarios para prestar una atención eficiente, aunque las acciones para conseguirlo dependan de las necesidades, problemas y circunstancias del momento.

Servet M. Zaragoza (España). Teorizaciones "Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso final de la vida".2003.

“ En el tema más crucial que existe en la vida, que es la decisión sobre la propia muerte, el personal sanitario viene actuando más por razones personales y emotivas que por razones científicas y éticas. Esto viene sucediendo así porque ni la sociedad ni los profesionales estamos preparados psicológica, social ni culturalmente para discernir si los medios o las técnicas que se van a emplear para tratar a un enfermo en fase terminal son de utilidad para el bienestar y beneficio del propio enfermo, o son para satisfacer las pretensiones curativas de los profesionales, o para beneficio de la propia estructura burocrática del hospital. Bien es verdad que no es fácil determinar una u otra cosa, pero ahí está la responsabilidad del profesional para ser capaz de realizar un análisis y afrontar las distintas situaciones planteadas, para dar las soluciones más adecuadas teniendo en cuenta los deseos y valores del propio enfermo. Este trabajo no es, ni intenta ser , un estudio exhaustivo; sino una reflexión sobre uno de los temas en los que la Enfermería se encuentra implicada como parte integrante del equipo de salud. Nos referimos, al deber y responsabilidad que tenemos de ayudar a humanizar los hospitales y el proceso final de la vida, es decir la muerte.”

SANTOS H. Aldo. Holguin. Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas., El mencionado trabajo es una teorización sobre la Humanización y Deshumanización en la atención sanitaria, y menciona lo siguiente:

La frase bíblica del creador “hagamos al hombre a nuestra imagen y semejanza” es sustituida por quienes parecen exclamar “hagamos un hombre a nuestra medida”, esto es, un objeto desprovisto de dignidad, un “casi hombre” acorde con sus intereses, cuya vida será útil y por lo tanto acreedora de algún valor relativo, mientras responda a dichos criterios o reporte algún beneficio a sus fines. La persona concreta, sumida en este panorama de palpable deshumanización, con frecuencia se muestra confundida y desorientada, pues no logra desentrañar el sentido último de su existencia, e incapaz de discernir entre el bien y el mal, se ve abocada a un profundo vacío.

La práctica médica actual, estrechamente asistida por el avance técnico y científico, detecta como nunca antes un insospechado poder sobre las personas. Poder que en ausencia de claros referentes éticos pueden conducir al vértigo del dominio y la manipulación más deshumanizante y cruel, en lugar de lo que está realmente llamada a ser: el servicio más noble, honorable y dignificante. El concepto de deshumanización lo emplean indistintamente al término despersonalización, pobreza comunicativo- afectiva.

Las expresiones más comunes en la práctica sanitaria son: La cosificación humana, la cosificación del paciente, la falta de calor en la relación humana, la violación de los derechos del enfermo.”

Así mismo afirma que los numerosos y disímiles son los fenómenos que a escala global, propician la despersonalización y la deshumanización en la asistencia sanitaria contemporánea. He creído de utilidad, con miras a facilitar su comprensión, distinguir entre los factores de tipo sociológico, los atribuibles a la organización y funcionamiento de las estructuras sanitarias, los factores imputables al personal sanitario, y los relativos al paciente y su medio, así como aquellos originados por la aplicación inadecuada de los avances de la tecnología médica.

Iraola M.D. CUBA. "Satisfacción de los pacientes atendidos en urgencias y posteriormente hospitalizados "El objetivo fué: conocer la satisfacción de los pacientes que son asistidos en el servicio de urgencias y que posteriormente son hospitalizados. Método: se aplicó un cuestionario a los pacientes mayores de 16 años que acudieron a urgencias y fueron hospitalizados entre el 23 de febrero y el 1 marzo 2003 y estaban capacitados para responder el cuestionario. Se seleccionó de cada día un mismo número de pacientes entre todos los que fueron atendidos y hospitalizados, manteniendo una proporción fija en relación al área en el que cada paciente fue atendido.

Resultados: un total de 184 pacientes fueron entrevistados. El 2,7% ; 6,6% y 14,5% de los pacientes consideró el tiempo de espera hasta la clasificación, hasta la atención y hasta las pruebas como excesivo, respectivamente, mientras que el 9,5% de los pacientes consideró el tiempo de espera para el ingreso como excesivo. En general, la puntuación media más baja la obtuvo la sala de espera, mientras que traumatología obtuvo las puntuaciones medias más bajas en todos los aspectos, trato de enfermería y médico, información del médico, sala de espera, cuarto de exploración, mobiliario y calidad global. El 97,8% de los pacientes refirió haber resuelto su problema de salud y el 99,4% volvería al Servicio de Urgencia de necesitarlo. Conclusión: las mayores posibilidades de mejora están en los servicios de Ginecología, Obstetricia y Traumatología, si se interviene para disminuir el tiempo de espera para la clasificación y la atención médica, en el primer caso, y mejorando los aspectos interpersonales de la atención en el segundo, y en general, mejorando el tiempo de espera hasta las pruebas, que particularmente en esta sub-población es muy elevado.

Mera C. Catherine. Lima (Perú). “El cuidado humanizado de enfermería a la familia y paciente moribundo: una perspectiva de los internos de enfermería de la UNMSM.2007. Estudio aplicativo de tipo cualitativo, los informantes fueron 16 estudiantes del último año de la carrera de enfermería. El instrumento utilizado fue la entrevista a profundidad.

“Las consideraciones finales fueron: el cuidado humanizado que se viene dando a la familia y paciente moribundo es indiferente, discriminante e insolente; el cuidado humanizado debería basarse en la integralidad de la persona y en la relación de dos seres que se reconocen como humanos mutuamente; el cuidado humanizado debería tener seis características el afecto, conocimiento, comunicación verbal y no verbal, la participación familiar, el respeto, y la consideración de las creencias religiosas”.

Mejia R. Romelia. Lima (Perú). “Percepción de la familia sobre la intervención de la enfermera en la UCI polivalente del Hospital Militar central. 2004. El objetivo fue determinar la percepción de la familia sobre la intervención de la enfermera en cuidados intensivos. El método utilizado fue cuantitativo, descriptivo, prospectivo transversal. La población estuvo constituida por 40 familiares de pacientes hospitalizados en la UCI. El instrumento utilizado fue un cuestionario con preguntas referente a: comunicación, información y apoyo emocional resaltando la intervención en relación a la familia.

“ Se concluye que existe una buena comunicación entre familia-enfermera, la labor que brinda la Enfermera de Cuidados Intensivos polivalente en el Hospital Militar Central nos indica que mantiene una buena comunicación, brindando una información adecuada y a la vez realiza consejería al familiar”.

Delgado V. Ana. Lima (Perú). “Calidad de atención de enfermería desde la percepción del usuario que acude al servicio de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”.2006. El objetivo fue evaluar la calidad de atención de enfermería desde la percepción de los usuarios en el servicio de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. La metodología del estudio fue descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 130 pacientes. El instrumento empleado fue una encuesta de 10 preguntas cerradas. Los criterios de inclusión para el estudio fueron la permanencia mínima de 12 horas en el servicio de emergencia la mayoría de 18 años, orientados en tiempo, espacio y persona previo consentimiento informado. En el análisis estadístico se emplea métodos descriptivos y análisis de componentes principales.

“ Los resultados fueron en relación a la caracterización positivas de percepción de la calidad de atención de enfermería más del 50% de pacientes mostraba porcentajes de aprobación (categorías siempre y casi siempre) De las características negativas de percepción de la calidad, se apreció que el 58.4% de pacientes refiere ser tratada como un número de cama o un diagnóstico y la mayoría refiere un ambiente incómodo(81.5%) y presencia de ruidos durante su atención (90,0%).Conclusión: La calidad de la atención de enfermería desde la percepción de los usuarios en el servicio de Emergencia se caracteriza por una buena aceptación pero una clara insatisfacción con el ambiente físico de emergencia.

F.2. BASE TEÓRICA

CUIDADO:

Jean Watson conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera-paciente). Cuidar es la inmersión de sí mismo en beneficio personal. En enfermería cuidar es la inmersión en la persona, es desarrollar el potencial en otros en orden de promover un buen momento.(05)

CUIDADO HUMANIZADO:

El cuidado humanizado involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias.

Cuidado humanizado son las manifestaciones de aprecio, comprensión, atención y asistencia con conocimiento fundamentado, que se brinda al paciente. El cuidado humanizado que se debe de realizar debe de partir de la concepción de que el ser humano es un ser complejo, es un ser holístico que no es un todo sino una parte del todo, un ser integral con una parte biológica, psicológica, social y espiritual, del quien estaremos pendientes de la satisfacción de sus

necesidades físicas y espirituales. El cuidado humanizado debe velar por el respeto a la persona que se tiene en frente y ser reconocido como significado del mismo, se debe de interrelacionar con él, de manera integral, asegurando con ello que tanto el paciente y el profesional de enfermería se reconocen mutuamente como seres humanos, el objetivo de este cuidado es ir mas allá de paradigma del como, y reevaluar la esencia humana de enfermería, es decir la enfermera no puede reducirse solo a técnicas y procedimientos manuales, sino debe incorporar en la atención al respeto humano ponerlo en práctica los valores y teniendo presente los derechos de todo paciente, ante todo somos una profesión que defiende a la persona y el respeto por la misma (06).

CUIDADO HUMANO

Es un acto, una dimensión ontológica, existencial que se mueve en un proceso de relación, de reciprocidad, de confianza y involucramiento afectivo por otro ser humano. Desde el punto de vista ecológico requiere que las personas se relacionan en forma respetuosa con la naturaleza (06)

CUIDADO TRANSPERSONAL: Es una unión espiritual entre dos personas que trasciende “persona- tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro. El cuidado transpersonal se caracteriza por: El compromiso moral de la enfermera de proteger y realizar la dignidad humana así como el más profundo más alto yo. El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado , por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.(07)

MOMENTO DE CUIDADO: Una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológico, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humano-humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo, todos los cuales están basadas en la historia pasada, el presente y el futuro imaginado de uno mismo.(07)

COMPROMISO DE HONOR DEL CODIGO DE ETICA DEL COLEGIO DE ENFERMEROS DEL PERU.

Respetar los derechos del paciente, sin distinción de raza, credo, nacionalidad, ni condición social. Velar porque el cuidado que brindo, se caracterice por ser humano, cálido, continuo, oportuno y seguro.

LA DESHUMANIZACIÓN EN LA PRÁCTICA SANITARIA ACTUAL

Numerosos y disímiles son los fenómenos que a escala global, propician la despersonalización y la deshumanización en la asistencia sanitaria contemporánea. He creído de utilidad, con miras a facilitar su comprensión, distinguir entre los factores de tipo sociológico, los atribuibles a la organización y funcionamiento de las estructuras sanitarias, los factores imputables al personal sanitario, y los relativos al paciente y su medio, así como aquellos originados por la aplicación inadecuada de los avances de la tecnociencia médica. Tal distinción corre el riesgo de incurrir en enojosas simplificaciones, pues en realidad todos estos factores interactúan de forma tan compleja y

proteica que en la praxis cotidiana se hace con frecuencia imposible tal categorización.

1. Factores Sociológicos

Crisis de la cultura

En la actualidad existe una cultura homogénea donde prevalece el “tener sobre el ser”. Se observan relaciones interpersonales que experimentan un palpable empobrecimiento al ser trastocados en meras relaciones interindividuales en las que sus actores se autodegradan de sujetos a la categoría de objetos que se usan o instrumentalizan mutuamente para buscar la satisfacción de sus propios intereses.

Pluralidad de sistemas éticos

El mundo globalizado actual origina una violenta colisión de valores. Por un lado la cultura empresarial en boga propugna valores como la tenacidad, la eficiencia y la lealtad, las instancias sociales y políticas promueven la participación en la toma de decisiones, el respeto por el bien común y la equidad; sin embargo en la cultura mediática y popular se preconiza el rechazo al esfuerzo, y una “libertad” consistente en el disfrute y la autosatisfacción personal sin barreras, divorciada de toda preocupación social. Nos encontramos en una babel ética donde no logramos entendernos.

Exigencias desproporcionadas

Como consecuencia de los dos anteriores fenómenos, se origina una ambigüedad: se le exige al personal sanitario –médico y paramédico-, una cuota de sacrificio, abnegación, entrega y desinterés que sin embargo la sociedad actual, atezada por el egoísmo individualista, el afán de lucro y el hedonismo, es incapaz de incentivar. Se exigen valores y virtudes que el resto de la sociedad no está dispuesto a asumir ni vivenciar y que por lo tanto no logra transmitir.

Medicalización de la sociedad

El gran volumen de personas así enfermas, genera una demanda que presiona a los sistemas sanitarios estimulando su hipertrofia. Este fenómeno unido al simplismo con que se enfoca la solución de ciertas problemáticas sociales e individuales, ha dado paso a una creciente medicalización de la sociedad. De esta forma son invertidos cuantiosos recursos materiales y humanos que, con la pretensión de solucionar “problemas de salud”, solo están tratando sus signos y síntomas en lugar de sus verdaderas causas, pues sus soluciones rebasan ampliamente la perspectiva sanitaria. Tal es el caso de fenómenos como el alcoholismo, las drogodependencias, el suicidio y el VIH/SIDA por solo citar algunos.

2. Factores Secundarios a la Organización y Funcionamiento de las Estructuras Sanitarias

Con cierta frecuencia, es en la organización y funcionamiento de las estructuras sanitarias donde se hallan algunos de los factores que de forma directa o indirecta, atentan contra una asistencia humanizada, entre estos se encuentran:

Inestabilidad del personal y fragmentación de los servicios de salud

Debido a la complejidad, dinamismo y sobrecarga a los que están expuestos algunos servicios de salud, no siempre es posible garantizar la estabilidad de la atención y el seguimiento del paciente por el mismo profesional. A menudo el individuo enfermo se relaciona no con un médico en particular, sino con un equipo más o menos extenso de personas. Esto impide el rapport que solo es capaz de generarse en una comunicación interpersonal estrecha y fluida, a la vez que diluye el compromiso con su cuidado y la responsabilidad con los resultados de las acciones diagnósticas y terapéuticas.

Otro peligroso factor de despersonalización de la asistencia sanitaria es la cada vez mayor fragmentación de los servicios, lo cual atenta contra la visión del individuo en su compleja e indivisible totalidad.

Criterios parciales de evaluación de la calidad de los servicios de salud

Se ha difundido la tendencia a evaluar también los resultados y la calidad de los servicios de salud con fríos *criterios economicistas* (competencia, productividad, eficiencia) encaminados a rentabilizar al máximo los recursos sanitarios y originar ganancias.

Las consecuencias de este enfoque han sido desastrosas tanto para los pacientes como para el personal médico y paramédico, pues como lo describe Lelkens “*Los hospitales están considerados como empresas comerciales que deben someterse al criterio del provecho, la asistencia sanitaria proporcionada se ha convertido en un «producto» y el paciente en un «cliente», la calidad del producto que se proporciona debe ser calibrada con el menor costo y ser lo más*

eficiente posible"⁵. En la práctica esto se traduce en: recortes presupuestarios y de personal, aumento del volumen de pacientes-clientes, omisión de procedimientos diagnósticos o terapéuticos costosos, así como la escandalosa carestía de servicios y seguros médicos, que excluye a todo aquel sin suficiente capacidad financiera, en suma: ominosa deshumanización de la asistencia sanitaria.

Otra tendencia, es la consistente en evaluar la calidad de los servicios con *criterios de efectividad*, es decir, con el logro de determinados objetivos y metas de tipo estadístico.

La persona concreta afronta entonces el riesgo de ser ignorada o vulnerada en su individualidad y su subjetividad, puesto que sus intereses, necesidades e incluso sus derechos (información, autonomía, confidencialidad), están supeditados al logro de determinada cifra o indicador. Sumergido en esta corriente, el personal sanitario puede llegar a percibir al paciente que tiene ante sí, no como a una realidad personal, un ser humano investido de una dignidad absoluta, sino como a alguien que eventualmente podría representar una inclinación favorable o no, de alguna tasa o índice estadístico que es lo que en último término evaluaría la efectividad y la calidad de su trabajo. Este degradante reduccionismo, deshumaniza la atención de salud, desencadenando flagrantes abusos y todo tipo de excesos.

Inadecuadas estrategias gerenciales y de dirección

Estrategias inadecuadas de dirección y gerencia de salud, pueden favorecer la aparición de rasgos deshumanizadores en la práctica médico-asistencial. La dirección basada en un excesivo centralismo, con el predominio de esquemas rígidos que otorgan muy poco margen a la participación de los subordinados en la toma de decisiones, y en los que casi todo se encuentra ya normado. De tal forma que la

defensa de un criterio profesional o la adopción de una determinada postura, incluso en las materias o tópicos en los que no se ha legislado, necesita ser refrendado por los niveles superiores; frena la creatividad, generando descontento y frustración en el personal, así como falta de compromiso con los resultados de la labor. Esto como es de suponer se revierte negativamente en la calidad humana de la asistencia sanitaria.

Otro tanto ocurre cuando las instancias directivas no le otorgan la debida importancia o no tienen en cuenta las aspiraciones y necesidades, entre ellas la de realización profesional, que experimentan los miembros del personal, supeditándolas por entero a situaciones coyunturales y organizativas de la institución o la superestructura sanitaria. El profesional que no puede decidir donde y en que trabajar, como y cuando superarse o especializarse, en que campo investigar; ha sido privado de su autonomía y degradado a mero instrumento. Y quién se siente instrumentalizado será difícil que a su vez no trate como objetos a cuantos de él dependen.

Excesiva burocratización

La excesiva burocratización de los sistemas sanitarios provoca que el personal emplee parte sustancial de su tiempo en actividades burocráticas, en detrimento de las asistenciales o promocionales. Me permito citar a F. Torralba, quien ha dicho *“Resulta evidente que la burocratización es algo inevitable cuando se trata de coordinar y atender a una masa humana] sin embargo en el plano ético, la burocratización del cuidar, altera negativamente el sentido y la esencia de este proceso,[...]dicha acción requiere el rostro a rostro, la salvaguarda de la identidad personal y esto, en el seno de un mundo de vida radicalmente burocratizado, es difícil llevar a cabo.*

3. Factores Relativos al Personal Sanitario

Desequilibrio en la formación académica

La formación centrada de forma casi exclusiva en el desarrollo de habilidades técnicas, en detrimento de los contenidos filosóficos y antropológicos humanistas, casi inexistentes en los programas de pre y postgrado, unido a la enseñanza de una ética deontológica limitada a códigos administrativos y procedimentales, logra como resultado profesionales con un elevado saber científico y gran pericia técnica, pero con una pobre formación humana y la consecuente incapacidad para interactuar

Con la persona enferma, comprendiendo el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva holística e integradora. No resulta raro constatar que incluso para médicos recién graduados con brillantes calificaciones, conceptos básicos como “dignidad humana”, resulten tan difusos o sumamente abstractos que se les dificulte sobremanera su aplicabilidad o vivencia en la práctica profesional. Por otro lado a pesar de los progresos de la última década, aun se percibe la escasez de espacios de análisis y reflexión sobre la bioética y la ética médica, e incluso en los existentes se observa una focalización en los debates suscitados por las nuevas tecnologías, dejando un tanto de lado los viejos, pero nunca fuera de moda, temas éticos de las praxis médico-sanitaria.

La especialización

El vertiginoso ritmo del progreso científico técnico que ha propiciado la acumulación de un enorme volumen de información y conocimientos médicos así como la necesidad de estudiar con mayor profundidad y acuciosidad los disímiles problemas de las ciencias de la salud, ha

motivado que en la segunda mitad del pasado siglo, fuese haciéndose imprescindible una división de la asistencia médica por sectores denominada “especialización”. Surgieron de esta forma profesionales “macroexpertos” en “microtemas”. A la par de sus innegables ventajas, este proceso abrió una brecha para la despersonalización en la atención médica. Bajo este modelo de atención se ha cometido con frecuencia el error de tratar una patología o una parte del paciente ignorando el resto de su persona. Esta “fractura” atenta contra la unicidad del individuo, por lo que despersonaliza y desvirtúa la relación médico-paciente.

Vulnerabilidad del personal asistencial: La medicina defensiva

Sobre los profesionales se ciernen, cual espadas de Damocles, numerosas leyes, normativas, regulaciones jurídico-legales y administrativas que crean un clima de permanente amenaza, con sanciones o penalizaciones de diverso tipo. Existe además una opinión pública, que moldeada por los medios de comunicación social, tiende a depositar un exagerado optimismo en la eficacia, seguridad e inocuidad de la tecnología médico-farmacéutica. Tal y como ha señalado Manuel de Santiago *“Ejecutando el arte médico con excelencia, de manera competente y con los medios adecuados, el médico moderno sigue siendo incapaz de asegurar una evolución favorable o de garantizar que una complicación imprevista no pueda hacer su aparición”*, sucede entonces que como este mismo autor indica *“El paciente, al que disponían a ayudar, a servir, se convierte en sospechoso. Advierten que detrás de una cara amable o de una expresión de sufrimiento puede albergarse, meses más tarde, un sentimiento de indignación y revancha injustificada o la codicia menos defendible”*.

Esta sensación de vulnerabilidad impulsa al personal sanitario a trabajar bajo la continua presión del *temor*, tan nocivo desde el punto de vista psicológico y espiritual pues el miedo repliega, entorpece y violenta profundamente, tanto a quien lo experimenta como a quien lo detecta. Ello conduce a la práctica de una *medicina defensiva* en la que el médico “cuidándose”: no informa o desinforma, sobremedica, prescribe exceso de costosos y molestos exámenes, determina ingresos, sobrestadías hospitalarias e interconsultas innecesarios o deriva los casos más molestos para “quitárselos de encima”. Otra manifestación de la medicina defensiva consiste en la conservación a ultranza, de las distancias por parte del profesional, quien rehúye toda clase de cercanía o compromiso afectivo que quizás le podría hacer sufrir y padecer con el paciente, al tiempo que le demostraría a este y a su familia la fragilidad y limitaciones de su imperfecta ciencia.

Dificultades en la realización profesional

La realización profesional, constituye parte esencial del continuo proceso de crecimiento y maduración del individuo en la búsqueda de plenitud y de su realización integral como persona. Esta es pues, una categoría dinámica que depende del equilibrio de múltiples factores. Entre ellos ocupa un lugar central el *cultivo constante de la vocación*, además de las respuestas que se logren ir formulando a una compleja trama de *elementos psicológicos* como son: la necesidad de aprecio, respeto y reconocimiento a su labor, tanto por parte de los pacientes, como de la comunidad y de sus superiores, además de la presencia de cierto margen de autonomía que favorezca un clima de participación en la toma de decisiones y apertura a las iniciativas creativas, de manera que el profesional sanitario logre experimentar la satisfacción y el gozo que aportan la generación de conocimientos, la practica del bien, así

como el establecimiento de enriquecedoras formas de unidad con sus semejantes.

Influyen también en la realización profesional del trabajador de la salud una serie de factores *materiales* entre las que se encuentran: la necesidad de una justa retribución monetaria, que debe ser proporcional a la carga de trabajo, el nivel de responsabilidad, la jerarquía, el grado de competencia alcanzado y la antigüedad laboral, de forma tal que le garanticen un nivel de vida digno. Dentro de estas necesidades se incluyen además la disponibilidad de condiciones y medios laborales idóneos y seguros. Es importante tener también en cuenta otras *aspiraciones de tipo profesional* como la de capacitación o superación y de promoción jerárquica.

Sobrecarga de trabajo y desgaste profesional

Una excesiva presión asistencial dada por la duración, intensidad y el elevado volumen del trabajo (gran número de pacientes, escasez de tiempo, escaso margen de error) o el desbalance de estos respecto a la duración y calidad del descanso, unido a condiciones inadecuadas de trabajo y carencia de medios, o escasa seguridad ocupacional, favorecen la despersonalización de la atención médica.

En ambientes sanitarios sobrecargados no habrá tiempo, disponibilidad ni oportunidad de establecer una verdadera relación humana. El médico a la vez que interroga al paciente, empleará más tiempo en leer su historia clínica y escribir (recetas, exámenes complementarios, métodos) que en mirarle directamente a su rostro.

Las dificultades en la realización profesional así como la sobrecarga de trabajo, entre otros factores de tipo personal, profesional y social, pueden dar lugar a un estado que ha sido descrito como “Síndrome de

desgaste profesional” o de “Burntout”, (se traduciría al español como “estar quemado”). Tal y como reflejan algunos autores este *“Es un cuadro de agotamiento emocional, despersonalización en el trato con los destinatarios de la actividad profesional y personal, que se desarrolla progresivamente como respuesta a una situación de estrés mantenido en el desarrollo de algunas profesiones, sobre todo de ayuda a otras personas (sanitarias, educativas, ect.)”*. Los miembros del personal sanitario que sufran tal condición podrán incurrir, aun de manera involuntaria e inconsciente, en un actuar deshumanizado .

Inadecuada relación de poder

La autoridad *“es la instancia que dirige a los hombres hacia los bienes que constituyen su fin, cuando no son capaces de alcanzar esos bienes sin la ayuda de quien manda”* . Los principios en los que se funda la autoridad son pues, por un lado los méritos o facultades de quien la detenta y por el otro, el reconocimiento y la libre aceptación de dichas cualidades por parte de quienes bajo ella se encuentran. Esta se debe ejercer de forma justa y razonable para lograr siempre una finalidad positiva.

De este modo se comprende mejor, el porqué desde antaño la relación entre el médico y sus pacientes se ha basado en el ejercicio de la autoridad por parte del primero, quién cuenta con los conocimientos, habilidades y experiencia imprescindibles para orientar al paciente hacia bienes que no puede por sí mismo alcanzar: la salud y la vida. Sin embargo cuando la autoridad no es ejercida sobre los principios anteriormente anunciados, se puede caer; o bien en una negación de casi toda forma de relación basada en la autoridad profesional, conducente a la desmedida exaltación de la libertad individual, lo que a su vez origina desorientación y caos – las personas, sin estar aptas

deben determinar y buscar por sí mismas, solución a sus necesidades. Cuando estas formas incorrectas del ejercicio de la autoridad, inciden en las relaciones médico-paciente o de forma más genérica: personal sanitario-paciente, causan desajustes y rupturas que provocan situaciones de conflictividad, incomunicación y a la postre deshumanización.

4. Factores Relativos el Paciente y su Medio

Desconfianza

Con frecuencia el paciente, basándose en experiencias negativas - suyas o de quienes le rodean - , acudirá ante el personal sanitario con serias reservas que le impedirán abrirse al encuentro. Numerosas dudas le asaltan: ¿se encontrará este médico adecuadamente capacitado?, ¿me dirán la verdad? ¿realmente le preocupará mi problema o solo busca su propio provecho?, ¿respetarán mi privacidad?. Esta situación le sitúa “a la defensiva”, el paciente omite aspectos relevantes o llega a mentir e incluso en algunos casos, alberga una agresividad latente que fácilmente puede degenerar en franca hostilidad. La desconfianza crea un enrarecido clima, lesivo de la relación médico paciente, la que según se ha dicho debe ser ante todo *“un encuentro entre una conciencia y una confianza”*.

Falsas Expectativas

La percepción errónea de las potencialidades y avances de la tecnología, del saber médico así como de la organización y funcionamiento de los sistemas sanitarios, hacen que no pocas personas depositen un fe desmesurada en los “prodigios” de la ciencia médica, lo que desembocará tarde o temprano en frustración y amargura. Esto predispone al paciente y a su familia, enturbiando las

relaciones con el personal de la salud, pues demasiado a menudo las limitaciones no son asumidas como propias de la imperfección de la ciencia o las estructuras, sino que serán injustamente atribuidas a la incapacidad o el desinterés de los responsables de su aplicación y funcionamiento.

Ejercicio Inadecuado de la Autonomía

González Blasco ha descrito, a nuestro juicio muy atinadamente, el itinerario que puede conducir a un paciente, mediante el ejercicio inadecuado de su autonomía hacia la despersonalización. Sucede con relativa frecuencia que la persona al sentirse enferma, confiada en los conocimientos adquiridos a través de los medios de difusión y de los materiales de divulgación científica popular, realiza una tentativa de autodiagnóstico, para luego buscar mediante la autogestión el médico que cree más adecuado. Pero como el paciente tiene solo conocimientos generales enmarcados en lo que se ha denominado “cultura médica”, acaba buscando un especialista para cada síntoma o signo que padece. Insatisfecho y cada vez más irritado, irá de consulta en consulta incluso a veces omitiendo valiosa información a quién él estima no le corresponde pues “no son síntomas de esa especialidad”, convirtiéndose de esa forma en un sujeto desmenuzado”, en una relación de síntomas donde cada especialista va arreglando su parte y ninguno el todo. *“El paciente fragmentado –en la mente y en el cuerpo- busca al médico como un técnico, como alguien que resolverá un tema particular, y no como un profesional a quién confiar el cuidado de la salud en ese contexto no se puede pedir que el paciente conserve el sentido profesional del médico”*. .

En medio de una verdadera avalancha de enfermos reales, imaginarios o simulados que sobresaturan los sistemas de sanidad y

deshumanizan la labor del personal asistencial, se disuelven aquellos que realmente necesitan una esmerada atención, por un médico que asuma la responsabilidad de su cuidado de forma personalizada (08).

5. Tecnociencia Médica y Deshumanización

Nos encontramos inmersos en un proceso cada vez más acelerado de desarrollo científico y tecnológico que alcanza todos los ámbitos de la existencia. El volumen de información y conocimientos que actualmente se genera, trasmite y aplica, crece a un ritmo exponencial, fenómeno facilitado por las nuevas tecnologías de la informática y las telecomunicaciones. En un lapso cada vez más breve, que ha hecho hablar de la “aceleración de la historia”, hemos sido testigos del trayecto por las dos fases de era industrial, la atómica hasta la actual era electrónica y digital. En los últimos decenios también las ciencias biomédicas han experimentado enormes progresos en todos los campos (preventivo, diagnóstico, terapéutico y rehabilitatorio). Desde la revolución quirúrgica que representó la aplicación de los anestésicos y las medidas de sepsia y antisepsia, el inicio de la era antibiótica con el descubrimiento de la penicilina, pasando por los avances en el terreno de la farmacología y de los medios diagnósticos, hasta la revolución biotecnológica de nuestros días. El ser humano ha terminado con frecuencia siendo también rebajado al plano de un objeto más, bajo el dominio de la ciencia y la tecnología, su dignidad ha quedado rota y olvidada. La sociedad globalizada postmoderna ha entrado en el tránsito cuesta abajo de una cultura humanista a una cultura tecnicista. Como consecuencia de esta creciente tecnificación que atenta contra la humanización en los procesos sociales, la persona corre el riesgo de experimentar:

↳ **Desconcierto:** Lo que apenas ayer era nuevo y útil, hoy es ya viejo y obsoleto.

↳ **Angustia:** Por la incapacidad para adaptarse a un mundo tan cambiante y asimilar el torrente de información que le llega por tantas vías, la cual le es imprescindible dominar en un mundo tan competitivo.

↳ **Expectación paralizante:** El individuo se mantiene inmóvil, a la espera de que aparezca la solución “técnica” a sus problemas, lo cual en realidad le impide intentar una búsqueda en otros ámbitos de la realidad.

↳ **Frustración:** Cuando el individuo reconoce la incapacidad para conjurar la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.

↳ **Incomunicación:** Aun las tecnologías que pretenden comunicarnos, pueden aislarnos en “espacios virtuales”, desperdiciando la riqueza insustituible del encuentro físico interpersonal.

↳ **Marginación:** No son pocas las personas a las que se les niega por razón de edad, raza, nivel socioeconómico o lugar de residencia el acceso a las ventajas y beneficios que proveen las nuevas tecnologías.

↳ **Amenaza:** Cuando algunos “progresos” tecnológicos se vuelven contra las personas en ciertos estados de fragilidad, tal y como ocurre con los enfermos terminales –encarnizamiento terapéutico, eutanasia...-, así como durante la etapa prenatal – técnicas abortivas cada vez más sofisticadas, manipulaciones de embriones. Constituye pues, un verdadero reto para la asistencia sanitaria actual, lograr la sabiduría y la mesura necesarias para no sucumbir a la “exaltación técnica”. Seducción de la que muchos profesionales, pacientes e incluso familiares no logran sustraerse, y bajo la cual las acciones médicas,

lejos de obedecer a su hondo sentido humano, enfrentan el riesgo de ser degradadas a mera pericia técnica que valiéndose de sofisticados procedimientos y artefactos, termina ocupándose del cuerpo como si se tratase de “una cosa” y no de la expresión de una persona concreta.

En el Perú hay leyes sobre los derechos del paciente:

DERECHOS DEL PACIENTE

DERECHOS Y DIGNIDAD La propia dignidad lleva implícito el desarrollo de derechos, derechos que permanecen intactos aunque el individuo esté en desequilibrio físico por el proceso patológico que sufre.

DERECHO A LA EXPECTATIVA DE VIDA

A, la esperanza de vivir hasta el final de su existencia como él lo desea, con los condicionamientos de su propia enfermedad.

DERECHO A LA INFORMACIÓN

Hoy día la gran mayoría de profesionales reconocen que al enfermo se le debe decir la verdad sobre su propia situación a no ser que éste exprese libremente su deseo de ignorarlo. Lo importante es el cómo se debe decir, como dar la noticia. Conviene conocer la personalidad del enfermo para saber como para saber en que términos expresarse para decirle la verdad sobre su diagnóstico, sobre su pronóstico para no engañarle y al mismo tiempo no hundirle. Porque la verdad le dará, casi con toda probabilidad una visión distinta, una perspectiva real y al mismo tiempo le servirá para luchar con los mecanismos que estén a su alcance hasta el final sea ya inminente. Porque como decía Rojas

Marcos la carga se hace más llevadera cuando conociendo la verdad se puede compartir.

Este deseo de conocer la verdad sobre el propio diagnóstico y su evolución viene determinado por el crecimiento cultural de la sociedad, por la información tanto general como específica que se recibe y que resulta fácil de conseguir a través de los diversos medios, por la creciente importancia que se da a la libertad para decidir uno mismo sobre todo lo relacionado con la vida. Para que la información sea efectiva, las explicaciones deben ser pausadas, ordenadas, se debe emplear un lenguaje sencillo sin tecnicismos, adaptado al grado intelectual y cultural del paciente.

Entre el profesional sanitario y el enfermo es conveniente establecer una relación más simétrica, más de igualdad entre ambos. El profesional sanitario pide datos al enfermo para que junto con los conocimientos científicos que posee pueda establecer el diagnóstico adecuado. Al mismo tiempo el enfermo tiene derecho a compartir la información porque es “su vida” la que está en juego, a conocer su diagnóstico para entre ambos establecer y compartir la terapia más oportuna para dar la solución más adecuada al problema. El enfermo tiene derecho, según P. Simón, a conocer la verdad si lo desea sobre su diagnóstico.

DERECHO A LA AUTONOMÍA

El profesional sanitario debe tener en cuenta la capacidad del enfermo para tomar sus propias decisiones. Este derecho lleva implícito la “decisión compartida”. El profesional aporta su saber y experiencia y el enfermo sus deseos y valores. Esta manera de actuar lleva consigo una relación más estrecha entre ambos. Esto provocará que al ser reconocido el enfermo como individuo la terapia que se decida aplicar

en consenso será de mayor utilidad ya que la responsabilidad será compartida.

DERECHO A RECIBIR O RECHAZAR TRATAMIENTOS YA SEAN CURATIVOS O PALIATIVOS

Para ello es necesario que el enfermo conozca todos los datos y las consecuencias que se deriven de los diversos tratamientos. Los profesionales debemos respetar la dignidad y libertad del enfermo, pero éste no puede usar su libertad si no puede decidir al no conocer “ su realidad”, su diagnóstico, su pronóstico. Los enfermeros debemos comprobar o aclarar la información recibida para ayudarles a decidir. Lo peor no es el diagnóstico en sí mismo, ya sea cáncer o cualquier otra patología que padezca, ni tan siquiera el pronóstico, sino la soledad en la que se encuentra como consecuencia del silencio y el engaño al que se les somete por un deseo mal entendido de ocultar la verdad para que el enfermo no sufra. No se puede tratar exclusivamente la patología sino al hombre que está enfermo, al hombre en su totalidad, en su relación mente- cuerpo. Cualquier tipo de procedimiento como cualquier terapia que apliquemos hemos de pretender que no conduzca al aislamiento del enfermo sino que se mantenga una actitud humanitaria hasta la solución del problema, ya sea la salud o la muerte.

DERECHO A NO PADECER DOLOR

Se deben aplicar los medios que estén al alcance para evitar cualquier tipo de dolor físico. Se debe evitar el sufrimiento.

DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD

Que a veces difiere del concepto de dignidad del propio profesional. Derecho a que se produzca “su muerte”, a llegar al final de su línea

existencial como él lo desea, a morir con naturalidad. Lo que se nos pide a los profesionales de enfermería, no es que proporcionemos una muerte digna, sino que ayudemos al enfermo a conseguir por sí mismo la muerte que él desea, que él espera desde sí mismo durante todo el proceso de enfermedad hasta su muerte, porque es el único dueño de su existencia. Los propios profesionales debemos alimentar con nuestra ayuda, con nuestras acciones tanto científico-técnicas como humanísticas la dimensión integradora de la muerte en la vida para que el final se convierta en una experiencia íntima, entrañable y valiosa no sólo para el propio protagonista sino también para su familia y para el propio profesional (09).

PERCEPCION:

Consiste en recibir estímulos del medio a través de los sentidos, y dotarles de significado por medio de la mente, del conocimiento, de las experiencias y expectativas que la persona posee. Cualquier atributo de las cosas, que son medidas realizadas con los sentidos, pasan naturalmente por un aparato que llamamos percepción. La percepción tiene sus propias leyes, que modifican las medidas, digamos, objetivos de esas cosas y por tanto sus relaciones y proporciones. Esto es especialmente importante en las artes, en las que el tanto interviene. Percepción, proceso mediante el cual la conciencia integra los estímulos sensoriales sobre objetos, hechos o situaciones y los transforma en experiencia útil. Por ejemplo, y a un nivel muy elemental, la psicología de la percepción investiga como una rana distingue a una mosca entre la infinidad de objetos que hay en el mundo físico. En los seres humanos, a un nivel más complejo, se trataría de descubrir el modo en que el cerebro traduce las señales visuales estáticas recogidas por la retina para reconstruir la ilusión de movimiento, o

como reacciona un artista ante los colores y las formas del mundo exterior y los traslada a su pintura.

CARACTERISTICAS

Existen tres tipos de percepción:

PERCEPCION DE FORMA: Sirve para identificar un objeto percibiéndolo como fondo o figura.

PERCEPCIÓN DE PROFUNDIDAD: Se emplea para ver los objetos en tres dimensiones aunque las imágenes que impresionan la retina son bidimensionales; de ese modo se juzga la distancia.

CONSTANCIA PERCEPTIVA: Se perciben objetos como invariables, con claridad, color, forma y tamaño constantes, incluso cuando varían la iluminación y las imágenes de la retina.

CLASES DE PERCEPCIÓN:

Se clasifican de la siguiente manera:

A). EXTERNAS: Proviene de los estímulos del mundo externo.

1. Visuales: características geométricas del mundo.
2. Auditivos: Todo referente al sonido y sus propiedades.
3. Táctiles: Implica conocimiento por contacto directo e indirecto.
4. Olfativa: Conocimiento de cuatro sabores y sus variedades.

B). INTERNAS: Esto proviene de los estímulos internos del mundo:

1. Kinestésicas o Cinetésicas: Nos informa sobre los movimientos provocados al estimular músculos.
2. Orgánicas: Informa sobre el estado general del organismo.
3. Estáticas: Informa sobre el equilibrio en general y la posición de la cabeza.

TEORÍAS DE LA PERCEPCIÓN:

Un fenómeno que los investigadores han tratado de explicar reiteradamente es el principio de la constancia perceptiva. Una vez que un objeto ha sido percibido como una entidad identificable, tiende a distinguirse como un objeto estable, de características permanentes, a pesar de las variaciones en su iluminación, situación física observable o distancia a la que aparece. En consecuencia, aunque un objeto situado a una distancia de 100 metros produzca en la retina una imagen notablemente inferior que a una distancia de 20 metros, tenderá a percibirse como si tuviera un tamaño intrínseco.

Según la teoría clásica de la percepción que el fisiólogo alemán Hermann Ludwing Ferdiand Von Helmholtz formuló a mediados del siglo XIX, la constancia en la percepción, al igual que la percepción de la profundidad y la mayoría de las percepciones, es resultado de la capacidad del individuo de sintetizar las experiencias del pasado y las señales sensoriales presentes. A medida que un animal o un niño recién nacido explora el mundo que lo rodea, aprende rápidamente a organizar sus observaciones dentro de un esquema de representación tridimensional, basándose en los descubrimientos de Leonardo da

Vinci: la perspectiva lineal, la ocultación de un objeto lejano por otro más cercano o una menor precisión visual a medida que los objetos se alejan. En el cuento "El Enigma", de Edgar Allan Poe, un pequeño insecto adquiere la dimensión de un monstruo según el ángulo, la distancia y la propia perspectiva psíquica del personaje que observa. Partiendo también de la estimulación táctil y auditiva, un niño aprende con rapidez un sinnúmero de asociaciones específicas que se corresponden con las propiedades de los objetos en el mundo físico. Tales asociaciones o percepciones se forman automáticamente y a tal velocidad que ni siquiera un adulto bien entrenado puede descifrar con un grado fiable de aciertos, las señales visuales de las que proceden. Los defensores de la teoría clásica de la percepción creían que la mayoría de ellas procedían de lo denominaban inferencia inconsciente a partir de sensaciones no advertidas para el sujeto. Sólo cuando se tiene una ilusión o una percepción deformada, como cuando las casas y los automóviles aparecen como juguetes desde un avión, el sujeto se hace consciente de tales sensaciones y accede a comprender su papel en la organización de las percepciones.

Precisamente, gran parte de la investigación experimental sobre la percepción consiste en examinar a los sujetos con material de estímulo ilusorio, en un intento de diferenciar las unidades individuales de percepción del proceso global.(10).

TEORIA DE LA GESTALT

Según la escuela de psicología de la Gestalt, célebre en la década de 1920, la percepción debe estudiarse no analizando unidades aisladas como las sensaciones simples, sino tomando en cuenta configuraciones globales (en alemán , Gestalten) de los procesos mentales. En este sentido, la unidad perceptible real es la forma: una

estructura mental que toma sus atributos de una estructura correspondiente a los procesos cerebrales. Los experimentos de los partidarios de esta teoría muestran que la percepción de la forma no depende de la percepción de los elementos individuales que la constituyen. En consecuencia, la cuadratura se puede percibir tanto en una figura hecha con cuatro líneas rojas como en otra hecha con cuatro puntos negros. Del mismo modo, no percibe la música como una suma de notas individuales de varios instrumentos y voces, sino según las leyes de organización que hacen que el individuo perciba una unidad simple y organizada de principio a fin. Aunque esta escuela hizo importantes contribuciones al estudio del aprendizaje y de los procesos creativos.

INVESTIGACIONES ACTUALES SOBRE PERCEPCIÓN:

Desde el inicio de los estudios sobre la percepción, los psicólogos han intentado diferenciar en el proceso perceptivo lo innato de lo aprendido. Los experimentos en los que ingenuos animales y bebés huían de los llamados “acantilados visuales”, se diseñaron para demostrar que la percepción de la profundidad es innata. A través de experimentos similares, los teóricos de esta escuela intentan calcular las proporciones de lo innato y lo aprendido en el comportamiento perceptivo. Recientemente, sin embargo, muchos psicólogos han llegado a la conclusión de que esta aproximación dicotómica apenas tiene base científica y aporta muy poco al estudio de la percepción, por lo que, desde un enfoque más clásico, proponen que la capacidad perceptiva proviene de la capacidad animal y humana de organizar la experiencia global de los individuos, lo que significa incluir las múltiples experiencias fisiológicas del desarrollo en la experiencia formal del aprendizaje. Argumentan que, aunque el recién nacido carezca de experiencia visual, tiene otras experiencias sensoriales que pueden

contribuir a su capacidad para percibir la profundidad en los acantilados visuales. A través de las primeras experiencias de ese tipo, los animales y los seres humanos aprenden, por así decirlo, como aprender. En un descubrimiento reciente que muestra prometedores avances para desentrañar el misterio del proceso perceptivo, los investigadores de la psicología experimental han descubierto que ciertas células nerviosas y las células de la retina de anfibios y mamíferos pueden reconocer formas y movimientos específicos, en vez de reaccionar simplemente a cantidades dadas de energía luminosa reflejada por los objetos. Estas células responden a configuraciones concretas como discos y anillos, a movimientos concretos de los objetos y a la estimulación simultánea de otras ubicadas también en la retina del ojo.

Ampliando y anotando podemos decir que la percepción es una de las funciones básicas del cerebro es en realidad la primera función, que nos permite advertir la forma de los objetos sobre el fondo en que se encuentran, y el elabora un precepto que queda impreso en la memoria que nos permite describir el objeto formándonos internamente una opinión sobre lo percibido.(11).

MODELOS DE ENFERMERIA

MODELO DE RELACIÓN DE PERSONA A PERSONA DE JOYCE TRAVELBE

Referencias y antecedentes personales:

Joyce Travelbe fue una enfermera que practicó, enseñó y escribió sobre la enfermería psiquiátrica. Nació en 1926 y terminó su formación básica en enfermería en 1946, en la Escuela de Enfermería de Charity Hospital de Nueva Orleans. Obtuvo el grado de BS en enfermería en

1956 por la Universidad del Estado de Louisiana, y el grado MS en enfermería por Yale en 1959. En 1973. Travelbe comenzó un programa de Doctorado en Florida, pero no pudo terminarlo debido a su prematura muerte, ocurrida ese mismo año. Falleció a la edad de 47 años tras una breve enfermedad y sin dejar descendencia.

Travelbe comenzó su carrera como educadora en la enfermería en 1952, dando clases de enfermería psiquiátrica en la Escuela Afiliada del Hospital Depaul en Nueva Orleans, mientras trabajaba para obtener el grado de bachiller. Enseñó también enfermería psiquiátrica en la Escuela de Enfermería del Charity Hospital, en la Universidad de Nueva York. Fue nombrada Directora de Proyecto en la escuela de enfermería del Hotel Dieu de Nueva Orleans. En el momento de su muerte Travelbe era directora para la formación de graduados en la Escuela de Enfermería de la Universidad del Estado de Louisiana.

FUENTES TEÓRICAS PARA EL DESARROLLO DE LA TEORÍA

Las experiencias de Travelbe durante su formación en enfermería y durante sus primeras prácticas en instituciones católicas de caridad influyeron considerablemente en el desarrollo de su teoría. Travelbe pensaba que los cuidados proporcionados a los pacientes en estas instituciones carecían de compasión. Pensaba que la enfermería necesitaba una revolución humanística que volviera a centrarla en su función “cuidadora”, en la atención y apoyo al paciente, y predijo, además, que si dicha revolución no se producía, los pacientes demandarán los servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES DE SU TEORIA

SER HUMANO: Se define como un individuo único e irremplazable , como un ser irreplicable en el mundo, parecido pero diferente a cualquier otra persona que haya existido o vaya a existir jamás.

PACIENTE: El término de paciente es un estereotipo útil para la economía en la comunicación. Realmente, no existen pacientes. Solo hay seres humanos individuales que necesitan cuidados, servicios y asistencia por parte de otros seres humanos, a los cuales se supone capaces de prestar la asistencia que se precisa.

ENFERMERO/A: También es un ser humano, posee un bagaje de conocimientos especializados y la capacidad para aplicarlos con el propósito de ayudar a otros seres humanos a prevenir la enfermedad, recuperar la salud, encontrar un sentido a la enfermedad o mantener el máximo nivel posible de salud.

ENFERMEDAD: Es una categoría y una clasificación. Travelbe no emplea el término de enfermedad como definición de una situación en la que se carece de salud, sino que explora la experiencia humana de la enfermedad. Travelbe define la enfermedad sobre la base de criterios objetivos y subjetivos. Los criterios objetivos vienen determinados por los efectos que se manifiestan en el individuo. Los criterios subjetivos son los que se refieren al modo en que cada ser humano se percibe a sí mismo como enfermo.

SUFRIMIENTO: Es una sensación de malestar que abarca desde una simple molestia transitoria de tipo mental, físico o espiritual, hasta la angustia extrema y las fases posteriores a la angustia, esto es, la fase maligna de desesperación y autoabandono y la fase Terminal de

indiferencia apática. El sufrimiento puede situarse dentro de una continuidad.

DOLOR: En sí mismo no es observable, solo pueden detectarse sus efectos. El dolor es una experiencia individual que es difícil comunicar plenamente a otra persona. La experiencia del dolor constituye un fenómeno único para cada individuo.

ESPERANZA: Es un estado mental caracterizado por el deseo de alcanzar una meta o lograr un objetivo, junto con ciertas expectativas de que aquello que se desea es o puede ser asequible. La esperanza se relaciona con la dependencia de los demás, la elección, los deseos, la fe y la perseverancia y el valor, y está orientada hacia el futuro.

DESESPERANZA: Consiste en la carencia de esperanza.

COMUNICACIÓN: La comunicación es el proceso por el cual el enfermero es capaz de establecer una relación de persona a persona con el paciente y realizar así el propósito de la enfermería y el sufrimiento y en caso necesario, ayudarles a encontrar un sentido a dichas experiencias.

INTERACCION: Se refiere a cualquier contacto entre dos individuos durante el cual estos ejercen una influencia recíproca y establecen entre sí una comunicación verbal o no verbal.

INTERACCIÓN ENFERMERO/A – PACIENTE: Se refiere a cualquier contacto entre un enfermero y una persona enferma y se caracteriza por el hecho de que ambos individuos perciben al otro con una perspectiva estereotipada.

NECESIDAD DE ENFERMERÍA: Es cualquier requerimiento de la persona enferma(o su familia) que pueda ser atendida por un profesional de la enfermería y que quede dentro del marco de la definición legal de práctica de la enfermería.

EMPLEO TERAPEUTICO DEL YO: Es la capacidad de usar la propia personalidad de forma conciente y con plena intención para tratar de establecer asociaciones y estructuras la intervención de enfermería. Requiere entrar en el yo.

EMPATÍA: Es el proceso por el cual un individuo es capaz de comprender el estado psicológico de otro.

SIMPATÍA: Implica un deseo de ayudar al individuo que se encuentra sometido a estrés.

ACERCAMIENTO: Es un proceso, un acontecimiento una experiencia o una serie de experiencias, que son vividas simultáneamente por el enfermero y el receptor de sus cuidados. Está constituido por un conjunto de pensamientos y sentimientos interrelacionados, así como por la transmisión y comunicación de dichos pensamientos, sentimientos y actitudes de un ser humano a otro.

RELACIÓN DE PERSONA A PERSONA: Es primariamente una experiencia o una serie de experiencias que se dan entre el enfermero y el receptor de sus cuidados. La principal característica de estas experiencias es que sirven para satisfacer las necesidades de enfermería que presentan los individuos(o las familias).

AFIRMACIONES TEÓRICAS

1. El propósito de la enfermería se alcanza mediante el establecimiento de una relación de persona a persona.
2. La condición humana es compartida por todos los seres humanos y es de naturaleza dicotómica.
3. La mayoría de las personas experimentan en uno u otro momento, y en grados variables, la alegría la felicidad y el amor.
4. Todas las personas, en algún momento de su vida, deben enfrentarse a la enfermedad y al dolor (sufrimiento mental, físico o espiritual), y finalmente se encuentran frente a la muerte.
5. La calidad y la cantidad de los cuidados de enfermería dispensados a las personas enfermas dependen en gran medida de la percepción que el enfermo tiene del paciente.
6. Los términos paciente y enfermero/a son estereotipos que sólo resultan útiles para economizar en la comunicación.
7. Los papeles del enfermero/a y el paciente deben trascenderse para poder establecer una relación de persona a persona.
8. La enfermedad y el sufrimiento son encuentros espirituales, así como experiencias emocionales y físicas.
9. El proceso de comunicación capacita al enfermero/a para establecer una relación de persona a persona y conseguir, a través de ella, el propósito de la enfermería.

10. Hay que ayudar a los individuos a encontrar un sentido a la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento. Dicho sentido puede capacitar al individuo para enfrentarse con los problemas derivados de estas experiencias.

11. Los valores espirituales y éticos del enfermero/a , o sus creencias filosóficas sobre la enfermedad y el sufrimiento , determinan la medida en que es capaz de ayudar a los individuos y a la familias a encontrar un sentido (o ninguno) a estas experiencias difíciles.

12. Es responsabilidad del profesional de la enfermería ayudar a los individuos y a las familias a encontrar un sentido a la enfermedad y el sufrimiento (si ello es necesario)(12).

TEORIA DE JEAN WATSON: FILOSOFÍA Y CIENCIA DE LA ASISTENCIA

Jean Harman Watson nació en el sur- oeste de Virginia, y creció durante las décadas de 1940 y 1950 en la pequeña ciudad de Welch, West Virginia, en los Montes Apalaches.

Tras su graduación en la escuela superior de West Virginia, acudió a la escuela de enfermería en Virginia, graduándose en 1961, después de lo cual se casó y se trasladó a su natal colorado., obtuvo un Bachiler de Ciencias en Enfermería, Máster en Salud Mental y psiquiatría y un Ph. D en Psicología Educativa y Asistencia psicopedagógica.

CONCEPTOS DE LA TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

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

INTERACCIÓN ENFERMERA-PACIENTE:

El ideal moral de enfermería es la protección , mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a 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).

CAMPO FENOMENOLÓGICO:

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

RELACIÓN DE CUIDADO TRANSPERSONAL:

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

Para Watson la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

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

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

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

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

La teoría de Watson proyecta una reverencia por las maravillas y misterios de la vida, un reconocimiento de la dimensión de la vida espiritual, y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio.

Es importante rescatar los comportamientos de cuidado que conforman cada categoría de cuidado como también su significado a la luz de la TEORIA DEL CUIDADO HUMANO DE WATSON:

CATEGORÍA SENTIMIENTOS DEL PACIENTE: sentimientos positivos resultantes de la interacción enfermera- paciente (sentirse apoyado, acogido, atendido, cuidado, sentir afecto, crecer como ser humano) de acuerdo con Watson el ejercicio profesional de la enfermería se soporta en diez elementos asistenciales, dos de ellos son la “ promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos” y el “ cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás”.

CATEGORÍA APOYO EMOCIONAL: apoyo percibido por el paciente en la interacción de cuidado con el personal de enfermería a través de un trato cordial y amistoso, con calor humano, que da comodidad y confianza, que deriva en sentimientos de bienestar para el paciente. Este apoyo emocional corresponde al elemento asistencial de Watson “Desarrollo de una relación de ayuda-confianza”.

CATEGORÍA APOYO FÍSICO: Componente que el paciente percibe del personal de enfermería cuando entra en contacto con ellos, en actividades sencillas y significativas, como son mirarlo a los ojos, tomarlo de la mano, realizar los procedimientos y cubrir sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor . De acuerdo con Watson dos elementos asistenciales importantes son la “ Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas” y la

provisión de un entorno de apoyo, de protección o corrección mental, física, socio- cultural y espiritual”.

CATEGORÍA CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMERA:

comportamientos de cuidado que el paciente reconoce, caracterizando a la enfermera como : persona cálida, agradable, que demuestra su simpatía, amabilidad, eficacia y cordialidad en la atención. Se podría decir que estos comportamientos de cuidado identifican una enfermera genuina, sincera , acorde con la visión de Watson .

En esta categoría se evidencia la acción de una enfermera dentro de la relación interpersonal y transpersonal que va más allá del paciente, involucrando a la familia del paciente, su grupo de trabajo y el medio ambiente laboral, que en las palabras de Watson corresponde a “ cuidado humano que involucra valores, voluntad, y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y sus consecuencias.”.

LA CATEGORÍA PROACTIVIDAD: definida como aquellos comportamientos del enfermero que denotan atención anticipada, al abogar por el paciente, darle información precisa y oportuna a él y a su familia, acerca de la hospitalización y evolución , respondiendo preguntas y explicándole sobre procedimientos. Para Watson la “ promoción de la enseñanza- aprendizaje interpersonal” es un concepto importante de la enfermería, dado que separa el cuidado de la curación . Watson considera que las enfermeras tienen la responsabilidad de promover la salud a través de actividades preventivas. Este objetivo se alcanza enseñando a los pacientes los cambios personales que han de realizar para promocionar su salud, enseñándoles métodos de resolución de problemas e identificando la capacidad de afrontamiento y la adaptación a las pérdidas.

LA CATEGORÍA PRIORIZAR AL SER CUIDADO: Cuidado de enfermería que está orientado a priorizar la persona, donde hay una preocupación por ella y respeto por sus decisiones e intimidad, donde su calidad de paciente y persona se conserva a partir de la identificación por el nombre. Los comportamientos de esta categoría involucran al personal de enfermería en una relación de cuidado transpersonal, ya que para Watson: “ el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger , realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad , y la armonía interior”.

LA CATEGORÍA EMPATÍA: hace referencia a todas aquellas actitudes y acciones positivas que surgen de la interacción de cuidado tales como escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar (transpersonalizar), es estableciéndose una relación cálida, agradable y cercana. El enfermero genera la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática. Para Watson la empatía es la capacidad de experimentar, y por lo tanto, de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión . El afecto no posesivo se demuestra hablando en un tono de voz moderado y adoptando una postura abierta y relajada, y unas expresiones faciales coherentes con otras comunicaciones.

LA CATEGORÍA DISPONIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN: disposición que tiene el enfermero para identificar el momento de cuidado, al estar pendiente de su sentir, de su estado de ánimo, de su dolor, de sus necesidades de cuidado, para actuar y acudir oportuna y eficazmente. Cuando dispuso de tiempo para escucharlos, acudir al llamado, hacerlo con prontitud, cubrir sus necesidades y vigilar el tratamiento ordenado.

Los comportamientos de cuidado implícitos en esta categoría nos muestra a la enfermera atento a detectar el momento de cuidado, en un campo fenomenológico y que según Watson corresponde a la totalidad de la experiencia humana, “ una ocasión consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales y sentido/ significado de las percepciones de uno mismo”. Watson insiste en que la enfermera necesita estar al tanto de su propio conocimiento y la auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente (13).

G. HIPÓTESIS

1. LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS Y FAMILIARES SOBRE EL CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II- ESSALUD-HUARAZ ES FAVORABLE.

H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

A continuación se presentan los términos más utilizados a fin de facilitar su comprensión:

PERCEPCIÓN: es la respuesta expresada por el usuario y la familia acerca del cuidado humanizado que brinda la enfermera en el servicio de Emergencia.

USUARIOS : Son los pacientes que acuden al servicio de Emergencia en busca de la resolución de un problema de salud.

ENFERMERA: es la profesional de enfermería responsable del cuidado especializado del paciente en estado crítico, inestable con riesgo de muerte en el servicio de Emergencia.

FAMILIA: Son todas aquellas personas que tienen vínculo consanguíneo (padres, hermanos, conyugue e hijos) que acompañan al paciente al servicio de Emergencia del Hospital II- Essalud- Huaraz.

CUIDADO HUMANIZADO: Son las manifestaciones de aprecio, comprensión, atención y asistencia con conocimiento fundamentado que se brinda al usuario durante la atención en el servicio de Emergencia. Basado en la teoría de Watson, la dividimos en tres dimensiones:

INTERACCIÓN ENFERMERA-PACIENTE:

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de 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).

En esta dimensión considera Watson como indicadores a : APOYO FISICO Y APOYO EMOCIONAL.

CAMPO FENOMENOLÓGICO:

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

de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

En esta dimensión considera Watson como indicador la PRIORIDAD AL SER CUIDADO.

RELACIÓN DE CUIDADO TRANSPERSONAL:

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

Para Watson la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por: El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/ más alto yo.

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

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

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

En esta dimensión Watson considera como indicadores a :
SENTIMIENTOS DEL PACIENTE, CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMERA, PROACTIVIDAD, PRIORIDAD AL SER CUIDADO Y EMPATÍA.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. NIVEL, TIPO Y MÉTODO:

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Cuantitativo, aplicativo, descriptivo de corte transversal.

Fue de tipo Cuantitativo cuando en ella se dispone de información matemática.

Aplicativo por que este estudio estuvo interesado en la aplicación de conocimientos y a la solución de un problema práctico inmediato.

Descriptivo por que tiene como objeto determinar las características de un fenómeno, así como establecer relaciones entre variables en un determinado momento histórico. Y finalmente transversal porque la medición de la variable se realizará una sola vez, en un momento dado.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Descriptivo simple

El diseño de la investigación descriptiva simple puede ser diagramado de la siguiente forma:

M

O

Donde “**M**” representa una muestra con quien vamos a realizar el estudio, y “**O**” representa la información relevante o de interés que recogemos de la mencionada muestra, en este caso Percepción del

cuidado humanizado que brinda la Enfermera del servicio de Emergencia del Hospital II- Essalud- Huaraz.

B. AREA DE ESTUDIO

INSTITUCIÓN: HOSPITAL II- ESSALUD- HUARAZ, es un Hospital perteneciente al Seguro Social, es de nivel II y es un Centro de Referencia del Callejón de Huaylas y los Conchucos.

El servicio de Emergencia del hospital en estudio cuenta con dos tópicos donde se atienden medicina, cirugía, pediatría y Ginecología, una unidad de Shock Trauma, un ambiente de observación de adultos y una observación para pediatría, además cuenta con una UVI.

La atención de enfermería en las mañanas la realizan dos enfermeras y un técnico de enfermería, en las tardes y noches solo trabaja una enfermera y a veces sin técnico.

La atención médica en el día lo realizan dos profesionales uno del área de cirugía y otro del área de medicina, en la noche solo un médico de guardia.

Las especialidades atienden en Emergencia por sistema de Interconsultas en las mañanas, en las tardes y noches trabajamos con retenes programados.

La demanda de atención en el servicio de Emergencia es de : 1800 pacientes al año.

UBICACIÓN: EL HOSPITAL II- ESSALUD- HUARAZ , se encuentra ubicado en el **departamento de Ancash a 3200 m.s.n.m.** , a una distancia de 15 minutos del centro de la ciudad de Huaraz en camino hacia el Callejón de Huaylas .

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

C.1. POBLACIÓN: Estuvo constituido por los usuarios que se atienden en el servicio de Emergencia (observación y shock trauma) del Hospital II- Essalud- Huaraz, siendo un total de 600 atendidos por año.

C.2. MUESTRA:

La muestra de estudio estará constituida por 224 usuarios escogidos al azar del Servicio de Emergencia del Hospital II- Essalud- Huaraz, seleccionado por muestreo probabilística. (ver anexo nº 08)

D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS (VALIDEZ Y CONFIABILIDAD).

D.1. TÉCNICAS.

- Entrevista

D. INSTRUMENTOS:

Para la presente investigación se utilizó un cuestionario que consta de :Una Introducción, datos personales del usuario y del familiar(edad, sexo, procedencia, nivel de instrucción, estado civil y religión); y el cuestionario propiamente dicho que consta de 24 items para el usuario y 17 items para el familiar, elaborado por el investigador, con un puntaje máximo y mínimo (anexo nº 04)

D. 3. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

La confiabilidad de los instrumentos se realizó con la prueba de Alfa de Crombach, y se realizó una prueba piloto.

La validez de los instrumentos de medición se comprobó a través del juicio de expertos.

E. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Se realizó gestiones en el Hospital II- Essalud- Huaraz a través de la Dirección para que gestione la autorización de la investigación a realizarse , a través de la oficina de capacitación de la Red Asistencial Ancash.. Definido la unidad de análisis, se procederá a realizar la aplicación del cuestionario al usuario y su familiar para medir las variables de estudio. Previo a la aplicación de la ficha se solicitará a cada participante su aceptación voluntaria en estudio mediante la firma de una carta de consentimiento informado.

El procesamiento y presentación de datos se realizó a través de un Programa SPSS versión 14.2. Se elaboró las tablas de distribución de frecuencias de acuerdo a los datos obtenidos. Se procedió a la clasificación, ordenamiento y codificación de datos y se ingresó a una base de datos utilizando el paquete estadístico SPSS versión 14.2.

F. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

El análisis se realizó describiendo cada variable de estudio determinando frecuencias y porcentajes en tablas simples y de doble entrada, posteriormente se hará un análisis para determinar la relación de variables utilizando el estadístico de Chi 2. Se consideró una relación de dependencia significativa cuando el valor $p < 0.05$.

G. CONSIDERACIONES ETICAS.

Se cuidó el anonimato del poblador sujeto de estudio y a la aceptación voluntaria mediante la firma de un consentimiento informado. A todos los participantes se le explicó el tipo de investigación a realizar y se les garantizó la confiabilidad de la información proporcionada durante y después de la investigación.

Para el recojo de la información se le pidió que llenen el instrumento en un ambiente que reúna las condiciones de privacidad y tranquilidad.

CAPÍTULO III:

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

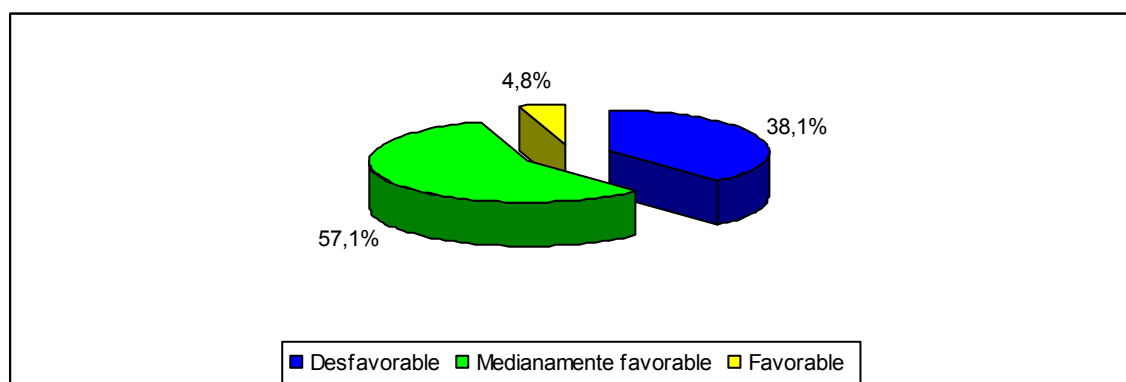
TABLA N°1
PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS(O) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN SU DIMENSION INTERACCIÓN ENFERMERA- PACIENTE

	Cantidad	%
Desfavorable	8	38.1
Medianamente favorable	12	57.1
Favorable	1	4.8
Total	21	100

Fuente: Encuesta de percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras(o) del servicio de emergencia EN el hospital II –ESSALUD HUARAZ

Se observa que 57.1% tienen una percepción MF el 38.1% tienen percepción Desfavorable y el 4.8% tienen percepción favorable

Gráfico N°1



Fuente: Encuesta de percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras(o) del servicio de emergencia EN el hospital II –ESSALUD HUARAZ

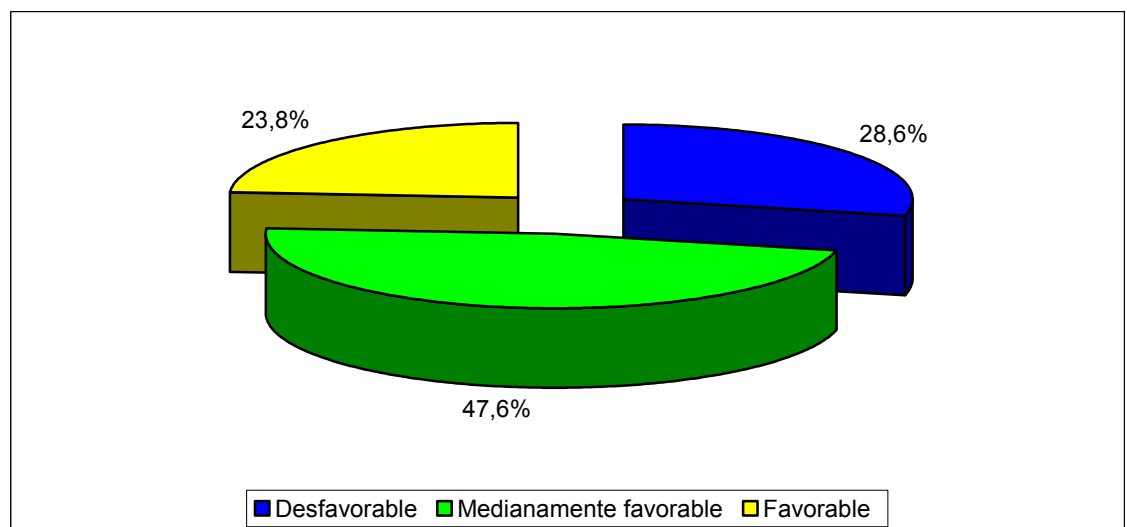
**TABLA N°2
PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE CUIDADO
HUMANIZADO QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS(O) DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA EN SU DIMENSION
FENOMENOLOGICA**

	Cantidad	%
Desfavorable	6	28.6
Medianamente favorable	10	47.6
Favorable	5	23.8
Total	21	100

Fuente: Encuesta de percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras(o) del servicio de emergencia EN el hospital II –ESSALUD HUARAZ

Se observa que 47.6% tienen una percepción MF el 28.6% tienen percepción Desfavorable y el 23.8% tienen percepción favorable

Grafico N°2



Fuente: Encuesta de percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras(o) del servicio de emergencia EN el hospital II –ESSALUD HUARAZ

TABLA N°3

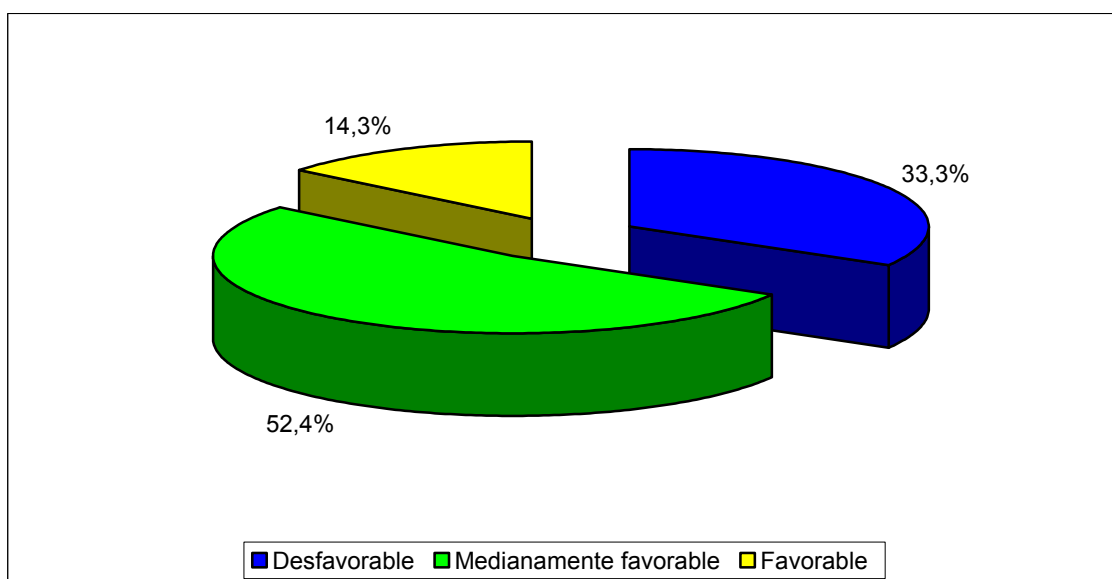
PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SOBRE CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS(O) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN SU DIMENSION RELACION TRANSPERSONAL

	Cantidad	%
Desfavorable	7	33.3
Medianamente favorable	11	52.4
Favorable	3	14.3
Total	21	100

Fuente: Encuesta de percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras(o) del servicio de emergencia EN el hospital II –ESSALUD HUARAZ

Se observa que 52.4% tienen una percepción MF el 33.3% tienen percepción Desfavorable y el 14.3% tienen percepción favorable

Grafico N° 3



Fuente: Encuesta de percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras(o) del servicio de emergencia EN el hospital II –ESSALUD

TABLA N° 4

PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES SOBRE CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS(O) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN SU DIMENSION INTERACCION ENFERMERA- FAMILIAR

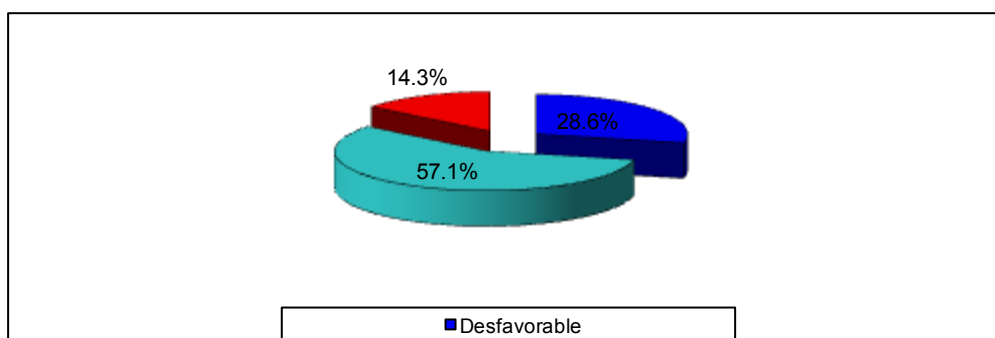
	Cantidad	%
Desfavorable	6	28.6
Medianamente favorable	12	57.1
Favorable	3	14.3
Total	21	100

Fuente: Encuesta de percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras(o) del servicio de emergencia EN el hospital II –ESSALUD

HUARAZ

Se observa que 57.1% tienen una percepción MF el 28.6% tienen percepción Desfavorable y el 14.3% tienen percepción favorable

Grafico N°4



Fuente: Encuesta de percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras(o) del servicio de emergencia EN el hospital II –ESSALUD HUARAZ

TABLA N°5

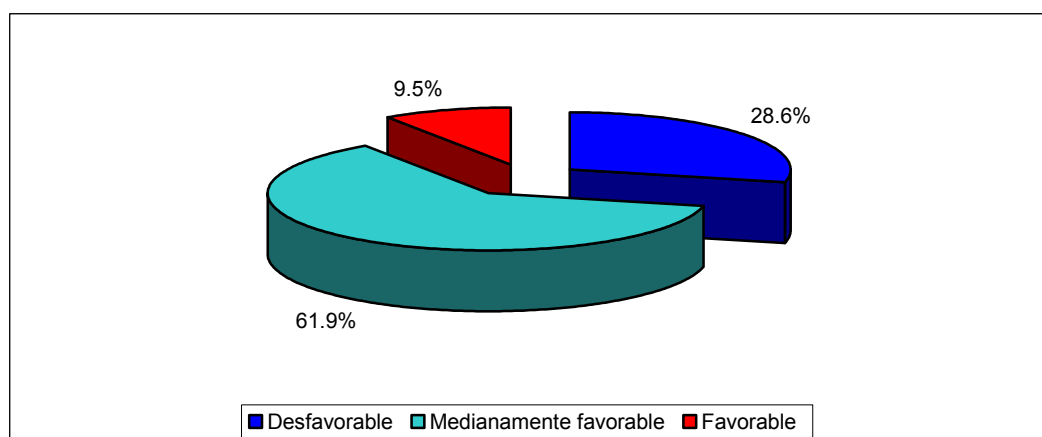
PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES SOBRE CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS(O) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN SU DIMENSION FENOMENOLOGICA

	Cantidad	%
Desfavorable	6	28.6
Medianamente favorable	13	61.9
Favorable	2	9.5
Total	21	100

Fuente: Encuesta de percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras(o) del servicio de emergencia EN el hospital II –ESSALUD HUARAZ

Se observa que 61.9% tienen una percepción MF el 28.6% tienen percepción Desfavorable y el 9.5% tienen percepción favorable

Grafico N°5



Fuente: Encuesta de percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras(o) del servicio de emergencia EN el hospital II –ESSALUD HUARAZ

TABLA N°6

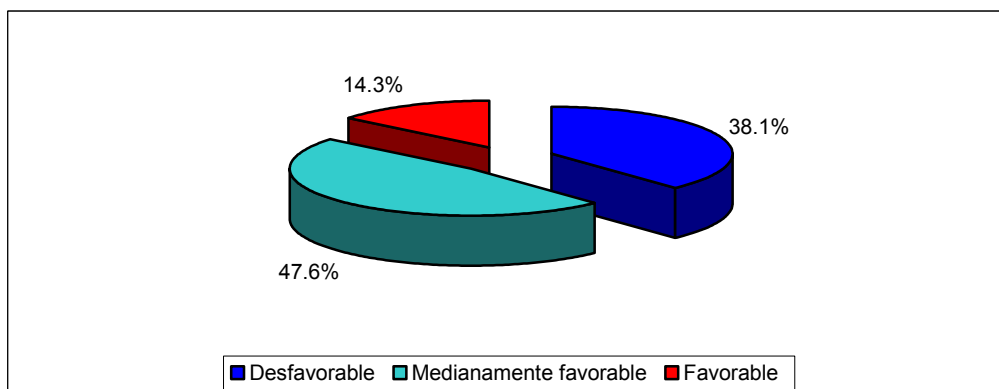
NIVEL DE PERCEPCIÓN DE LOS FAMILIARES SOBRE CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS(O) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA EN SU DIMENSION RELACION TRANSPERSONAL

	Cantidad	%
Desfavorable	4	19.0
Medianamente favorable	15	71.4
Favorable	2	9.5
Total	21	100

Fuente: Encuesta de percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras(o) del servicio de emergencia EN el hospital II –ESSALUD HUARAZ

Se observa que 71.4% tienen una percepción MF el 19% tienen percepción Desfavorable y el 9.5% tienen percepción favorable

Grafico N°6



Fuente: Encuesta de percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras(o) del servicio de emergencia EN el hospital II –ESSALUD HUARAZ

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

1. La percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras en el servicio de Emergencia del Hospital II-Essalud Huaraz en la dimensión Interacción Enfermera- paciente es Medianamente favorable 8 (38,1%).

2. 1.La percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras en el servicio de Emergencia del Hospital II-Essalud Huaraz en la dimensión Fenomenológica es Medianamente favorable 10 (47,6).

3.La percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras en el servicio de Emergencia del Hospital II-Essalud Huaraz en la dimensión Transpersonal es 1 (52,4%).

4. La percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras en el servicio de Emergencia del Hospital II-Essalud Huaraz en la dimensión Interacción Enfermera- familiar es Medianamente favorable 12(57,1%).

5.La percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras en el servicio de Emergencia del Hospital II-Essalud Huaraz en la dimensión Fenomenológica es Medianamente favorable es 13 (61,9%).

6.La percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras en el servicio de Emergencia del Hospital II-Essalud Huaraz en la dimensión Transpersonal es Medianamente favorable es 15 (71,4%).

B.. RECOMENDACIONES

1.El instrumento utilizado en el presente trabajo sirve para monitorizar cada cierto tiempo en servicio parte de la calidad de atención que brindan las Enfermeras en el Servicio de Emergencia .

2.Las dimensiones estudiadas nos permitirá evaluar en que áreas estamos descuidando el cuidado humanizado que brinda la Enfermera en el servicio de Emergencia.

3. Establecer reuniones de evaluación de indicadores de atención e incluir el cuidado que brinda la Enfermera como un indicacor más de evaluación en el servicio de Emergencia.

C. LIMITACIONES

1.La disponibilidad del usuario y el familiar para responder a las preguntas que se le solicitan básicamente.

2.El tiempo de la Enfermera para poder aplicar la Encuesta, pues muchas veces se encuentra ocupada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Iraola M, Fernández J, Liviano J, Rodríguez G, Rodríguez A, Carvajal D, Rojas O: Satisfacción de los pacientes atendidos en urgencias y posteriormente hospitalizados en un Hospital Universitario. (Tesis de especialidad). Cienfuegos. Cuba. 2004.
2. Op.cit (2).
3. Marriner t. Modelos y teorías en Enfermería.3 ra. Edición. España. Editorial Mosby/Doyma libros. 2000.
4. Mera C: El Cuidado Humanizado de enfermería a la familia y paciente moribundo:una perspectiva de los Internos de Enfermería de la UNMSM-2007. (Tesis de Licenciatura) Lima- Perú. 2008.
5. Op.cit (5).
6. Op.cit (1).
7. Op.cit (1).
8. Day R. Psicología de la Percepción Humana. 2da.Edición. México.
9. Editorial Prentice Hall. 1995.
10. Sensación y percepción. Definición y diferencias entre Sensación y percepción.(Monografía en Internet) .(citada 2008 julio 08) Disponible desde [www. Monografías.com/trabajos7/sepe/sepe.shtml](http://www.Monografías.com/trabajos7/sepe/sepe.shtml).
11. Op.cit (5)
12. Watson J. Ponencia del primer congreso internacional de enfermería. Facultad de Enfermería y Nutrilogía. Universidad Autónoma de Chihuahua. Disponible en <http://fen.uach.mx/index.php?page/semblanza-jean-watson>. Consultado julio 04,2008.

BIBLIOGRAFÍA

- . Alvis T, Moreno M, Muñoz S. Experiencia de recibir un cuidado de enfermería humanizado en un servicio de hospitalización. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos, 2002.
- . Dan K, Hernández R. Metodología de la Investigación Científica. 4ta Ed. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana. Colombia.1998.
- . Delgado A, Alvarez Y, Aliaga R: Calidad de atención de enfermería desde la percepción del usuario que acude al servicio de Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. (tesis de Licenciatura) Lima Perú: 2006.
- . Enfermeros Org. Modelos y Teorías en Enfermería y modelos. Disponible en enfermeros.org/modelos-teorias.html. Consultado julio 08, 2008.
- . Leal Q, Mendoza V, : Hacia una medicina más Humana.5ta. Ed. Editorial Medicina panamericana. Bogotá- Colombia.1997.
- . Jara W, Maguiña P. Factores biosocioeconómicos y culturales del poblador y eliminación de Residuos Sólidos (Tesis de licenciatura en Enfermería).Huaraz Perú. 2007.
- . Mejía R : Percepción de la familia sobre la intervención de la Enfermera en la UCI polivalente del Hospital Militar Central-2004. (Tesis de especialidad). Lima-Perú. 2004.
- . Ortega A, García J, Rodríguez Y, Nuñez S, Novo M, Rodríguez J: Humanización en atención Urgente ¿ entendemos lo mismo sanitarios, pacientes y familia?. Tenerife España.2004.

. Santos A: Humanización de la atención sanitaria: Retos y perspectivas. Policlínica Docente Pedro Diaz Coello.Holguin 2004.

. Seuda M, Oliveira M, Da silva M: Evaluación de la aplicabilidad de la teoría de Watson en un estudio empirico. Enfermería Integral. Sao Paulo Brasil. 2000.(consultado 2008 julio 04). Disponible desde [:http://encolombia.com/medicina/enfermería/enfermería_vol_1042007/trabajos_libres_1](http://encolombia.com/medicina/enfermería/enfermería_vol_1042007/trabajos_libres_1).

. Vásquez J, Chavez F: Estudio de calidad del servicio de Emergencia del Hospital Central de la PNP.(tesis especialidad). Lima Perú: 2001.

. Watson J. Ponencia del primer congreso internacional de enfermería. Facultad de Enfermería y Nutrilogía. Universidad Autónoma de Chihuahua. (consultado 2008 julio 04). Disponible <http://fen.uach.mx/index.php?page/semblanza-jean-watson>.

ANEXOS

ANEXO N° 02

MATRIZ DE LA OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR ESE VALOR	PROCEDIMIENTOS PARA LA MEDICIÓN	TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN																		
<p>Que aportará la variable el valor final será:</p> <p>Desfavorable</p> <p>Medianamente favorable</p> <p>Favorable</p>	<p>La medición de los resultados se obtendrá mediante la siguiente puntuación</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">PROPOSICIONES</th> <th style="text-align: center;">POSITIVO</th> <th style="text-align: center;">NEGATIVO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">TOTALMENTE DE ACUERDO(TA)</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DE ACUERDO (D)</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">INDECISO (I)</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">TOTALMENTE EN DESACUERDO(TD)</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">EN DESACUERDO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </tbody> </table>	PROPOSICIONES	POSITIVO	NEGATIVO	TOTALMENTE DE ACUERDO(TA)	5	1	DE ACUERDO (D)	4	2	INDECISO (I)	3	3	TOTALMENTE EN DESACUERDO(TD)	2	4	EN DESACUERDO	1	5	<p>-Autorización del Director y comité de investigación en que se realizará el estudio.</p> <p>-Coordinación con la jefatura de Enfermería.</p> <p>- Aplicación del instrumento a los usuarios y sus familiares al momento del alta del servicio aprox. 20 min. Todos los días en el horario de mañana, tarde y noche.</p>	<p>La técnica será la Entrevista y el instrumento la Escala de Lickert modificada.</p>	<p>Ordinal</p>
PROPOSICIONES	POSITIVO	NEGATIVO																				
TOTALMENTE DE ACUERDO(TA)	5	1																				
DE ACUERDO (D)	4	2																				
INDECISO (I)	3	3																				
TOTALMENTE EN DESACUERDO(TD)	2	4																				
EN DESACUERDO	1	5																				

Anexo B
CUESTIONARIO

**PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS Y FAMILIARES SOBRE
CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS EN
EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II- ESSALUD-
HUARAZ**

INSTRUCCIONES:

La presente encuesta tiene por finalidad identificar la percepción que tiene usted sobre el cuidado humanizado que brindan las Enfermeras en el servicio de Emergencia del Hospital II- Essalud- Huaraz. Para ello le pediría fuera amable de contestar unas preguntas marcando con un aspa (X). No le tomará más de 20 minutos. La información que nos proporcione será manejada con la más estricta confidencialidad. Muchas gracias.

Especialidad de atención:

.....

I. DATOS PERSONALES: PACIENTE

A. EDAD: B.SEXO:.....

C. GRADO DE INSTRUCCIÓN	D .PROCEDENCIA	E .ESTADO CIVIL
C.1.Sin instrucción ()	D.1.Huaraz ()	E.1.Soltero ()
C.2.Primaria ()	D.2.Otros ()	E.2.Casado ()
C.3.Secundaria ()	E.3.Divorciado ()
C.4.Superior ()		E.4.Viudo ()
		E.5.Conviviente ()

**II. CUESTIONARIO PARA EL USUARIO: MARQUE CON UN
ASPA EN EL RECUADRO.**

TA = TOTALMENTE DE ACUERDO

A = DE ACUERDO

I = INDECISO

D = EN DESACUERDO

TD = TOTALMENTE EN DESACUERDO

ENUNCIADOS	TA	A	I	D	TD
1. Cuando la Enfermera lo cuida se siente acogido					
2. Cuando la Enfermera lo cuida se siente atendido					
3. Cuando la Enfermera lo cuida no lo hace con afecto					
4. Cuando la Enfermera lo cuida lo trata como un ser humano					
5. Cuando la Enfermera lo cuida lo hace con indiferencia					
6. Cuando la Enfermera lo cuida no respeta sus creencias y valores					
7. Cuando la Enfermera lo cuida no se siente acogido					
8. Cuando la Enfermera lo cuida lo trata cordialmente					
9. Cuando la Enfermera lo cuida no se muestra amistosa					
10. Cuando la Enfermera lo cuida le brinda comodidad y confort					
11. Cuando la Enfermera lo cuida no lo mira a los ojos					
12. Cuando la Enfermera lo cuida lo toma de las manos					
13. Cuando la Enfermera realiza los procedimientos no cubre sus necesidades físicas (alivia el dolor).					
14. La Enfermera le parece una persona desagradable					
15. La Enfermera le parece una persona simpática y amable					
16. La Enfermera le parece una persona eficaz					
17. Cuando la Enfermera lo cuida no le proporciona información precisa y oportuna					
18. Cuando la Enfermera lo cuida lo hace con entusiasmo					
19. Cuando la Enfermera lo cuida respeta sus decisiones e intimidad.					
20. Cuando la Enfermera lo cuida no lo llama por su nombre.					
21. Cuando la Enfermera lo cuida lo escucha permanentemente					
22. La Enfermera lo cuida inmediatamente cuando usted lo necesita					
23. Cuando la Enfermera lo cuida no lo hace con voz suave					
24. Cuando la Enfermera lo cuida impide la presencia de su familiar					

III. DATOS PERSONALES: FAMILIAR

B. EDAD: B.SEXO:.....

C. GRADO DE INSTRUCCIÓN	D .PROCEDENCIA	E .ESTADO CIVIL
C.1.Sin instrucción ()	D.1.Huaraz ()	E.1.Soltero ()
C.2.Primaria ()	D.2.Otros ()	E.2.Casado ()
C.3.Secundaria ()	E.3.Divorciado ()
C.4.Superior ()		E.4.Viudo ()
		E.5.Conviviente ()

IV. PERCEPCION DEL FAMILIAR SOBRE CUIDADO HUMANIZADO:

ENUNCIADOS	TA	A	I	D	TD
1.La Enfermera se muestra amable con usted					
2. La Enfermera no se muestra cordial con usted					
3. La Enfermera se muestra amistoso con usted					
4. La Enfermera no le brinda información en el momento oportuno					
5. La Enfermera le brinda información en un ambiente adecuado					
6. La Enfermera no lo escucha con atención					
7. La Enfermera lo saluda cordialmente					
8. La Enfermera respeta sus creencias					
9. La Enfermera no respeta sus valores					
10.La Enfermera no respeta su dolor					
11. La Enfermera le brinda apoyo emocional frente a la gravedad de su familiar					
12. La Enfermera respeta su estado de ánimo					
13. La Enfermera le permite acompañar a su familiar en todo momento					
14. La Enfermera lo saca del					

ambiente permanentemente					
15. La Enfermera lo trata con indiferencia					
16. La Enfermera lo grita constantemente					
17. La Enfermera acude a su llamado en forma inmediata					

Anexo C

VALIDEZ

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS Y FAMILIARES SOBRE
CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS DEL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II- ESSALUD-
HUARAZ. JULIO- DICIEMBRE 2008.

TABLA DE CONCORDANCIA

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	Nº JUECES								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
5	1	1	1	1	1	1	1	0	0,035
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0,004
7	1	1	1	1	1	1	1	0	0,035

$$FORMULA = \frac{\sum p}{N^{\circ} items} = \frac{0.214}{8} = 0.02675$$

El valor de p es < 0,02675 es decir menor que 0,05 lo cual indica que es significativo.

ANEXO D

CONFIABILIDAD

ANEXO E

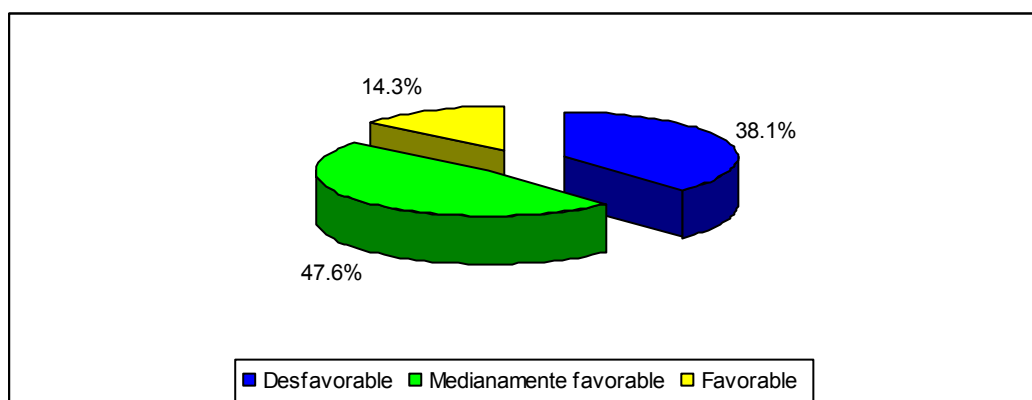
PERCEPCIÓN GLOBAL DE LOS USUARIOS SOBRE CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS(O) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

	Cantidad	%
Desfavorable	8	38.1
Medianamente favorable	10	47.6
Favorable	3	14.3
Total	21	100

Fuente: Encuesta de percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras(o) del servicio de emergencia EN el hospital II –ESSALUD HUARAZ

Se observa que el 38.1% del total de usuarios tienen percepción Desfavorable acerca el cuidado humanizado de las enfermeras del servicio de emergencia. El 47.6% tienen una percepción medianamente favorable y el 14.3% tienen un percepción favorable acerca el cuidado humanizado de las enfermeras del servicio de emergencia.

Grafico n^a4



Fuente: Encuesta de percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras(o) del servicio de emergencia EN el hospital II –ESSALUD HUARAZ

ANEXO F

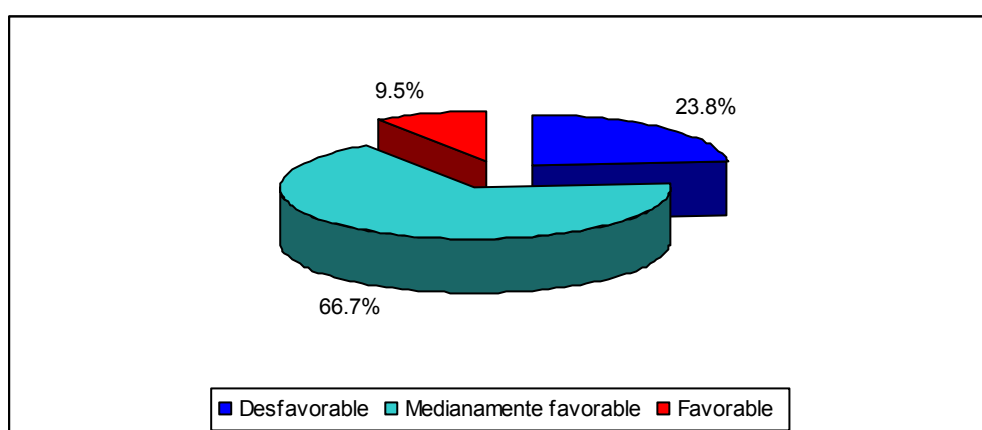
PERCEPCIÓN GLOBAL DE LOS FAMILIARES SOBRE CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS(O) DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

	Cantidad	%
Desfavorable	5	23.8
Medianamente favorable	14	66.7
Favorable	2	9.5
Total	21	100

Fuente: Encuesta de percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras(o) del servicio de emergencia EN el hospital II –ESSALUD HUARAZ

Se observa que 66.7% tienen una percepción medianamente favorable, el 23.8% tienen percepción desfavorable y el 9.5% tienen percepción favorable.

Grafico n°8



Fuente: Encuesta de percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras(o) del servicio de emergencia EN el hospital II –ESSALUD HUARAZ

ANEXO G

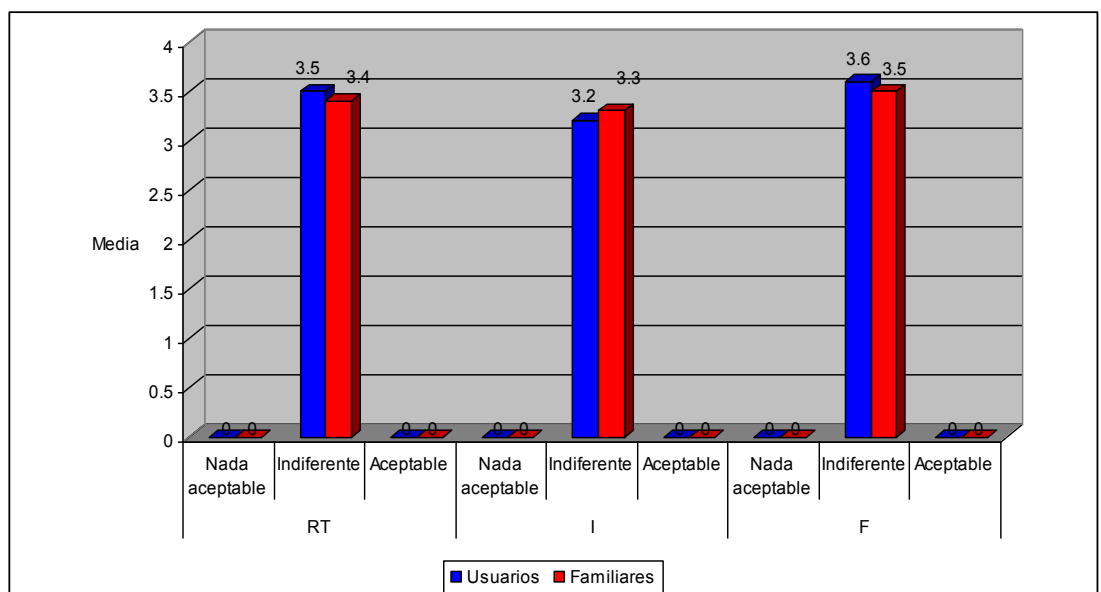
COMPARACION DE LOS PUNTAJES ESTANDARIZADOS DE LA PERCEPCION SOBRE CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS SEGÚN GRUPO USUARIO Y FAMILIARES EN SU DIMENSION RT , I Y F

	N	Usuarios		Familiares		P
		MEDIA	SD	MEDIA	SD	
Relación Transpersonal	21	3.5	0.3	3.4	0.4	0.34
Interaccion enf paciente	21	3.2	0.3	3.3	0.3	0.56
Fenomenológico	21	3.6	0.4	3.5	0.6	0.23

*P>0.05 no existe diferencias significativas

+Prueba de t student para muestras independientes

Asimismo observa que la media del puntaje estandarizado en la percepción sobre cuidado humanizado en el grupo usuario es igual estadísticamente P>0.05 en relación a la media del puntaje estandarizado de la percepción sobre cuidado humanizado en el grupo familiar en su dimension Relación Transpersonal , Interacción Enfermera-paciente y fenomenológica.



ANEXO H

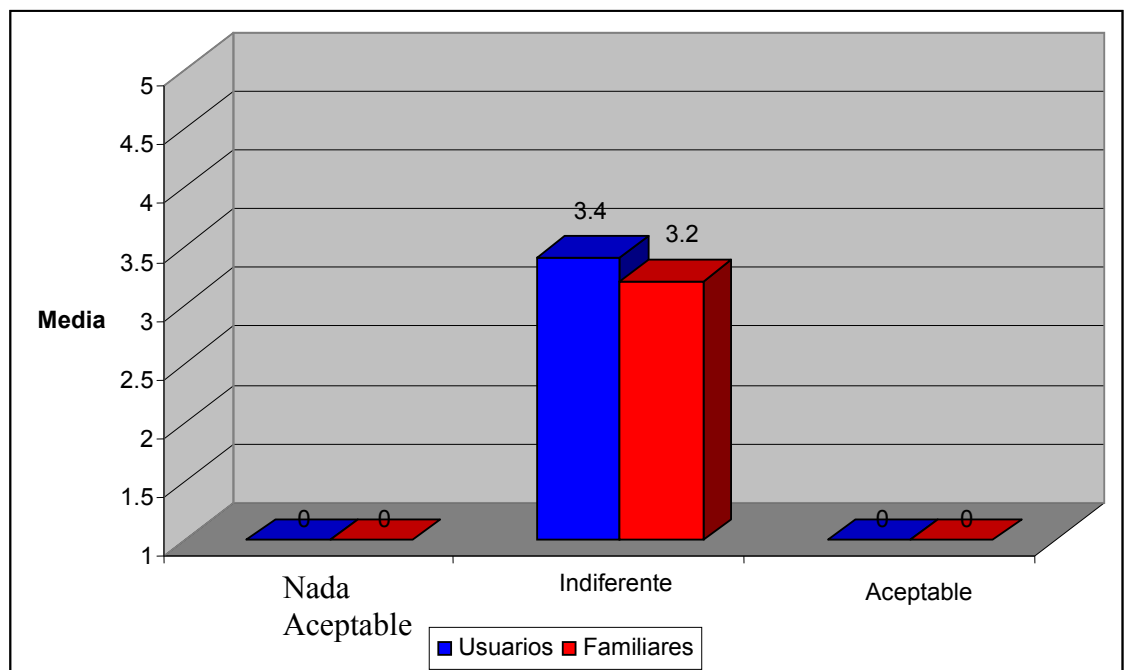
COMPARACION DE LOS PUNTAJES ESTANDARIZADOS DE LA PERCEPCION GLOBAL SOBRE CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS SEGÚN GRUPO USUARIO Y FAMILIARES

grupo	N	Media+	Desviación estandar	P
Usuario	21	3.4	0.3	0.14*
Familiares	21	3.2	0.4	

*P=0.14>0.05 no existe diferencias significativas
 +Prueba de t student para muestras independientes

Se aprecia que la media estandarizada del grupo de usuarios es de 3.4±0.3 (percepción regular) y la media estandarizada del grupo de los familiares es de 3.2±0.4 (percepción regular).

Asimismo observa que la media del puntaje estandarizado en la percepción sobre cuidado humanizado en el grupo usuario es igual estadísticamente P>0.05 en relación a la media del puntaje estandarizado de la percepción sobre cuidado humanizado en el grupo familiar



ANEXO I

RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS PERSONALES DE LOS USUARIOS Y SU NIVEL DE PERCEPCION SOBRE CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS

Características personales		Nivel de percepción+						P
		desfavorable n =8		M/desfavorable n =10		favorable n =3		
		n	%	n	%	n	%	
Edad	<30	3	37.5	2	20	1	33.3	0.61
	31 a 40	3	37.5	4	40	0	0	
	>41	2	25	4	40	2	66.7	
Sexo	Masculino	3	37.5	2	20	2	66.7	0.30
	Femenino	5	62.5	8	80	1	33.3	
Procedencia	Huaraz	5	62.5	8	80	1	33.3	0.30
	Otros	3	37.5	2	20	2	66.7	
Estado civil	Soltero	1	12.5	1	10	1	33.3	0.88
	Casado	6	75	7	70	2	66.7	
	Viudo	0	0	1	10	0	0	
	Conviviente	1	12.5	1	10	0	0	
Grado de instrucción	Sin instrucción	0	0	0	0	1	33.3	0.01*
	Secundaria	3	37.5	0	0	0	0	
	Superior	5	62.5	10	100	2	66.7	

+Chi cuadrado

*P<0.05 existe relación estadística

Se observa que el nivel de percepción de los usuarios sobre cuidado humanizado que brindan las enfermeras se relaciona estadísticamente con el grado de instrucción P<0.05

ANEXO J

RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS PERSONALES DE LOS FAMILIARES Y SU NIVEL DE PERCEPCION SOBRE CUIDADO HUMANIZADO QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS

Características personales		Nivel de percepción+						P
		desfavorable n =5		M/desfavorable n =14		favorable n =2		
		n	%	n	%	n	%	
Edad	<30	1	20	4	29	0	0	0.04*
	31 a 40	0	0	5	36	2	100	
	>41	4	80	5	36	0	0	
Sexo	Masculino	3	60	4	28.6	1	50	0.43
	Femenino	2	40	10	71.4	1	50	
Procedencia	Huaraz	5	100	12	85.7	1	50	0.23
	Otros	0	0	2	14.3	1	50	
Estado civil	Soltero	0	0	1	7.1	0	0	0.89
	Casado	5	100	12	85.7	2	100	
	Conviviente	0	0	1	7.1	0	0	
Grado de instrucción	Primaria	0	0	1	7.1	0	0	0.82
	Secundaria	1	20	4	28.6	0	0	
	Superior	4	80	9	64.3	2	100	

+Chi cuadrado

*P<0.05 existe relación estadística

Se observa que el nivel de percepción de los familiares se relaciona estadísticamente con su edad