

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**  
**ESCUELA DE POSGRADO**



**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE EL CUIDADO ENFERMERO.  
UNA EVALUACIÓN DESDE LOS POSTULADOS DE J. WATSON.  
SERVICIO DE MEDICINA, HOSPITAL II-1 MINSA. LAMBAYEQUE,  
2017**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**

**MAESTRO EN ENFERMERÍA**

**AUTOR: ROXANA FANY NIÑO DÍAZ**

**Chiclayo, 13 de Marzo de 2019**

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE EL CUIDADO  
ENFERMERO. UNA EVALUACIÓN DESDE LOS  
POSTULADOS DE J. WATSON. SERVICIO DE MEDICINA,  
HOSPITAL II-1 MINSA. LAMBAYEQUE, 2017**

PRESENTADA POR:

**ROXANA FANY NIÑO DÍAZ**

Tesis presentada a la Escuela de Posgrado de la  
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo  
para optar el grado académico de:

**MAESTRO EN ENFERMERÍA**

APROBADA POR

---

Mtra. Constantino Facundo Francisca  
PRESIDENTE

---

Mtra. Alvarado Tenorio Mirtha  
SECRETARIO

---

Mtra. Bazán Sánchez Asunción Carmen Luz  
ASESOR

## ÍNDICE

|   | Pág.       |
|---|------------|
| <b>Índice</b>                                       | <b>iii</b> |
| <b>Dedicatoria</b>                                  | <b>iv</b>  |
| <b>Agradecimiento</b>                               | <b>v</b>   |
| <b>Resumen y Abstract</b>                           | <b>vii</b> |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>                                 | <b>9</b>   |
| <b>CAPÍTULO I: Marco teórico conceptual</b>         | <b>15</b>  |
| 1.1 Antecedentes del problema                       | 15         |
| 1.2 Base teórico-conceptual                         | 20         |
| <b>CAPÍTULO II: Marco metodológico</b>              | <b>24</b>  |
| 2.1 Tipo de investigación                           | 24         |
| 2.2 Abordaje Metodológico                           | 24         |
| 2.3 Sujetos de Investigación                        | 27         |
| 2.4 Escenario                                       | 28         |
| 2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 30         |
| 2.6 Procedimiento                                   | 31         |
| 2.7 Análisis de datos                               | 31         |
| 2.8 Criterios Éticos                                | 32         |
| 2.9 Criterios de Rigor Científico                   | 33         |
| <b>CAPÍTULO III: Resultados y Análisis</b>          | <b>35</b>  |
| Consideraciones Finales                             | 58         |
| Recomendaciones                                     | 60         |
| <b>Referencias bibliográficas</b>                   | <b>62</b>  |
| <b>ANEXO 1: Consentimiento Informado</b>            | <b>67</b>  |
| <b>ANEXO 2: Instrumento de recolección de datos</b> | <b>69</b>  |

## **DEDICATORIA**

Esta Investigación, desde su inicio ha requerido de esfuerzo y mucha dedicación, no se hubiera podido concluir sin la mano Divina de Dios, así como la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que me acompañaron y alentaron en el recorrido laborioso de este trabajo, las cuales han sido un soporte muy importante en momentos de incertidumbre y desaliento, que gracias a ellas supere.

A DIOS, por darme Sabiduría y mostrarme el camino a seguir, por estar siempre conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por haber puesto en mi camino aquellas personas que han sido mi aliento y compañía durante todo el periodo de esta investigación, permitiéndome la obtención del Grado Académico de  
**MAESTRA EN ENFERMERÍA.**

**ROXANA**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por ser el mejor Padre, porque me ayudo a culminar con éxito esta meta propuesta, poniendo siempre personas que durante este tiempo me guiaron y me acompañaron, en este espacio tan importante en mi vida.

A mis padres, Elmer y Luzmila, a mis hermanos Jhino, Rita y Alberto, por su apoyo mostrado de manera permanente, alentándome siempre pese a las reveses e inconvenientes que se presentaron.

Mi gratitud para Alfonso, su amor fue el soporte necesario para superar las debilidades en esta laboriosa tarea.

Agradezco a mi Asesora de tesis, Mst. Asunción Carmen Luz Bazán Sánchez por el esfuerzo, dedicación, paciencia y por su confianza, por todo lo que me ha brindado con su experiencia, conocimiento e incansable motivación, durante todo el desarrollo de esta investigación.

A mi dilecto Jurado: Mtra. Francisca Constantino Facundo (Presidente), Mtr Mirtha Alvarado Tenorio (Secretario), por sus oportunos e importantes aportes esta investigación que permitieron fortalecerla.

A la Lic. Lily Campos Bravo, por sus consejos, por su constante perseverancia, apoyo y sobre todo, el aliento para culminar mi investigación.

A todos mis docentes quienes con su sabiduría, conocimiento y apoyo, motivaron a desarrollarme como persona y profesional en la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo-Programa de Maestría Versión V.

A los pacientes del Servicio de Medicina del HPDBL con quienes crezco profesionalmente día a día, por su disposición de colaborar con sus aportes, fuentes incomparables de información para esta investigación, a ellos mi compromiso de entregarles el mejor cuidado enfermero, científico-técnico, esencialmente HUMANO

**ROXANA**

## RESUMEN

La investigación: Percepción del Paciente sobre el Cuidado Enfermero. Una evaluación desde los Postulados de J. Watson. Servicio de Medicina, Hospital II-1 MINSA. Lambayeque, 2017; es cualitativa, enfoque estudio de caso, tuvo como objetivos: Describir, analizar y comprender la percepción del paciente acerca del cuidado enfermero en dicha institución, evaluado desde los postulados de la teoría del Cuidado Humano de J. Watson, referente teórico de enfermería, y Matlin M, para explicar Percepción. La información se obtuvo mediante la entrevista semiestructurada a profundidad, aplicada en el momento del alta, a 20 pacientes elegidos al azar, delimitada por saturación. Los discursos fueron examinados con el análisis de contenido, obteniéndose seis Categorías: Generar un entorno de apoyo, para garantizar el cuidado seguro, La continuidad del cuidado seguro en el hogar a través de la educación sanitaria intersubjetiva, El cuidado humano una experiencia fundamental que implica la práctica de valores, Expresión de sentimientos para establecer una relación de ayuda y confianza y La fe: Complementariedad interna de la persona en el cuidado humano. Una de las consideraciones finales fue: La hospitalización, considerada por el paciente como no grata, al decir de ellos, se atenúa con la apertura para escucharlos con paciencia, llamarlos por su nombre, informarles con honestidad, apego a la verdad, respeto a su condición, y asistiéndoles compasivamente, lo cual les genera confianza en un ambiente de ayuda. En todo momento se respetaron los principios de la Bioética Personalista de E. Sgreccia y criterios de rigor científico de E. Castillo.

**Palabras Claves:** Percepción, Paciente, Cuidado de Enfermería, Postulados de J. Watson, Hospitalización.

## **ABSTRACT**

The research: Patient Perception of Nursing Care. An evaluation from the Postulates of J. Watson. Medicine Service, Hospital II-1 MINSA. Lambayeque, 2017; qualitative, case study approach, had as objectives: Describe, analyze and understand the patient's perception about nursing care in said institution, evaluated from the postulates of the theory of Human Care of J. Watson, theoretical reference of nursing, and Matlin M, to explain Perception. The information was obtained through the semi-structured in-depth interview, applied at the time of discharge, to 20 randomly selected patients, delimited by saturation. The speeches were examined with content analysis, obtaining six Categories: Generating a supportive environment, to guarantee safe care, The continuity of safe home care through intersubjective health education, Human care a fundamental experience that implies the practice of values, Expression of feelings to establish a relationship of help and trust and Faith: Internal complementarity of the person in human care. One of the final considerations was: The hospitalization, considered by the patient as not pleasant, according to them, is mitigated by the openness to listen patiently, call them by their name, inform them with honesty, attachment to the truth, respect for their condition, and compassionately assisting them, which builds confidence in a supportive environment. The principles of the Personalist Bioethics of E. Sgreccia and criteria of scientific rigor of E. Castillo were respected at all times.

Keywords: Perception, Patient, Nursing Care, Postulates of J. Watson, Hospitalization.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se siente cada día más la necesidad de humanizar el cuidado al paciente y para ello, es imperativo sensibilizar al profesional de la salud ante los problemas psicosociales que el paciente trae cuando está enfermo, que al ser hospitalizado, vive una experiencia de salud única, exponiendo su fragilidad humana que lo hace más sensible a su entorno y por lo tanto más evaluador del cuidado enfermero que recibe.

Por otro lado es preciso recapacitar de cómo influencia el avance de la ciencia y la tecnología en el rol de la enfermera, ya es evidente una preponderancia de lo tecnológico, dejando de lado la actitud humana de estos profesionales de salud, situación que es intensamente percibida por los pacientes como una debilidad en el cuidado enfermero que reciben, lo cual amerita una actitud de cambio oportuno que modifique esta percepción por una más positiva.

Si bien es cierto que la enfermera para ejecutar el cuidado, requiere de una formación científica, tecnológica y humanística que le permita, en su interacción con los pacientes, realizar acciones que exigen la participación de ambos, no debe perderse la perspectiva de que la enfermería es una relación humana entre un enfermo y una enfermera que posee una formación específica, para reconocer y responder a la necesidad de ayuda; de esta relación surge frecuentemente, el esclarecimiento y priorización de las necesidades afectadas que requieren intervención de enfermería.

Es así que la enfermera, como parte integrante del equipo de salud, se ha ido adaptando a los cambios que se han producido en la sanidad tecnológica y como no podía ser de otra manera, ha ido asimilando técnicas cada vez más sofisticadas y complejas que en ocasiones la alejan de una visión del hombre como persona, quien debiera ser la medida de todo, pero lamentablemente, se convierte muchas veces, en un extraño en el mundo que precisamente ha sido creado para él, en el medio sanitario.

No obstante, muchas veces se prescinde de los elementos constitutivos del cuidado, el binomio instituido por la persona que cuida (enfermera) y la persona cuidada (paciente) y se relega la condición de persona del paciente, quien susceptible por la experiencia de hospitalización, se convierte en una persona con miedos, dudas y gran fragilidad afectiva, por tanto, tiene derecho a recibir un cuidado de calidad integral, científico y esencialmente humano.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> en su constitución afirma: “Toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable” y ha incluido la calidad de atención como un objetivo de Ley Macro, en el proyecto de salud para todos, dentro del cual se tiene en cuenta la percepción y la satisfacción de los pacientes; este derecho también está descrito en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DD.HH)<sup>2</sup> que en su artículo 25° reconoce que: “Toda persona, tiene derecho a un nivel de vida adecuado que la asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”; conjuntamente también la Declaración Internacional de los Derechos del Paciente<sup>3</sup> lo asume en el artículo 12° en el que manda que: toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y las diversas medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad de este.

Concomitante a ello, este derecho del paciente se encuentra avalado por la Constitución Política del Perú (CPP)<sup>4</sup> que en su capítulo II De los Derechos Sociales y Económicos, artículo N° 7 a la letra dice: “Todos tienen Derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”; igualmente la Ley General de la Salud LEY N° 26842 (LGS)<sup>5</sup> establece en el Art. N° 2: “Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley, exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad, en los que debe destacarse el trato, como percepción primaria del paciente hospitalizado.

En el Perú, la Ley del Trabajo de la Enfermera (o)<sup>6</sup> Ley N° 27669, hace mención al rol de la enfermera (o) como profesional de las ciencias de la salud: “La enfermera(o), como profesional de la Ciencia de la Salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la Salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población.

A más de ello, el Colegio de Enfermeros del Perú (CEP)<sup>7</sup>, en el Código de Ética, Capítulo III - La Enfermera y el Ejercicio Profesional, artículo N° 19 reconoce: La enfermera(o) tiene como responsabilidad primordial el respeto a los derechos humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados; a pesar de que se tiene

un marco legal que asegura un cuidado de calidad, por diversas razones, la atención integral que incluye el cuidado humano, aún no es percibido satisfactoriamente por el usuario.

Esta condición del cuidado en la práctica, es todavía un reto que alcanzar, más aun, en circunstancias en que muchas veces la tecnología científica, prevalece antes que las consideración a la persona cuidada, al respecto hay una subjetiva apreciación de que es mejor enfermera, la que más aparatos tecnológicos maneja en su cuidado, distrayendo el verdadero sentido del cuidado, una oportunidad de interrelacionarse con el paciente, y asumir responsabilidades compartidas para un cuidado eficaz, y humano.

De ello se deduce que la creciente complejidad de los sistemas sanitarios, el intenso desarrollo de la ciencia y la tecnología en salud, han condicionado que la práctica enfermera se manifieste más impersonal y deshumanizada, lo cual impone la necesidad de una reformulación del cuidado enfermero, hacia una orientación humana, concordante con el respeto a los derechos de los pacientes, no desde la visión de los proveedores de la asistencia sanitaria o de las instituciones, sino desde una forma individual, considerando que los pacientes son seres únicos y por tanto diferentes, haciéndolos merecedores de recibir un cuidado personalizado y humano, en ello descansa el concepto de arte, en la definición de enfermería, crear un cuidado personal para cada paciente que es atendido por la enfermera.

Se agrega a ello, que desde el punto de vista de enfermería el cuidado humanizado se apoya en tres elemento, en el conocimiento científico, la capacidad técnica y la relación terapéutica que el enfermero establece con el paciente, y supone acoger al otro de una manera cálida sin dejar de ser uno mismo, despojándose de todos los factores externos que en algún momento puedan afectar la atención comprometida y de óptima calidad que implica el cuidado humanizado; que no siempre es percibido con satisfacción por el paciente.

En ese sentido la doctora Jean Watson<sup>8</sup>, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene, que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería; no solo como un imperativo profesional sino principalmente buscando la práctica del cuidado humanizado, y que este sea percibido por el paciente, como un beneficio importante para la recuperación de su salud.

He aquí una razón fundamental de que la esencia de la Enfermería gire en relación al cuidado; por tanto, aunar al cuidado la sensibilidad (el humanismo), es la forma más eficaz de

encontrar las potencialidades del otro, pues como lo dice Restrepo<sup>9</sup>, es en el plano de lo sensible en donde habitan nuestras más radicales diferencias; es a partir de esta concepción donde la Enfermería, a través de la relación directa en la atención brindada, ofrece, bajo el concepto del cuidado, la diferencia en relación con otras ciencias, pues establece ese intercambio integral con las necesidades del otro, comprendiéndolas y estableciendo acciones para ayudarlo.

Por tanto la descripción de las percepciones del paciente, que como persona cuidada es la que valora con mayor precisión el cuidado que recibe, y que generalmente dista de lo descrito o nombrado, percibe que el profesional de enfermería, está perdiendo la afectividad para tratar las respuestas humanas ante el sufrimiento, así como la excesiva identificación de problemas físicos o de “necesidad vital” mediante la aplicación de protocolos, hacen que la visión global de la persona desaparezca y el trato se despersonalice; creando en el paciente una sensación desesperanzadora; lo cual hace que aún no se llegue a comprender al paciente como persona sufriende, que en su condición de hospitalizado, lo hace vulnerable a varios estímulos, no sólo provenientes de la enfermedad que le afecta, sino también, del medio ambiente y las relaciones que se establecen durante la hospitalización, en el que la persona cuidada pasa a ser incluida en el estatus de “paciente”.

Es propio destacar que esta “*frialidad en el trato*”, con los pacientes, se identificó por conductas poco empáticas e impersonales, por ejemplo, la relación indiferente que las enfermeras establecieron con ellos; quienes manifestaron “*...este es un hospital del Estado, y como el personal es nombrado, se consideran inamovibles del cargo y por ello tratan mal a los pacientes, no te contestan, y ni te dicen lo que te van hacer...*”, otros confirmaron “*...las enfermeras están siempre malhumoradas, te dan el tratamiento y ni siquiera te saludan;...y siempre con el bendito celular...así será en otros sitios?...*”; contrario a ello, otros pacientes manifestaron “*...la señorita es muy buena, siempre está pendiente de nosotros, a veces cuando no hay una medicina y tienes que comprar ella te dice: le voy prestando y luego me devuelve, ella confía en mí y no puedo quedar mal...*” o “*...primero la vi muy seria, luego descubrí que era una persona muy buena, si vieras con el cariño que te controla, así ni la inyección te duele...me voy agradecida, ojala no cambien*” y “*... esa dedicación que se le ve no tiene precio y solo le digo cada vez que puedo: Gracias señorita, Dios la Bendiga*”.

Las situaciones versadas por los pacientes, polarizadas en dos tipos de percepción del cuidado que reciben, ha generado en la investigadora las siguientes interrogantes: ¿Cómo es el cuidado enfermero que percibe el paciente, en el servicio de medicina, del HPDBL -

MINSA? ¿Cuáles son las áreas más vulneradas que ellos perciben, en el cuidado recibido? ¿El cuidado que brinda la enfermera respeta sus creencias, cultura etc.? ¿El cuidado se da en un ambiente percibido como confortable por el paciente? ¿Cómo valora el trato de la enfermera durante el cuidado?; ¿La enfermera se preocupa por el cuidado espiritual de los pacientes?, ¿el cuidado le genera esperanza? ¿El paciente percibe que la enfermera está perdiendo la perspectiva humana de su cuidado.

En el presente trabajo, la investigadora se ha propuesto recopilar información de la fuente primaria, las personas cuidadas, para responder estas inquietudes mediante el planteamiento de la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo percibe el paciente el cuidado brindado por la enfermera, evaluados desde los postulados de J. Watson en el Servicio de Medicina, HPDBL. MINSA. Lambayeque, 2017? Tuvo como objeto de investigación la: Percepción del Paciente sobre el cuidado brindado por la enfermera, y los objetivos planteados fueron: Describir, analizar y comprender la percepción que tiene el paciente acerca del cuidado enfermero, en el servicio de Medicina, del hospital en mención.

La investigación tiene relevancia, en cuanto uno de los propósitos de las instituciones que prestan servicios de Salud, es optimizar la prestación de sus servicios, así como fortalecer los procesos de calidad, definidos como: el conjunto de herramientas que van desde los recursos físicos y humanos, pasando por los procesos de atención psicológicos y asistenciales, hasta la adecuada percepción del cuidado brindado por la enfermera a los pacientes; es fundamental preservar la esencia humana y reposicionar el cuidado dentro de nuestros sistemas de salud, porque sin la dimensión humana, esto puede ser destructivo<sup>8</sup>; lo cual, de acuerdo a las primeras indagaciones en los pacientes, tiene grandes debilidades que perjudican ese encuentro armonioso que debe ser el cuidado enfermero, evidenciándolo como una falta percibida por el paciente, como perjudicial, en el proceso de recuperación de su salud.

Al respecto, su incumplimiento, no solo afecta el centro de atención que es el paciente<sup>10</sup>, esencialmente, perturba la imagen de la enfermera en su saber, hacer y ser, situación que es reforzada reiteradamente por el paciente (se incluye a la familia), más aun cuando la tecnología de por sí es un interviniente, que si no es bien administrado, se constituye como factor deshumanizante; situación que es necesario revertir en concordancia al reconocimiento del derecho al cuidado de calidad, refrendado por normas internacionales, nacionales y profesionales, que se incumplen repetitivamente, desvirtuando el sentido científico, técnico, ético, legal y humano del cuidado enfermero, así como, el deterioro de la imagen profesional

de la enfermera cuyo cuidado se percibe carente de profesionalismo, derivado principalmente de un trato descortés, falta de humanidad.

Por lo tanto el estudio será de gran importancia tanto para la institución de salud (HPDBL) como para los pacientes y personal de enfermería, ya que la institución por medio del resultado de esta investigación, puede mantener o modificar su misión, visión y valores, basados en un servicio humano y de calidad, a partir de la evaluación de las competencias del personal de salud, de manera particular del personal de Enfermería; por otro lado y de manera fundamental, los pacientes al finalizar la investigación se verán beneficiados, toda vez que la institución y las enfermeras al conocer los resultados del estudio generaran cambios para la mejora de la atención brindada, de tal manera que este sea percibida en su real dimensión: científica, cálida y humana.

Así mismo, para las enfermeras (os) es de vital importancia conocer los resultados, que les permitirá saber cómo perciben los pacientes sus cuidado y cuáles son las fortalezas y debilidades identificados por ellos, y por ende, sirva a los directivos como argumento para preparar un Plan de Mejora, que permita revertir las opciones no favorables y realzar las reconocidas como favorables, en un compromiso bidireccional, que consolide el cuidado humano al paciente, reivindique la imagen profesional de la enfermera y haga del hospital, una institución éticamente confiable.

Finalmente el estudio servirá para fortalecer la línea de investigación de cuidado de enfermería, dando espacio para nuevos trabajos relacionados a cómo perciben los pacientes el cuidado que se les otorga, según los postulados de J. Watson, en donde los profesionales son participes; mediante el planteamiento de otras estrategias metodológicas, para generar nuevas ideas que ayuden al mejoramiento del cuidado, logrando así, una imagen profesional fortalecida, no solo por su científicidad, sino también por su humanidad.

## CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

### 1.1 Antecedentes del problema

Realizando una búsqueda minuciosa de trabajos relacionados al objeto de investigación, se encontraron estudios importantes que se describen a continuación.

**A Nivel Internacional** se reportó la siguiente investigación:

Miranda P, Monje P, Oyarzún J.<sup>11</sup> Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto, Hospital Base Valdivia, tercer trimestre 2014. Valdivia – Chile. Tuvo como objetivo determinar la percepción que tienen los pacientes de dicho servicio, del cuidado humanizado que otorgan los profesionales de enfermería y los factores relacionados, durante el tercer trimestre de 2014. Mediante la aplicación del instrumento Percepción de comportamiento de Cuidado Humanizado en Enfermería (PCHE), adecuado transculturalmente a nuestro país y una encuesta socio demográfico. Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y asociación, a una muestra de 171 pacientes; se concluyó que el 86% de los pacientes hospitalizados consideran que siempre reciben un trato humanizado, el 11,7% casi siempre, 1,8% algunas veces y un 0,6% nunca percibió un trato humanizado. También demostró que no existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de percepción de trato humanizado y las variables socio demográficas estudiadas. Los resultados permiten una retroalimentación positiva para el personal que labora en la unidad, fortalecer su desempeño y la motivación para cuidar.

Bautista L, Parra E, Arias K, Parada K, Ascanio K, Villamarin M.<sup>12</sup> En su Investigación titulada: “Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención 2015, Colombia”. El objetivo fue: describir el grado de percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en los usuarios hospitalizados en dicha institución. Fue cuantitativa con abordaje descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 269 usuarios hospitalizados en la institución El instrumento utilizado fue el de Percepción de Comportamientos del Cuidado Humanizado de Enfermería segunda versión. Resultados: el 72% de los usuarios hospitalizados percibieron como excelentes los comportamientos del cuidado humanizado, refiriendo tener mayor satisfacción con los cuidados brindados por el personal de enfermería, pertenecientes a las categorías sentimiento del paciente, apoyo físico,

priorización al ser cuidado y cualidades del hacer de la enfermera siendo estas las categorías con mejor calificación; mientras que disponibilidad para la atención, dar apoyo emocional, y empatía tuvieron los valores más bajos de calificación. El estudio revela que los usuarios valoran más las acciones de atención, cariño, orientación y escucha recibidos por el personal de enfermería, porque fueron las acciones con el mayor porcentaje obtenido; sin embargo, y a pesar de la satisfacción percibida debe mejorarse el apoyo que se les brinda en momentos críticos que muchas veces no se realiza, debido a la carga laboral que demanda el personal de enfermería.

### **En el Perú a Nivel Nacional:**

Fuentes D.<sup>13</sup> Percepción del paciente, sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería, según teoría de Jean Watson, en el servicio medicina E-1 Hospital Nacional Hipólito Unanue – 2017. Estudio estadístico, no experimental, observacional, descriptivo y cuantitativo. Para este estudio se tomó una población constituida de 90 pacientes, de los cuales se tomó una muestra de 30 pacientes que se obtuvo a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, con un cuestionario que comprende 24 preguntas con características cerradas que tienen 5 tipos de respuestas: Nunca (1), A veces (2), Casi siempre (3), Siempre (4) y No sabe/ No contesta (5); estas preguntas están basadas en tres de los diez supuestos de la teoría de Jean Watson. Los resultados sobre cómo percibe el cuidado humano fueron: nunca 3.33%, a veces 30%, casi siempre 57%, siempre 10% y no sabe/ no contesta 0%. Los pacientes, en su mayoría casi siempre perciben el cuidado humanizado. Por eso concluimos que aún hay deficiencias en este punto, ya que lo que se busca, es que la percepción del paciente sea siempre la mejor, demostrando que el profesional de enfermería cumple con brindar una atención holística y de calidad.

Moscoso N.<sup>14</sup> “Percepción de los pacientes sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera del servicio de medicina, del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017” Fue de tipo descriptivo, no experimental de corte transversal. Conformada por 180 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina, se utilizó muestreo aleatorio simple constituido por 60 pacientes. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento el cuestionario de Percepción de Comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería en 3ra versión que consta de 32 ítems. Resultado: En la percepción del cuidado humanizado evidenciamos que un 75.0% (45) de los pacientes encuestados demostraron tener una percepción regular del

cuidado humanizado; mientras que 18.0% (11) evidenciaron tener buena percepción de cuidado y por último un 6.7% (4) demostraron tener una mala percepción del cuidado humanizado. En cuanto a las dimensiones Cualidades del hacer de enfermería, Apertura a la comunicación enfermera(o) – paciente y Disposición para la atención evidencia en su mayoría una percepción regular del cuidado humanizado. Conclusión: Los pacientes hospitalizados, en el servicio de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, presentan en su gran mayoría, una percepción regular sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera.

Guerrero R, Meneses M, De La Cruz M.<sup>15</sup> Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima - Callao, 2015. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, su objetivo: determinar el Cuidado Humanizado que brinda el profesional de Enfermería según la Teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Material y métodos: la población total estuvo conformada por 46 profesionales de Enfermería que laboran en los Servicios de Medicina. Resultados: El Cuidado Humano que ofrecen los enfermeros es regular en un 52%, mientras que el 26%, es alto. Según las dimensiones: Satisfacción de necesidades: el cuidado humano que se ofrece es en el 59% regular, mientras que en el 30% es alto; Habilidades, técnicas de enfermería el cuidado humano es regular en el 91%, y el nivel bajo 9%. Autocuidado de la profesional el cuidado humano es regular en un 57%, mientras 24% es bajo. Aspectos éticos del cuidado el 65% en cuidado humano es regular y el 13% bajo. Relación enfermera- paciente el 65% en cuidado humano es regular, y el 20% Alto. Aspectos espirituales en un 87% en cuidado humano es regular, un 4% bajo. Conclusión: El cuidado humanizado, es dado en forma regular, siendo necesario implementar estrategias, planes de mejoras y capacitación continua, con la finalidad de generar la sensibilización del personal de enfermería, para aplicar buen trato al paciente desde un abordaje basado en valores humanos.

Alfaro E, Beraun M.<sup>16</sup> en su tesis titulada: “Percepción de los pacientes sobre el cuidado de enfermería que brinda la enfermera en los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo, Cercado de Lima -2015”. El estudio fue descriptivo, no experimental de corte transversal. Tuvo como objetivos: Determinar la percepción de los pacientes sobre el cuidado humanizado en los servicios de Medicina Interna dicho hospital. La muestra fueron 93 pacientes, Resultados: El Cuidado Humanizado global se percibió siempre: 55 % (n=51), casi siempre: 7 % (n=7), algunas veces: 20 % (n=18) y nunca: 18 % (n=17). Conclusiones, los pacientes siempre percibieron un cuidado humano por parte de enfermería.

### **A Nivel local se cita las siguientes investigaciones:**

Gasco K.<sup>17</sup>Experiencias de las Enfermeras en el Cuidado Humano desde la Teoría de Jean Watson. Unidad De Cuidados Especiales-Hospital III2-EsSalud, Chiclayo, 2015; es cualitativa, con enfoque estudio de caso. Tuvo como objetivos: describir, analizar y comprender las experiencias de las enfermeras, para brindar este cuidado; los datos fueron recolectados mediante la entrevista semiestructurada a profundidad, aplicada a siete enfermeras, muestra delimitada por saturación. Los referentes teórico son: J: Watson y su Teoría del Cuidado Humano, y Karol Wojtyla (Experiencia). El análisis fue de contenido temático, obteniéndose seis categorías 1) El cuidado humano basado en el amor y respeto: saludo, intimidad, costumbres, 2) Incorporación de la fe y esperanza para el cuidado humano, 3) El cuidado humano basado en la sensibilidad y empatía al paciente, familia y uno mismo, 4) Necesidad de una relación de ayuda y confianza para el cuidado humano, 5) Cuidado humano basado en la participación de la familia, a través de la educación en salud, 6) Favorecer un entorno físico protector a pesar de las limitaciones. Consideración final: la postergación, involuntaria de las enfermeras, del enfoque filosófico del cuidado humano, promocionado por J Watson, discrepa con el cuidado técnico y científico, que ellas se esmeran en lograr, al dar sus cuidados al paciente y familia, en la Unidad de Cuidados Especiales de Medicina Interna. Durante la investigación se consideraron los principios de la Bioética Personalista de E. Sgreccia y los Criterios de Rigor científico de Guba.

Benites J, Gonzales S, Torres Z.<sup>18</sup> en su tesis titulada: “Percepción de las pacientes sobre el cuidado enfermero en el servicio medicina mujeres de un Hospital de Chiclayo. 2015”, investigación cualitativa y de diseño estudio de caso. Tuvo como objetivo Analizar y describir la percepción de las pacientes sobre el cuidado enfermero en el servicio medicina mujeres del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2015. La muestra lo constituyeron 10 pacientes delimitados por saturación y redundancia. Resultados: se obtuvieron 3 categorías: Caracterizando positivamente al profesional de enfermería, Enfermería ofrece un cuidado sensible y da palabra de fe y esperanza; y, Anhelando un cuidado humano. Consideraciones finales: A pesar de haber percibido cualidades muy importantes y trascendentales para el cuidado, las pacientes hacen notar que estas no son generalizables, pues algunas enfermeras no cuentan aún con estas cualidades, por lo que dan a conocer su anhelo por un cuidado más humanizado.

Martínez M.<sup>19</sup> En su tesis titulada “El cuidado enfermero desde la percepción del paciente hospitalizado en el servicio de medicina: Hospital Provincial Docente Belén - Lambayeque, 2017”; es cualitativa con enfoque estudio de caso, tuvo como objetivo: Describir, analizar y comprender las percepciones en relación al cuidado enfermero en paciente hospitalizados en el Servicio de Medicina de dicho hospital. El soporte teórico lo constituyeron J. Watson (cuidado enfermero-cuidado humano), Bruce E. (Percepción), y la Norma Técnica N°110-MINSA/dgiem-v-01; la recolección de la información se realizó mediante una entrevista a profundidad, validada por expertos; la muestra fueron ocho pacientes del servicio de medicina del hospital en mención, la misma que fue delimitada por saturación. La interpretación se realizó con el análisis temático de los discursos, arribándose a las siguientes categorías: Características del Cuidado Enfermero percibido por el Paciente, Habilidades Sociales apreciadas como Obligatorias del Cuidado Enfermero, La familia y su Participación en el Cuidado, destaca en las consideraciones finales la percepción de características principales en el cuidado enfermero tales como: puntualidad en la administración de medicamentos y ejecución de los procedimientos, solidaridad y responsabilidad, interés por su estado, información oportuna, afectividad, interacción con la familia, y buen trato, así también limitaciones relacionada a la falta de oportunidad, continuidad y uniformidad en el cuidado y trato despersonalizado y el Fortalecimiento del cuidado a través de la Práctica Ética. Se aplicó en todo momento los criterios de rigor científico de E Castillo, y los principios de la bioética personalista de E. Sgreccia.

## 1.2 Base teórico-conceptual

El presente trabajo, ha considerado como referente teórica de enfermería a Jean Watson, autora de la Teoría de Enfermería del Cuidado Humano, quien considera a la disciplina enfermera como una ciencia humana y un arte; postula que el amor incondicional y el cuidado son esenciales para el desarrollo y la supervivencia de la humanidad; que el cuidado y el amor hacia uno mismo preceden al amor y cuidado hacia los demás; que el aspecto curativo de las actividades de la enfermera, no es un fin en sí mismo, pero forma parte del cuidado, el cual debe ser centrado en la persona, considerada como un ser uno y único, lo cual genera en ella un desafío a su creatividad, para poderle otorgar un cuidado individualizado.<sup>20</sup>

Se considera entonces que el cuidado de Enfermería, encierra un fenómeno complejo que ha sido estudiado desde los elementos humanísticos relacionados con la esfera psicosocial, técnico-científico y biológico; aspectos complementarios que constituyen una visión integral de las personas, más aún cuando se encuentran hospitalizadas y requieren un Cuidado Humanizado.<sup>20</sup>

Se entiende por Cuidado Humanizado, al conjunto de acciones fundamentadas en la relación paciente-enfermera, además del dominio técnico-científico orientado a comprender al otro en el entorno en que se desenvuelve.<sup>20</sup> Humanización es también “El primer acto del tratamiento de la enfermedad, es dar la mano y una muestra de cariño al paciente”; este cuidado humanizado reúne actos como: pensar, ser, hacer, cuidar, lo que involucra tanto al ser cuidado, como el profesional que cuida, sin tener en cuenta el significado de cuidado sino la esencia del ser humano, como ser único, indivisible, autónomo y con libertad de escoger; es decir, en la comprensión del ser humano como un ser integral.

Al respecto, esta teoría, fundamenta el cuidado humano como parte del ser, que fortalece a la persona cuidada, promueve su crecimiento y favorece sus potencialidades, puesto que la enfermera asume el compromiso de cuidar y debe empeñarse en comprenderlo y ejecutarlo, a fin de absorberlo en su quehacer diario, respetando su autonomía y derecho a decidir y consentir las intervenciones de tratamiento, que se realizaran en su cuerpo, dentro del cuidado holístico.<sup>21</sup>

Es así, que la necesidad de este tipo de cuidado, promueven el humanismo, la salud y la calidad de vida. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales hacia aspectos más humanos<sup>20</sup>; por lo tanto, los seres humanos dentro de esta visión, son considerados como personas capaces de hacer selecciones responsables en la vida; a la salud

se la concibe como un estado de venir a ser, donde hasta en condiciones de adversidad, el ser humano encuentra significado para vivir.<sup>22</sup>

En su propuesta teórica para Jean Watson, la enfermería también se dedica a la promoción y restablecimiento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al cuidado de las personas. Las enfermeras tienen el compromiso social de ayudar y enseñar a los individuos a alcanzar un alto nivel de bienestar y descubrir nuevos significados a través de la propia experiencia, por su parte la persona a su cuidado aprenderá a valorar y cuidar su propia salud; en consecuencia, la enfermera podrá administrar su tiempo, para otorgarlo a otras personas que más lo necesitan<sup>8</sup>; además, ella menciona que los cuidados enfermeros consisten en un proceso ínter subjetivo de humano a humano que requiere un compromiso con el caring, este constituye su ideal moral, y debe basarse en sólidos conocimientos.

Postula, que el objetivo de los cuidados enfermeros, es ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma, su cuerpo y su espíritu. El cuidado empieza cuando la enfermera entra en el campo fenoménico de otra persona y percibe y siente lo vivido por la otra persona y responde a ello, de forma que le permita exteriorizar los sentimientos o pensamientos que el otro siempre ha soñado con exteriorizar; esta experiencia facilita la armonía; en este enfoque teórico, la persona es “un ser en el mundo”, que percibe, que vive experiencias y que está en continuidad en el tiempo y en el espacio. Las tres esferas del ser en el mundo, el cuerpo, el alma y espíritu son influenciados por un cambio en el auto concepto.<sup>20</sup>

Entonces, la salud en este enfoque teórico es la percepción de la armonía del cuerpo, alma y espíritu. La salud está asociada al grado de coherencia entre el yo percibido y el yo vivido. La armonía “cuerpo, alma y espíritu” engendra un auto respeto, autoconocimiento, auto cuidado y auto curación. El entorno, por otra parte, está constituido por el mundo físico o material y el mundo espiritual. El entorno representa todas las fuerzas del universo, así como el entorno inmediato de la persona<sup>20</sup>; por tanto la enfermera cuando brinda el cuidado enfermero, lo debe hacer con esta perspectiva: más humana, más cálida, más profunda en su interpretación de persona, que demanda sus cuidados<sup>23</sup>

Finalmente, esta teórica considera que el foco principal de la Enfermería está en sus diez factores de cuidado, derivados de una perspectiva humanista, combinada con una base de conocimientos científicos; son ellos: 1) Formación de un sistema humanístico-altruista de valores; 2) Inculcación de la fe-esperanza; 3) Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás; 4) Desarrollo de una relación de ayuda-confianza; 5) Promoción y

aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos; 6) Uso sistémico del método científico de solución de problemas para a toma de decisiones; 7) Promoción de la enseñanza-aprendizaje transpersonal; 8) Promoción de un entorno de apoyo; 9) Asistencia en la gratificación de necesidades humanas; 10) Permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas.<sup>24</sup>

Es por ello que el personal de enfermería debe tener ciertas actitudes para brindar un cuidado humanizado; por medio de sus vivencias, logros e interacción con los pacientes, adquiere la capacidad de saber que el cuidado humanizado no solamente son procedimientos técnicos, sino que involucra la capacidad de percibir al ser humano en sus diferentes dimensiones, frágil y sensible en su condición psicofísica, multidimensional a sus limitaciones con riesgo a la dependencia, en equivocada actitud de pérdida de su autonomía, que la enfermera está obligada a fortalecer con su cuidado Humano.<sup>23</sup>

Por tanto, la enfermera deberá conceptualizar desde esta perspectiva al cuidado como una interacción de ayuda entre dos personas, que involucra la promoción de la participación del paciente en el cuidado, que en su interpretación de persona reconoce la afectación de su mundo físico o material y el mundo espiritual, lo que demanda de su intervención.

A la par, la variable Percepción es definida por Matlin M<sup>25</sup>, como el proceso cognoscitivo que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación de actos, personas, u objetos captados a través de los sentidos, para la elaborar juicios en torno a las sensaciones, obtenidos del ambiente físico y social, implica la recepción, representación y comprensión de la información, para dar significado las percepciones sensoriales en interrelación con experiencias previas, e intereses personales, tales como la hospitalización, entendida como el tiempo que una persona permanece internada para la ejecución de cualquier acción terapéutica, que lo hace más vulnerable a varios estímulos, no solo provenientes de la enfermedad, sino también del medio ambiente y las relaciones establecidas en ella<sup>8</sup>.

Por lo tanto, los días de hospitalización, son fundamentales para evaluar el entorno hospitalario; un paciente que ha permanecido mayor tiempo hospitalizado puede identificar lo positivo y negativo en el trato recibido por parte del personal de Enfermería, una percepción más aproximada de la realidad. Razón fundamental que la investigadora se propone en razón de hacer efectiva una evaluación de estas percepciones a la luz de los postulados de la autora del cuidado humano: J Watson.

Con este propósito, la investigadora conceptualiza la Percepción como: manifestaciones guiadas por ciertas expectativas que pueden ser modificadas por la información o experiencia obtenida, como consecuencia de una actividad, que refleja en gran medida el grado de satisfacción que el paciente puede tener, del cuidado recibido; la percepción del cuidado por otro lado, depende de la calidad con que son otorgados y como lo recepciona los pacientes, teniendo en cuenta su estado físico, emocional cultural y espiritual, que sin duda se distorsiona aún más, si el clima de armonía es débil o percibe falta de empatía en su comunicación con el equipo de salud, principalmente de la enfermera, de quien asume, le debe brindar una atención de calidad y humana, por ser un derecho amparado en normas legales y que la institución (HPDBL) está en la obligación de cumplir y hacer cumplir.

Al respecto el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, es una institución de salud del MINSA, catalogado como de Nivel II Categoría1, brinda servicios de salud a personas adscritas al Seguro Integral de salud (SIS) y no adscritas en algún tipo de seguro social (EsSalud y otros), de la provincia de Lambayeque; es considerada como una Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS) de atención directa o de atención de soporte, el ambiente referencial, cumple el objetivo principal de la UPSS que la integra, tanto en el área preventiva promocional, como de recuperación, siendo una unidad básica funcional del Establecimiento de salud, constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud, (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos, entre otros) y organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios (Servicio de Medicina), en relación directa con su nivel de complejidad (II-1).

Dispone de 14 consultorios de atención ambulatoria y 09 servicios de hospitalización, destinados al internamiento de pacientes para su diagnóstico, recuperación y/o tratamiento, siendo uno de ellos el Servicio de Medicina, con capacidad para 15 pacientes, en el, la enfermera cumple un rol principal brindando un cuidado holístico y humanizado, para satisfacer sus necesidades vitales, para recuperar su salud, o acceder a una muerte digna que como persona le corresponde<sup>26</sup>.

## **CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO**

### **2.1 Tipo de investigación**

La presente investigación se desarrolló bajo el enfoque cualitativo, porque estudia la realidad en su contexto natural tal y como sucede, intentando dar sentido o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas<sup>27</sup>, lo cual es de un aporte valioso para el desarrollo de la formación en enfermería<sup>28</sup>.

También, involucra la utilización y recogida de una gran variedad de materiales, entrevistas, experiencia personal, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos, que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas, de acuerdo al objeto de estudio<sup>28</sup>.

Minayo<sup>29</sup>, al respecto argumenta la investigación cualitativa responde a cuestiones muy particulares. Se preocupa por las ciencias sociales y la realidad que no puede ser cuantificada, responde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos de los fenómenos, que no pueden ser reducidos a una Operacionalización de variables; el estudio se abordó en profundidad para poder contemplar los subjetivos – mentales (percepción) que acompañan, al cuidado que el paciente recibe, en el servicio de medicina del HPDBL; para a través de sus manifestaciones, caracterizar la percepción que ellos tienen, acerca del cuidado humano, como protagonistas principales de este estudio<sup>30</sup>.

### **2.2 Abordaje Metodológico**

La presente investigación, se abordó mediante el Estudio de Caso, está orientada a realizar un análisis descriptivo, exhaustivo y a profundidad de un caso, (percepciones de los pacientes) tratando de descubrir e identificar los problemas y las causas que pueden subyacer en el origen de los mismos<sup>31</sup>. Dicho método, se define como una indagación empírica que: “investiga un fenómeno contemporáneo (percepciones de los pacientes sobre el cuidado), que reciben dentro de un contexto real de existencia, (servicio de medicina del HPDBL), cuando los límites y el contexto no son claramente evidentes y en los cuales existen múltiples fuentes de evidencia (entrevista a los pacientes), que pueden usarse”<sup>32</sup>.

La investigadora, en el presente estudio de caso, analiza y comprende los fenómenos más importantes que intervinieron en la percepción del cuidado Enfermero, en la atención de los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina del HPDBL, apoyada en las versiones de los propios sujetos de estudio, acerca del cuidado Humanizado, que reciben del profesional de enfermería, detallándolo en una forma muy intensa y personalizada, mismas que fueron evaluadas bajo los postulados del cuidado humano de J. Watson, evidenciando percepciones semejantes y antagónicas, a la vez, por tratarse de una situación personalizada.

Al respecto, Polit<sup>33</sup> argumenta, que la mayor desventaja de los estudios de caso yace en que no pueden generalizarse, pues si el investigador descubre relaciones importantes, normalmente le será difícil comprobar si estas se presentarán en otros sujetos o instituciones; en ese sentido, la investigadora tratara de llegar a conocer las verdaderas percepciones del paciente hospitalizado en el servicio de medicina, acerca del cuidado humanizado, aplicando metódicamente todos los pasos de este tipo de investigaciones .

Así, Nisbet e Watt, citado por Menga L,<sup>34</sup> caracterizan el desarrollo del estudio de caso en tres fases: Abierta o exploratoria, la segunda más sistemática: Recolección de datos y la tercera el Análisis e Interpretación de datos y la elaboración del informe, con ellos mismos, se enfatizan esas tres fases que se sobreponen en diferentes momentos, siendo difícil precisar el límite que los separa.

Así esta investigación se desarrolló siguiendo los pasos del proceso propuesto:

En la primera fase, exploratoria, se inició con un plan muy preliminar, que se amplió más claramente, en la medida en que se desarrolló el estudio. Se planteó algunas preguntas previas por la investigadora, producto de observaciones y declaraciones hechas por los pacientes acerca del problema, mismos que surgieron de un contacto inicial con las personas ligadas al fenómeno estudiado, así como, la experiencia personal del investigador como trabajadora de la institución, sede la investigación. Para llevar a cabo esta fase se elaboró un plan simple, que se fue incrementando en la medida que se hizo más profundo su estudio, hasta que se tuvo claro el problema a investigar, su viabilidad y presupuesto.<sup>34</sup>

La segunda fase recolección de datos, obtiene información de personas, comunidades, contextos o situaciones en profundidad; en las propias “Formas de expresión” de cada uno de ellos, la finalidad es analizarlos y comprenderlos, responder a las preguntas de investigación y generar conocimiento<sup>34</sup>; después de identificar los elementos claves y los límites aproximados del problema, la investigadora procedió a recolectar sistemáticamente las informaciones, utilizando como instrumento la entrevista semiestructurada a profundidad, que permitió

conocer las percepciones de los pacientes, cuya selección se realizó acorde con criterios de inclusión y previo consentimiento informado, accediendo a participar en la investigación, de manera voluntaria.

El tercer momento, lo constituyó la fase del análisis temático, en esta fase del estudio, surgió la necesidad de unir la información, analizarla y tornarla disponible a los informantes que manifestaron sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se ha relatado. Luego se procedió a transcribir las entrevistas y discursos, los cuales fueron analizados a través del análisis de contenido temático; este permitió rescatar los discursos significativos al tema, organizándolos de forma relevante para luego agruparlos en categorías y subcategorías, mismas que fueron analizadas a la luz de un marco teórico seleccionado y la experiencia de la autora. La redacción del informe final, se realizó siguiendo el esquema de investigaciones cualitativas de la institución, para cual se desarrolla la investigación, en este caso la Escuela de Pos Grado- USAT.

Las fases por las que pasa el estudio de caso, encierran un gran potencial para conocer y comprender mejor los problemas. Al retratar cada experiencia de los pacientes en la riqueza de los discursos, que además de ofrecer valiosos elementos para una mejor comprensión de la apreciación de los pacientes, respecto al cuidado humano de la enfermera, permiten de manera acertada, expresar su verdadera percepción del cuidado enfermero que recibe.

Por ser estudio de caso, se tuvo en cuenta los principios, que según Menga Lucke y Marti Andre<sup>36</sup>, son los siguientes:

1. Los estudios de caso, se dirigen al descubrimiento. A pesar que la investigadora, parte de algunos propuestos teóricos y observacionales iniciales, procuró mantenerse atenta a nuevos elementos que puedan aportar a una mayor profundidad del estudio. El proyecto en mención, tuvo su inicio en la percepción de los pacientes sobre el cuidado enfermero y se dirigió al descubrimiento de las características del cuidado, en relación a los postulados de J. Watson.
2. Los estudios de caso, enfatizan la interpretación del contexto. Un principio básico de este tipo de estudio es que, para una comprensión más completa del objeto de estudio, es preciso tener en cuenta el contexto en el que se sitúa. En este caso no se sitió al objeto de estudio, se trató de integrarlo a la mejora del cuidado enfermero, evaluando sus percepciones durante su hospitalización, en el servicio de medicina, que permitieron la comprensión del contexto.

3. Los estudios de caso, buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda. La investigadora, procuro revelar la multiplicidad de dimensiones del cuidado en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo; de manera que se dio a conocer la percepción de los pacientes sobre el cuidado enfermero, en todas sus dimensiones (técnica, científica, humana, ética y estética.)
4. Los estudios de caso, usan una variedad de fuentes de información. Al desarrollar la investigación, se recurrió a una variedad de datos, y situaciones diversas, con una pluralidad de tipos de informantes (pacientes) en el momento del alta, lo cual dio mayor libertad y confianza en lo expresado. Esta metodología, facilitó la revisión de diversas fuentes bibliográficas, (libros, revistas, artículos e investigaciones); además de la principal fuente: la entrevista a profundidad; en ella se utilizó un cuestionario de preguntas semi estructuradas, y un diario que sirvió de referente de las observaciones realizadas de manera directa (en la entrevista) e indirecta (en el diario de campo), con la única finalidad de enriquecer y profundizar en el objeto de estudio.
5. Los estudios de caso, revelan experiencias importantes que permiten generalizaciones naturales. La investigadora, procuro relatar las experiencias, traducidas en percepciones de los pacientes de modo que, el lector o usuario pueda hacer sus generalizaciones, respecto al cuidado enfermero, evaluado desde los postulados de J Watson que podrán forjar generalidades naturales, en un contexto lo más similar posible, por lo que el contexto se describió con minuciosidad.
6. Los estudios de caso, procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista, presentes en una situación social. Se tuvo en cuenta las diferentes manifestaciones de los usuarios, con respecto a su percepción del cuidado enfermero evaluado desde los postulados del cuidado humano, el análisis neutral permitió su aprovechamiento, para determinar las características del cuidado que brinda la enfermera en el servicio de medicina del HPDBL, en favor de la práctica del cuidado humano.
7. Los relatos del estudio de caso, utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación. El trabajo se ha guiado del formato de la Escuela de Pos grado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, (USAT) se redactó en términos sencillos, con el propósito de facilitar su entendimiento y comprensión, en el momento que las personas accedan a ella.

### **2.3 Sujetos de Investigación**

El HPDBL, atiende pacientes de nivel socio económico bajo, incluso algunos provienen de zonas rurales, de extrema pobreza en su mayoría, tienen seguro integral de salud (SIS), también se atienden como particulares, los casos de emergencia son atendidos de acuerdo a ley; el grupo etario es: desde el inicio de vida hasta el adulto mayor, su ámbito de atención comprende toda la macro región norte.

En la presente investigación, los sujetos a investigar fueron los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina HPDBL, que cumplieron los criterios de inclusión, y cuya información se colectó en el momento de su alta. El número de participantes se determinó por saturación y redundancia, mismo que se dio en la vigésima entrevista, debido a que han tenido la oportunidad de ser atendidos por enfermeras, en varios turnos y en diferentes momentos de la evolución de su enfermedad hasta la mejoría, el alta, fue el momento oportuno para indagar por la percepción del paciente, sobre el cuidado enfermero, para ser evaluado desde los postulados de J. Watson.

Entre los criterios de inclusión se consideraron los siguientes: pacientes que se encontraron en el servicio de hospitalización, con programación de alta en el momento de realizar la entrevista, mayores de 18 años, con más de tres días de hospitalización y que participan de manera voluntaria, previo consentimiento informado; elegidos al azar. Los criterios de exclusión fueron: pacientes con alteraciones mentales, incapacitados para contestar las preguntas de la entrevista, por su estado de salud. Para guardar la identidad de los pacientes participantes se utilizó nombre de Colores, las cuales son símbolo de vida y alegría; actualmente se viene incorporando los colores como tratamiento alternativo: Color terapia, así se usaron: Blanco, Rojo, Amarillo, Azul, Verde, Violeta, Rosado, Celeste....Turquesa) elegidos por ellos mismos, de acuerdo al orden de elección, hasta delimitarlos por saturación, habiéndose realizado veinte entrevistas.

### **2.4 Escenario**

El Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque, se apertura el 2 de Mayo de 1926, en que se inauguraron los nuevos pabellones civiles militares, los que actualmente ocupa y desde entonces lleva la misma nominación; en 1980 la Sociedad de Beneficencia Pública deja de administrarlo, pasando a MINSA, por Resolución Ministerial; según D. S N° 008-97-SA del 31 de Diciembre de 1979, pertenece al segundo nivel de atención de salud del

MINSA, con la categoría II – 1. El hospital atiende a las personas adscritas al Seguro Integral de salud (SIS) y no adscritas en algún tipo de seguro social (EsSalud y otros) de la provincia de Lambayeque; es una Unidad Ejecutora 402 de MINSA, no pertenece a ninguna red, es autónoma, y cuenta con un presupuesto descentralizado<sup>26</sup>.

Tiene como Misión: Prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes, en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona, desde su concepción hasta su muerte natural.

Asimismo su Visión es: Ser un Hospital con usuarios satisfechos por la atención, con trabajadores capacitados, pro-activos y trabajando en equipo; con servicios básicos, infraestructura y equipamientos mínimos adecuados; con gestión democrática e investigando y coordinando la solución a los problemas de salud, de su ámbito de influencia.

Se encuentra situado en la provincia de Lambayeque, ubicado a 11 Km de la ciudad de Chiclayo, Brinda a la población servicios de hospitalización en las áreas de: Servicio Cirugía, Medicina, Ginecología, Pediatría, Neonatología, Obstetricia, Centro Quirúrgico, y Emergencia; y como servicios de ayuda al diagnóstico y tratamiento, Rayos X, Laboratorio Clínico, Farmacia, Programas Preventivo Promocionales (Adulto mayor. Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, TBC, Crecimiento y Desarrollo, Vacunas, Servicio Social), entre otros<sup>26</sup>.

Específicamente, el escenario de la investigación se realizó en el Servicio de Medicina, el cual cuenta con una capacidad de 15 camas, en este servicio se prestan cuidados a personas desde adultos jóvenes hasta adultos mayores, que en este caso, representan son los sujeto de estudio de la investigación.

En relación al usuario que acude a este servicio, provienen de las zonas urbanas marginales, denominados “pueblos” como Mórrope, Túcume, Muchumi, Olmos, que son distritos aledaños, estas personas son de escasos recursos económicos y muchas veces debido a su situación no pueden acceder a comprar medicamentos costosos. Por mes se atienden un promedio de 1000 personas, lo cual sobre carga la demanda y capacidad de atención<sup>26</sup>.

Los diagnósticos clínicos, más frecuentes, están relacionados a enfermedades degenerativas, y crónicas no trasmisibles, como: Diabetes Mellitus descompensada, Hipertensión Arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), algunas veces infectado; con menos frecuencia, pacientes con enfermedades infectocontagiosas como: Neumonía y TBC, para lo cual se dispone de ambientes de aislamiento; para los pacientes

adultos mayores, se permite el acompañamiento de un familiar, que colabora en el cuidado del paciente (sobre todo vigilancia) ya que no todas las camas tienen barandas de seguridad.

Para la asistencia de los pacientes, tiene asignado, un total de 8 médicos (uno jefe de servicio), 06 enfermeras (una Coordinadora funcional), dos de ellas tienen grado de Maestría, y 3 son especialistas, y 5 técnicos de enfermería, hay permanentemente capacitación para todo el personal, mediante los programas de educación continua, generalmente organizado por el Departamento de Enfermería. Los horarios de trabajo están organizados de acuerdo a ley, así cada Enfermera labora 150 horas mensuales, distribuidas en turnos de 12 horas de guardia diurna (mañana y tarde), turnos diurnos (mañana o tarde) de 6 horas y guardia nocturna de 12 horas; los técnicos de enfermería tienen el mismo rol mensual de 150 Horas<sup>26</sup>. En cada turno labora una enfermera y un técnico de enfermería asistenciales.

## **2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se utilizó la entrevista abierta semiestructurada para la recolección de datos, que es aquella que: como su propio nombre indica, el entrevistador despliega una estrategia mixta, alternando preguntas estructuradas con preguntas espontáneas, por ello, permite una mayor libertad y flexibilidad en la obtención de la información. En este caso el entrevistador dispone de un “guión”, que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejan a la libre decisión y valoración del entrevistador<sup>32</sup>.

Marriner<sup>20</sup>, al respecto acota, en el ámbito de un determinado tema, este puede plantear la conversación como desee, efectuar preguntas que crea oportunas y hacerlo en los términos que estime conveniente, explicar su significado, pedir al entrevistado aclaraciones cuando no entienda algún punto y que profundice en algún aspecto; así cuando le parezca necesario, establecerá un estilo propio y personal de conversación.

En la presente investigación la entrevista se adaptó al contexto particular del servicio de medicina, y fue dirigida a los sujetos de estudio (pacientes), para lo cual se propuso preguntas semiestructuradas, que dieron respuestas a las interrogantes de la investigación relacionándolos con el objeto de estudio y los postulados del cuidado humano de J. Watson. La entrevista consignó dos partes, la primera de datos generales para caracterizar a los sujetos de estudio y la segunda con preguntas específicas relacionadas con el objeto de estudio, tuvo una duración promedio de 20 minutos y se realizó en el momento del alta del paciente, en un ambiente del servicio (oficina de la jefe), libre de elementos distractores; la entrevistadora se

ayudó de un cuaderno de campo para registrar el lenguaje no verbal del paciente, así como el tono de voz, los silencios etc., que permitieron una mejor interpretación de lo versado, esta fue grabada e inmediatamente transcrita, con la mayor precisión, para no perder detalle alguno.

## **2.6 Procedimiento**

Este estudio de investigación se inició con el planteamiento y delimitación del estudio, determinación de los objetivos, la interrogante de investigación, elección del método y la recolección de datos; para lo cual se solicitó el permiso institucional, a través de la enfermera Jefe, a quien se le informó de manera pormenorizada, el fin y objetivo de la investigación y el uso del consentimiento informado, para el paciente que accedió a participar.

Posteriormente se realizó la entrevista semiestructurada, previo la firma del Consentimiento Informado, se contó con un ambiente que permitió mantener su privacidad, favoreciendo así la participación de las personas, (oficina de la Jefe) se explicó en qué consistió la entrevista, los objetivos de la investigación, sus derechos en la participación; así mismo supieron que fueron grabadas, teniendo una duración promedio de 20 minutos, fueron anónimas y voluntarias, de este modo se respetó los principios éticos.

Inmediatamente después, se procedió a desgravar uno a uno los archivos digitales de audio y a realizar la transcripción respectiva de cada conversación, guardando con discreción lo que manifestaron los entrevistados, esto se realizó con el propósito de identificar errores y de este modo, ir perfeccionando los resultados que se obtuvieron. Durante la entrevista, se consideró una postura natural, evitando aquellas que reflejen prisa, o impaciencia, así como se procuró dar libertad de expresión al entrevistado, en un ambiente cordial y cómodo, para el desarrollo de la entrevista; así también se registraron las manifestaciones no verbales del paciente, que posteriormente ayudó a una mejor interpretación de lo vertido.

## **2.7 Análisis de datos**

Los datos obtenidos, fueron evaluados a través del Análisis de Contenido; que es el proceso de identificación, codificación y categorización de los principales ejes de significado subyacente en los datos. Va más allá de la descripción de los componentes obvios y visibles de los datos para interpretar, realizar una abstracción de estos; accediendo así al significado oculto de los mismos. El análisis del contenido latente implica una primera fase de

organización, procesamiento y análisis de datos para, posteriormente trabajar en la abstracción e interpretación de los mismos<sup>11</sup>.

El Análisis de Contenido, nos ofrece la posibilidad de investigar sobre la naturaleza del discurso; es un procedimiento que permite analizar y cuantificar los materiales de la comunicación humana. En general, puede analizarse con detalle y profundidad el contenido de cualquier comunicación: en código lingüístico oral, icónico, gestual, gestual signado, etc. y sea cual fuere el número de personas implicadas en la comunicación (una persona, diálogo, grupo restringido, comunicación de masas...), pudiendo emplear cualquier instrumento de compendio de datos como, por ejemplo, agendas, diarios, cuestionarios, encuestas, test proyectivos, libros, anuncios, entrevistas, radio, televisión.<sup>32</sup>

En esta investigación, se analizaron los contenidos de los discursos emitidos por los sujetos de investigación, haciendo una evaluación y rescatando aquellos que tengan significancia para poder comprender las percepciones que tienen los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina, en relación al Cuidado Humanizado, en concordancia a la bibliografía especializada sobre el tema, de manera particular la Teoría del Cuidado Humano de J. Watson, así como los resultados de otras investigaciones sobre el tema, la experiencia de la investigadora, también aportó elementos interpretativos para el análisis de los discursos, finalmente se presentó el informe final, para luego del proceso de sustentación, proceder a su publicación de acuerdo a normas Institucionales.

## **2.8 Criterios Éticos**

Los principios éticos que se utilizaron en esta investigación fueron desde la óptica de la Ética Personalista de Elio Sgreccia<sup>36</sup>, así se consideró:

El principio defensa de la vida humana, que implica que todas las dimensiones del ser que participan, integran o expresan la dignidad personal, son objeto de respeto. Tales dimensiones, tienen sentido en el todo de la persona y no pueden ser consideradas como un medio disponible para la maximización de lo útil o placentero. Por ello, en el presente estudio se consideró a todos los sujetos como seres humanos íntegros, entendido en todas sus dimensiones, por ello no se consintió afectación alguna de su integridad física mental y espiritual, en todo momento se mantuvo la alerta para observarlos, no habiéndose suscitado situación de riesgo alguno, en el desarrollo de las entrevistas, en ningún momento se le trato

como instrumento u objeto de estudio, sino como sujeto con cuerpo-alma y espíritu, tampoco como fin, porque la persona es un fin en sí mismo.

El principio de la Libertad y Responsabilidad; una persona tiene la libertad para conceder o no la intervención sobre sí; este es un punto importante, tiene a la vez la responsabilidad de que su elección esté en consonancia con su propia dignidad y con lo que él es; mientras que una persona consigo misma tiene un compromiso de respeto, puesto que ni él se ha hecho a sí mismo ni él se da la dignidad y el valor que tiene. Es así que todos los sujetos de investigación tuvieron la libertad de decisión con respecto si participan o no en la investigación, asumiendo la responsabilidad de esa selección con la firma del consentimiento informado y dando sus manifestaciones dentro del marco de la veracidad.

También el investigador asumió la responsabilidad de no manipular la información, sino analizarla y comprenderla como una fuente importante de indagación, no haciendo cuestionamientos o juicios a sus discursos; ya que al considerar a la persona como ser humano y su libre decisión de participar en la investigación, el sujeto se hace responsable de su propio obrar ante sí y ante los demás; la libertad es factualmente posible si se respeta la libertad de los demás, esta libertad implica responsabilidad del investigador y los participantes de la investigación.

Por último se consideró el principio de Socialización y Subsidiariedad, según el cual la persona está inserta en una sociedad que debe tender al bien común: por tanto cada hombre es responsable de su salud y también lo es de la salud de los demás; complementariamente, “todo el bien que puede hacer la persona misma, la familia y las asociaciones, debe ser respetado”<sup>37</sup>. En este estudio, se consideró a la persona como fuente y fin de la sociedad, además que al participar en la realización de la investigación, colaboró con resultados que enriquecerán la ciencia de enfermería, ya que sus discursos fueron los insumos para la construcción y práctica del Cuidado Humano, mismo que podrá extenderse a otras instituciones, cuyo contexto sea lo más semejantes posible, para lo cual la investigadora lo describió minuciosamente.

## **2.9 Criterios de Rigor Científico**

Hoy en día todas las investigaciones deben basarse en Criterios de Rigor Científico, los cuales confirmen y den veracidad al trabajo realizado<sup>38</sup>, la presente Investigación Científico,

tuvo en cuenta, para dar cientificidad a la investigación, los siguientes criterios: Credibilidad, Transferibilidad, Auditabilidad o Confirmabilidad.<sup>39</sup>

La credibilidad, alude a la confianza en la veracidad de los descubrimientos realizados en una investigación, que exista un isomorfismo entre los resultados de la investigación y de las percepciones de que el sujeto participante posee de la realidad estudiada, en cuyo caso el investigador ha captado el significado completo y profundo de las experiencias de los participantes, particularmente de aquellas vinculadas con el planteamiento inicial del problema. Este criterio estuvo presente en la investigación, al considerar los discursos emitidos por los participantes en su totalidad; sin distorsionar la información, mostró los hallazgos de la investigación, aún que estos, en algunos momentos no fueron favorables a las concepciones particulares del investigador, sobre el tema Investigado; del mismo modo, se reafirmó los testimonios al mostrar la transcripción de las entrevistas a los sujetos de investigación, quienes comprobaron que la transcripción de la información, es concordante con lo que ellos expresaron.

La transferencia o aplicabilidad, consiste en exponer la trayectoria metodológica con exactitud, de modo que otros investigadores puedan seguirla y lograr resultados similares, pero en contextos y realidades semejantes, es decir, será capaz de ser transferido a otros contextos. Este criterio no se refiere a generalizar los resultados a una población más amplia, ya que esta, no es la finalidad de un estudio cualitativo, sino que parte de estos o su esencia puedan aplicarse en otros contextos; es así, que en este estudio se describió con minuciosidad el contexto desde la infraestructura, la organización, el propósito o misión características de los pacientes y condiciones laborales del personal, de tal manera que pueda ser de utilidad al mayor número de personas.

El tercer criterio considerado fue la Auditabilidad, este criterio, se refiere a que otro investigador puede seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello se necesita un registro de documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación al estudio. Esta estrategia, permitirá que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original, siempre y cuando, tengan perspectivas similares. Por ello, en la investigación se hizo evidentes los instrumentos utilizados, el procesamiento de la información y los resultados, que sirvieron como guía de comprobación de los resultados finales, organizados en archivos escritos y audibles; mismos que se reservaran hasta por 3

años, tanto su transcripción original (versión original) como aquellas en la que se aprovecharon datos relevantes (unidades significativas).<sup>39</sup>

### **CAPÍTULO III: RESULTADOS Y ANÁLISIS**

Revisados los discursos, identificadas las unidades de significado, correlacionadas por similitudes semánticas y evaluadas de acuerdo a los supuestos de J. Watson, se construyeron las siguientes categorías y sub categorías que a continuación se exponen.

#### **CATEGORÍA I: EL CUIDADO INTERPERSONAL VALORADO POR EL PACIENTE.**

##### **Sub categorías:**

- 1.1 El cuidado Interpersonal valorado por el paciente como satisfactorio.
- 1.2 El cuidado unilateral valorado con insatisfacción por el paciente.

#### **CATEGORÍA II: GENERAR UN ENTORNO DE APOYO, PARA GARANTIZAR EL CUIDADO SEGURO.**

#### **CATEGORÍA III: LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO SEGURO EN EL HOGAR A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN SANITARIA INTERSUBJETIVA.**

#### **CATEGORÍA IV: EL CUIDADO HUMANO UNA EXPERIENCIA FUNDAMENTAL QUE IMPLICA LA PRÁCTICA DE VALORES.**

#### **CATEGORÍA V: PERMITIR LA EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS PARA ESTABLECER UNA RELACIÓN DE AYUDA Y CONFIANZA.**

#### **CATEGORÍA VI: LA FE: COMPLEMENTARIEDAD INTERNA DE LA PERSONA EN EL CUIDADO HUMANO.**

## **I. EL CUIDADO INTERPERSONAL VALORADO POR EL PACIENTE**

Cuando se habla del cuidado Interpersonal, se considera que este: debe ir más allá de una observación y cuidados precisos del paciente, porque implica cuidados relacionados con la relación interpersonal, el cual exige responsabilidad y efectividad, que permitan satisfacer las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales del paciente. Esto se logra por medio de la comprensión, dedicación, e intimidad, facilitando al paciente expresar sus sentimientos<sup>41</sup>. La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana, así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud<sup>20</sup>, este tipo de cuidado, que de alguna manera describe el binomio del cuidado (enfermera-paciente), es percibido por el paciente, cuando este se da como cuidado eficaz, de calidad, que les satisface; caso contrario, genera queja, insatisfacción y la percepción de que como persona se les relega solo a ser pacientes, estas dos situaciones un tanto antagónicas, percibidas por los pacientes, tienen una significativa explicación en las siguientes sub categorías:

### **1.1 El cuidado Interpersonal valorado por el paciente como satisfactorio.**

Para el cuidar, es necesario poseer conocimientos que le permitan a la enfermera ser reconocida por el paciente, como una profesional experta en el cuidado de la salud, por lo que se espera, que el más alto resultado del conocimiento de enfermería, se compruebe a través del contacto cálido y afectivo (llamarla por su nombre) y en situaciones prácticas a través de la interacción enfermera-paciente, lo cual debe ser percibido por el paciente, como una cualidad que le da sentido humano al cuidado. Por otra parte, el cuidado que exige una relación interpersonal, demanda habilidades que adquiere el cuidador en el día a día y ésta es percibida con satisfacción por el paciente, lo cual la hace trascender y establecer la relación persona a persona de manera satisfactoria<sup>42</sup>. Esta percepción personal de competencia, en donde el paciente no solo valora la destreza, la confianza en sí, la habilidad en la relación y en la comunicación, de la enfermera, sino que despierta principalmente en el paciente su interés y atención, para producir un cambio en su comportamiento, porque se siente parte del cuidado, logrando que sus percepciones del cuidado valorados como un binomio interpersonal, percepción avalada en los siguientes discursos:

*...había mucha relación entre las dos, aunque no con todas... algunas se acuerdan como uno se llama, ...entonces eso me hace sentir que tienen interés por mí, y yo lo agradezco...ROJO*

*.... muy atentas, amables ayudándome siempre, más aun que no soy de aquí, mi familia para que venga está muy lejos, pero no me siento sola, las he sentido parte de mi familia, ... al ingreso de su turno me preguntaban como esta, como me siento, si presento algún dolor, siempre me llaman por mi nombre como esta en la tablita, me siento como una persona no como desconocida, como en otras experiencias cuando estuve en otro hospital...MARRÓN*

*...se han acercado hacia mi dándome la mano, tocando mi cabeza o palmeándome para decirme mi nombre y hablándome para saber cómo estoy... en algunos momentos se acercaron a preguntarme como me encontraba, sé que su tiempo es oro porque atienden muchos pacientes, pero el que me acaricie cuando venían ...me hacía sentir bien ( muy emocionada) CELESTE*

Los discursos evidencian que en la relación interpersonal, se valora de manera especial el que la enfermera se muestre con una actitud de acogida que desde el primer encuentro con el paciente le da la bienvenida saludándola, llamándola por su nombre y ofreciéndole una sonrisa, así lo experimentan la mayoría de pacientes, de tal manera que: la práctica de la amabilidad amorosa y de la ecuanimidad dentro del contexto de la conciencia del cuidado<sup>20</sup>, potencia el cuidado interpersonal.

Por otro lado, los pacientes valoran que el cuidado no se dé a la distancia, todo lo contrario, valoran el acercamiento, el contacto que la enfermera tiene con ellos, que refuerza el cuidado interpersonal, esa actitud incluso tiene efectos terapéuticos, por ello lo que se denomina táctésica en la comunicación no verbal, en el cuidado se conoce como toque terapéutico; descrito como una de las formas, más importantes, de la comunicación humana; además de los sentimientos que transmiten, pueden ayudar a reducir el miedo y la ansiedad en el otro, proporcionando bienestar físico - ser- y psicológica<sup>43</sup>. Se debe resaltar, que la enfermería ejerce papel fundamental en ese contexto, ya que es ella, la que está en contacto directo y más profundo con la población enferma, siendo capaz de proporcionar calor humano, amor y atención comprensiva, en la intención de recuperar la salud de la persona enferma, ese calor humano puede ser transmitido a través del toque terapéutico, esta

manifestación puede, en la mayoría de veces, transmitir sensación de bienestar, seguridad, comprensión, respeto, proximidad y cuidado para quien lo recibe.<sup>44</sup> misma percepción que se verbaliza como: *“el que me acaricie cuando venían ...me hacía sentir bien”* y reafirmada en la emoción con la que lo manifiesta.

A la par, se puede apreciar que el cuidado interpersonal, es percibido por el paciente como el respeto a la persona, como por ejemplo valoran el llamarlo por su nombre, también el fomentar el acercamiento, puede sustituir muchas veces a la familia, es decir, reconocer al paciente como persona que al decir de Kant<sup>45</sup>: es el sujeto de acción moral, que actúa de un modo autónomo y guiado por la razón, la cual merece un respeto, pues es capaz de comportarse moralmente, y por ello tiene una dignidad que nada ni nadie le puede arrebatar.

Contrariamente a esta percepción valorada de manera positiva, también este cuidado puede darse de manera vertical, unilateral, con ausencia de una relación interpersonal afectiva, es decir, la enfermera cumple el tratamiento, pero ignora la necesidad de interrelacionarse con el paciente, lo cual ocasiona una percepción negativa del cuidado que recibe, situación que se revela en la siguiente sub categoría.

## **1.2. El cuidado unilateral valorado con insatisfacción por el paciente**

El cuidado, la relación paciente - enfermero, es el objeto de estudio y esencia de la Enfermería, éste suele ser imperceptible, debido a que en ocasiones, la propia dinámica del servicio o el poco valor agregado que se les otorga los torna como algo secundario. Todo enfermero sabe, y hace propio el hecho de que cuidar es un arte, cuya obra se compone de colores, contrastes, formas y sonidos, que al contemplarse forman un todo único e indivisible. Como señala J.Watson<sup>8</sup>, los seres humanos, no pueden ser tratados como objetos porque no pueden ser separados de su personalidad, ni de su entorno social y natural, ello destaca la importancia que debe darse al cuidado que se brinda a los pacientes, para intentar erradicar de la práctica la despersonalización, que en ocasiones se genera en el ambiente del área de Medicina, lugar en el que se atienden personas en situaciones de gran vulnerabilidad.

Por ello, debe procurarse como parte del cuidado humano, reconocer que la recuperación de la salud en un ambiente "despersonalizado" puede comprometer el bienestar de las personas, enfrentándolos a vivir experiencias por demás aflictivas, desconcertantes y

dolorosas, que ponen en riesgo este proceso. A demás, tener en cuenta que si la enfermera (o) no logra “conectarse” en una relación interpersonal con el otro, es decir con el paciente, se genera más daño que cuidado, esta percepción de los pacientes se evidencia en los siguientes discursos:

*...algunitas me miraban bien serias, ellas no dan confianza...no te prestan atención, y les incomoda que les estemos preguntando,... como que no les interesa lo que me pasa, solo entran, te ponen el tratamiento y ¡ya!!... a veces ni responden ¿y que se puede hacer ante eso? ... nada pues señorita... pero así no debe ser...esos modales nos hacen mucho daño (algo enojada) ROJO*

*... una que otra no era muy amable, muy serias, no me hablaban casi, solo venían a verificar si estaba pasando mi medicina, y se iban y es más, venían con sus mascarillas, solo se le notaba sus ojos...ni siquiera sabía su nombre porque no me lo decía... a veces no les gustaba que le estemos llamando a cada rato, es que se me movía la vía y no pasaba, allí me decían con voz fuerte que no debo moverme mucho, para que pase el medicamento,... que también tienen más cosas que hacer... eso me causaba más dolor que mi enfermedad...ANARANJADO*

El cuidado humano, propugna la acogida no posesiva, que se manifiesta con volumen moderado del habla, una postura relajada, abierta, y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones<sup>45</sup>; los discursos prueban que cuando se omite estas características, el paciente percibe un cuidado falto de humanidad, unilateral, toda vez que el cuidado interpersonal se caracteriza por cumplir lo esencial, que es la relación de ayuda, el abordaje holístico de la persona cuidada, la detección de sus necesidades básicas y desarrollar la influencia terapéutica de la personalidad del cuidador, ante el paciente, esto demanda una serie de actitudes que preparan el clima necesario, para una relación interpersonal productiva, que mejore el cuidado de las enfermeras<sup>45</sup>.

Es bien cierto que de no conocerse datos del paciente, como su nombre, procedencia, cultura, preocupaciones etc. genera la despersonalización del cuidado, una relación unilateral, vertical, autocrática e inefectiva, donde no se tienen en cuenta los deseos del paciente y la enfermera prioriza, aquellas necesidades que ella considera más convenientes, hasta lo que es más necesario para ella (*no se mueva para que pase el*

*medicamento...*), postergando la necesidad afectiva, generada tal vez por una percepción física, como el dolor.

Es importante recalcar que es muy frecuente que el paciente no sepa el nombre de “su enfermera”, ellos perciben que no existe un contacto visual de reconocimiento del otro (uso de mascarilla), la enfermera cree que el enfermo es culpable de esta “mala relación”, generando cierto grado de hostilidad y resentimiento, (hablar en voz alta) justificando la “deshumanización”<sup>46</sup>; por consiguiente, se despersonaliza la atención de los mismos; porque no se organiza el tiempo necesario para crear una relación empática en el cuidado, y este es percibido y valorado con insatisfacción por el paciente, alejándonos de la esencia del cuidado: su humanidad.

## **II. GENERAR UN ENTORNO DE APOYO, PARA GARANTIZAR EL CUIDADO HUMANO Y SEGURO.**

Para Watson<sup>4</sup>, la creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural se convierte en: “creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”, las enfermeras deben reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos, por lo que el cuidado de enfermería debe lograr que una persona, con problemas reales o potenciales de salud, reciba una atención de enfermería segura y eficiente, teniendo como finalidad lograr su máximo bienestar y la satisfacción de sus necesidades, por lo que es esencial, a la hora de manejar el término de prioridad en el cuidado, proporcionar una visión del arte del cuidado humanizado y organizado a través de un trato cordial y amistoso, con calor humano, que da comodidad y seguridad, que deriva en sentimientos de bienestar para el paciente<sup>48</sup>.

La enfermera, al ofrecer y realizar los cuidados propios de la profesión, actúa de manera autónoma; teniendo una responsabilidad importante en el logro de un ambiente que favorezca la toma de decisiones íntegras, decisiones que representan una respuesta racional a los problemas sin dejar nunca de lado los intereses de los pacientes. Los cuidados han de ser de calidad, deben aplicarse con rigor los conocimientos disponibles y ser satisfactorios para el destinatario de manera que dichos conocimientos sean eficazmente utilizados para obtener el máximo beneficio, con el mínimo riesgo, y el máximo bienestar, con el mínimo sacrificio. , Los mismos pacientes expresan esta percepción en los siguientes discursos:

*...me decían que no mueva mucho mi mano, para que no me estén hincando ya que mis venitas no se ven, ...ya pues cuero viejo señorita (entre risas),... algunas en las noches venían a revisarme y preguntarme si no se me ofrecía algo, venían a verificar si estos fierritos (señalando las barandas) estaban bien puestos, para que en la noche no me vaya a caer y eso me gusto, porque ella siempre estaba pendiente a que no me haga daño, (caídas) ... uno siente que hay personas buenas...VERDE*

*... cuando me curaban, la enfermera estaba siempre atenta a todo lo que necesito en ese momento, ya que me causaba mucho dolor, pero ella me decía: ... tranquila mamita..., respira,... bota,... ya falta poquito, ya terminamos,... me sentía acompañada, parecía mi familiar...a veces me regalaba el medicamento, para cumplir con la medicina que me dieron... ¿más segura?... en ningún sitio creo...ROSADO*

*...todas las enfermeras me ponían rapidito el suero, (acceso venoso)... no me hacían doler, se nota que tienen experiencia y si saben lo que tienen que hacer,...también al entrar al servicio, me buscaban una cama con barandas para no caerme y más para estar cómoda, sin miedo a caerme, segura... tuve mucha ayuda por parte de ellas, no me quejo, me han tratado como a un familiar... todo bien organizado FUCSIA*

En los discursos, los pacientes refieren que las enfermeras que estuvieron a su cuidado, siempre estaban pendientes de protegerlos de lesiones o agentes externos, como lo manifiestan “venían a verificar si estos fierritos (señalándolas barandas) estaban bien puestos...no me vaya a caer” o “me buscaban una cama con barandas para no caerme”, todos estos gestos permitieron enlazar confianza, comodidad para el bienestar del paciente, recalcando que un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir a la enfermera la mejor acción en un momento determinado<sup>46</sup>, que se evidencia en la práctica de un cuidado seguro; enlazándose todo esto, a la sensibilidad que toda enfermera debe tener, para actuar con responsabilidad y ayudar al paciente en su proceso de enfermedad<sup>47</sup>,\_ complementariedad que lo hace humano.

Por otro lado su capacidad de elegir lo mejor para el paciente, no es un hecho aislado, deviene de la práctica de valores avalada en el Código de Ética y Deontología del CEP<sup>7</sup>, que establece que la enfermera será responsable de actualizar constantemente sus conocimientos, es decir, que tiene el deber de mantenerse idóneamente preparada, para

responder eficientemente a las dificultades del cuidado, que denoten que “tienen experiencia”, utilizando el método de cuidado que no genere lesiones ulteriores, sino todo lo contrario genere seguridad en un marco de humanidad que la distinga.

Por tanto, las enfermeras están directamente implicadas en la provisión de un ambiente seguro, en el cual las personas puedan desenvolverse sin sufrir daños y en el que perciban una sensación de seguridad. No debe olvidarse, que el paciente hospitalizado experimenta una dualidad, en tanto que el hospital se convierte en el control de la situación de salud que le aqueja, pero la separación familiar y el cumplimiento de normas que rigen a las instituciones de salud, le representan sentimientos de inseguridad<sup>48</sup>, lo cual se puede evidenciar en el siguiente discurso:

*...bueno que le puedo decir...me gustaría que algunas pongan más empeño en su trato, que se acerquen más, nadie me dio una mano... que dejen a un familiar para que nos ayuden, ya que a veces no les alcanza el tiempo...yo ya no puedo caminar sola y me puedo caer... a mi edad nadie está seguro y ellas nos deben ayudar...VERDE CAÑA*

Al respecto, podríamos decir que en todo entorno, podemos encontrar diferentes cuidados con varios matices, pero la esencia es la que no debe variar, ese “me gustaría que pongan más empeño”, debe ir cambiando, para ello resulta importante también, realizar una mirada a las necesidades que como personas tiene el profesional de enfermería y poder brindarle condiciones adecuadas para el cuidado seguro, ir moldeando el ambiente y hacerlo cada vez más seguro, pues las condiciones en las que trabaja el profesional, también afectan la forma de cuidar, esto sin ánimo de querer justificar la falta de humanidad en el cuidado, tampoco la exclusión del familiar acompañante, por considerarlo “un juzgador del cuidado”, quien es reclamado por el paciente, como una forma de ayuda para su seguridad.

La queja que manifiesta el paciente, de no incorporar a su familiar como parte fundamental en su cuidado limita a que el familiar y al propio enfermo conozcan de su enfermedad y como puede afrontar y fomentar los cuidados diarios<sup>49</sup>, mismos que serán necesarios para continuar el cuidado en el hogar, toda vez que la mayoría de ellos tienen enfermedades crónicas que incluyen cuidado y procedimientos personalizados para su control, ellos reconocen que la presencia del familiar, en el periodo de hospitalización, no solo ayuda al cuidado seguro hospitalario, sino que los prepara para el cuidado en el hogar, situación que se describe en la siguiente categoría.

### **III.- CONTINUIDAD DEL CUIDADO SEGURO EN EL HOGAR A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN SANITARIA INTERSUBJETIVA.**

La enfermera, es un recurso competente para los pacientes, proporciona información y genera habilidades que facilitan que los pacientes asuman conductas más saludables, fomentando un cuidado seguro a través de la enseñanza y aprendizaje, para ayudar a adquirir conocimientos y a la vez aprender a cambiar actitudes existentes<sup>49</sup>, mediante la educación sanitaria, identificado como el instrumento básico, en la promoción de la salud y en la acción preventiva, que le permite al paciente y su familia involucrarse en su cuidado, de manera eficiente; sobre todo porque no todos los pacientes se recuperan totalmente de su enfermedad y tienen que aprender a afrontar las alteraciones permanentes, por lo que la capacidad de la familia, de proporcionar apoyo, proviene en parte de la enseñanza de la enfermera, quien debe planificar programas de enseñanza efectivos, concordantes con las necesidades de los pacientes y las aptitudes de las que él y su familia disponen.<sup>50</sup>

Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje, que atienda a la unidad del ser y de su sentido, tratando de mantenerse en el marco referencial del otro. Este factor de cuidado, es el que más ayuda al paciente a ser partícipe activo del estado de su propia salud y a tomar las decisiones en pos de mantenerla, recuperarla, mejorarla, o en otros casos a prepararse para determinados eventos. La enfermería como profesión ha estado muy ligada a la educación en salud; sin embargo, como indica Urra<sup>46</sup>, citando a Watson, la educación que se brinda es ante todo información, concretizada en una lista de acciones a realizar o a evitar, dicha información, no se apropia de un sello que la distinga de otros modos de obtenerla.

Las enfermeras como educadoras requieren establecer una relación intersubjetiva para otorgar una educación personalizada y dirigida, que persigue un cambio positivo y proactivo de los pacientes, cambio que según Watson<sup>45</sup> es difícil de obtener, si no se incorporan nuevos paradigmas, esto le permitirá a la enfermera, aprender a identificar la disposición de los pacientes y a motivar el interés en el aprendizaje, cabe recalcar que los cuidadores familiares requieren tanta educación como el paciente, por lo tanto es de suma importancia involucrarlos en el cuidado en casa y ambulatorio; de allí la necesidad de que en el tiempo de hospitalizado, su familiar permanezca en la habitación, para que a través de los cuidados realizados por la enfermera, le explique de cómo, cuándo y de qué forma deben realizar el acto de cuidado.

Además, este contacto (educación sanitaria) permite identificar posibles barreras para lograr estos objetivos, las cuales pueden ser de orden cultural, educativo, religioso, de accesibilidad, entre otras y deben ser superados, solo así, se estará promoviendo una educación sanitaria intersubjetiva, vínculo que ocurre en la comunicación afectiva o intelectual entre dos o más personas, en este caso, entre la enfermera como educadora y el paciente y su familia, futuros colaboradores del cuidado en casa; cuando esto ocurre, el paciente se considera involucrado en su cuidado como su propio cuidador, y el familiar como el gran colaborador; esta percepción se manifiesta en los siguientes lexías:

*...la enfermera me explico sobre los medicamentos que tenía que tomar en mi casa...lo repitió varias veces hasta que yo no me equivocara, me explico los alimentos que debía comer...me los presento con dibujos y como debía prepararlos, por ella me contacte con la dietista,... también le dijo a mi familiar que no se olvide de sacarme mi cita para que me vea el medico...ya que no puedo quedarme sin control ni medicinas...soy hipertensa eso lo entendí muy bien...me despedí de ella con un abrazo... ROJO*

*La enfermera nos explicó a mí y a mi familiar cómo debía de cuidarme y tomar mi medicina, yo soy diabético... ella me decía que era joven y por lo mismo tenía que cuidarme viniendo a mis controles...su entusiasmo me daba valor...también le enseñó a mi familiar como medirme la glucosa con esas tiritas y le apunto a mi papa los valores normales de la glucosa, para que en cualquier momento que este elevada, y necesite de insulina, me la coloquen de inmediato ...le enseñó como ponerme y dosificarla, con mucha paciencia porque no es fácil... al final me despidió con estas palabras : ... vas a casa y ahora queda solo cuidarse...de ti depende... CELESTE*

*...bueno, como usted sabe, tuve mi herida en el dedo gordo, porque tengo diabetes, una enfermera nos explicó a mí y a mi familiar, con la ayuda de sus alumnas, muy lindas ellas,... me indicaron a través de unas imágenes que podía comer y que no, para no elevar mi glucosa, y bajar de peso... la enfermera muy preocupada por mí me tomaba de la mano y me ayudaba a caminar para no estar sentada mucho tiempo en el día, me decía en su casa tiene que salir a caminar, cuando ya esté mejor de su pie, y que venga a mis controles, que no me deje,... que aprenda a quererme, que mi salud no es un juego, lo decía tan convencida que seguro no me voy a olvidar de nada de lo que me dijo...FUCSIA*

Todos los pacientes, al ser dados de alta deberían recibir instrucciones escritas o material educativo (paciente o cuidador) en el momento del egreso o durante la estancia en el hospital, reiterando la educación en el conocimiento de la enfermedad, además de los aspectos del tratamiento farmacológico y el autocuidado<sup>51</sup>. Las acciones de la educación que realiza la enfermera previa al alta son temas básicos como lo manifiestan los pacientes en sus discursos: signos y síntomas de la enfermedad, empeoramiento de los síntomas, toma de la medicación, dieta, monitorización del peso diario y actividad física<sup>50</sup>.

Sin embargo no debe olvidarse que la educación sanitaria es un proceso intersubjetivo, que va más allá de la mera información que es un componente de la educación, pero no el todo. Si bien se han dado importantes pasos en este rubro, no es menos cierto que por escasez de tiempo, o motivación, se suele seguir informando a los pacientes, sin educarlos, y sin educarse a través de ellos, ya que la educación es un proceso de retroalimentación para ambas partes, y no una mera entrega de conocimientos; es intersubjetiva porque genera un vínculo afectivo, que conlleva a la participación. La educación en salud, efectuada por profesionales de la salud, requiere otorgar una educación personalizada y dirigida<sup>51</sup>. La educación en salud persigue un cambio positivo y proactivo de los usuarios, de esta manera se influencia en ellos, como lo manifiestan los pacientes en sus discursos, y también hace que lo aprendido, surja en la memoria del paciente y su familiar comprometido en el cuidado, garantizando la continuidad del cuidado humano y de calidad, mediante la práctica de la educación sanitaria intersubjetiva.

Se agrega a ello, que hay que reconocer que no todas las enfermeras están aptas a tomar estas acciones de educación sanitaria para el paciente o el familiar, de manera afectiva y personalizada, esta limitación a veces se atribuye a la carga laboral, y si se realiza solo va orientada a la información, mas no a la educación, perdiendo muchas veces la oportunidad de involucrar al paciente en su cuidado, aplicando una actividad autónoma de la profesión; esta situación es percibida con profundidad por el paciente y sus familiares, y así lo manifiestan:

*...bueno la enfermera estaba muy ocupada y fue algo rapidito que le explico a mi hija... ella casi no entendió nada, tuvo que preguntar a otra persona y para variar me dijeron que lo demás me lo explicaba el doctor... no fue atenta a mis preguntas, solo me dijo como tomar*

*mis pastillas...no me explico de mis alimentos, ni de mis citas médicas... a pesar que estaba mi hija que entendería más que yo, que ya estoy de edad...VERDE CAÑA*

*...solo me dijo le van a dar una receta, y tiene que hacerlo como está indicado aquí, cuando venga su familiar le dice que me vea.... como estaba ocupada con una llamada... me dijo hay un joven que te va explicar más detallado... (Interno de medicina) no tuvo la amabilidad de explicarme nada...cuando llegue a mi casa veré lo que hago...por lo menos sé que pastillas tomar porque está escrito y con sus horas...una pena que no estuvo mi familiar...ROSADO*

La educación sanitaria que se brinda al paciente, es uno de las funciones más importantes para una enfermera, ya que a través de ella se afianza la autonomía de su desempeño, sin embargo los discursos evidencian una postergación y delegación innecesaria, lejos de la práctica del cuidado humano, proporcionando a los pacientes la información, que según J. Watson es un componente de la educación, pero no el todo, donde no se garantiza la continuidad de los cuidados desde el hospital hasta el domicilio; no es menos cierto que por escasez de tiempo, o motivación, se suele seguir informando a los pacientes, sin educarlos, y sin educarse a través de ellos, ya que la educación es un proceso de retroalimentación para ambas partes, y no una mera entrega de conocimientos<sup>46</sup>.

Educar al paciente contribuye a mejorar la calidad de los cuidados y cambia las conductas para mejorar los resultados de mejora en el paciente, por tanto la enfermera que no accede a la responsabilidad de educar al paciente y prepararlo para continuar sus cuidados, con la seguridad que requiere y de la mayor calidad posible, está actuando contrario a la práctica de un cuidado de calidad científica, esencialmente humano, a su vez, pospone la práctica de valores, tan esenciales para la práctica del cuidado humano, una experiencia profesional que no puede ser postergada, misma que se fundamenta en la siguiente categoría.

#### **IV. EL CUIDADO HUMANO UNA EXPERIENCIA FUNDAMENTAL QUE IMPLICA LA PRÁCTICA DE VALORES.**

La práctica de enfermería, debe sustentarse sobre un sistema de valores que refleje el cuidado humano, este se muestra como un valor esencial en la vida de las personas, es fundamental y es la esencia del ideal moral de la enfermería, cuya finalidad es protección, crecimiento y preservación de la dignidad humana<sup>52</sup> que se demuestra como un valor moral que la enfermera aplica en su diario quehacer.

Esta práctica de valores, debe combinarse con el conocimiento científico que guía la acción de la enfermera, por ello, es esencial que el paciente se sienta respetado, acogido por el profesional de enfermería a su cuidado; al respecto J. Watson<sup>52</sup> otorga gran importancia a la formación moral en el cuidado humano, aspecto muy olvidado en la formación profesional, que brinde las herramientas necesarias, para comprender las dinámicas sociales, culturales y psicológicas de los individuos.

Esta premisa, trae a colación, considerar que en el HPDBL el 80% de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina, son personas que provienen de los caseríos aledaños de los diferentes distritos de la ciudad de Lambayeque, muchos de ellos no cuentan con educación básica y son de estatus económico pobre, con variada cultura, prácticas religiosas, idioma, forma de vestir, diferentes, que los hacen impares en el amplio sentido de la palabra, por tanto, la enfermera tiene que recordar que cuida a seres humanos diferentes y únicos, consideración que se cumplirá en la medida que aplique la práctica de sus valores, que en el desempeño profesional, constituyen ejes, en torno de los cuales giran sus actividades y de donde sube la espiral de su excelencia<sup>53</sup>.

Al respecto J. Watson<sup>54</sup>, opina con certeza, que los valores se aprenden a lo largo de la vida, ello se inicia en la niñez, haciendo que las personas se comporten de una manera u otra, a la hora de relacionarse con los demás, bien sea en el ámbito personal o en el laboral, mismos que son reflejados por cada una de ellas, de diferentes modos, en función de su experiencia, intereses y capacidades. Motivo por el que no existe una uniformidad de aplicación entre los profesionales de enfermería. Entre estos valores, relacionados directamente con la profesión, se encuentran la empatía, el respeto, la responsabilidad la compasión, y el amor<sup>51</sup>, los cuales, aplicados en su actuar son claramente percibidos por los pacientes; en relación a ello expresan lo siguiente:

*... me preguntaban con cariño como he estado, como he dormido, como he amanecido...me gusta que siempre me llamen por mi nombre, hay una tablita que dice como me llamo... aunque otros se olvidan... lo bueno es, que si les he preguntado sobre algo que no entendí y mi familiar tampoco, me ha respondido con amabilidad, respetando que no soy muy leído y con paciencia... aunque algunas medias apuraditas, pero para que, me han ayudado y tratado muy bien...ROSADO*

*...siempre me han tratado con mucho respeto... yo veo mucha dedicación, amor en su trabajo, se presentaban cuando iniciaba su turno, muy ágiles, me revisaban todo, estaban siempre pendiente de mi suero, de mi medicina, de mi presión... todo a su hora...algunas enfermeras me conversan, aunque estén muy ocupadas... me escuchaban con paciencia porque soy sorda...cuando sentí dolor llame a la enfermera, venía a verme y colocarme el medicamento rápidamente,... no me dejó sufrir por el dolor... ANARANJADO*

*... me hablaban siempre mirándome a los ojos, y eso me gusta, porque siempre he sabido que a través de la mirada se sabe cómo es la persona, eso no me falla... se acercaban a verificar el suero y me decían como estaba, como me sentía, si no sentía dolor en mi manito...me explicaba con amabilidad, con respeto... se notaba que entendían lo que yo sentía, porque cuando sentía dolor yo las llamaba y eran comprensivas...a veces se demoraban un poquito, pero llegaban...ya que a veces estaba el servicio muy lleno... siempre alegres y respetuosas...VIOLETA*

En enfermería, son los valores profesionales los que confieren el carácter humanista a la profesión. Estos mismos influyen en la habilidad de resolver y priorizar las situaciones. Por tanto, si los valores ayudan a humanizar el cuidado, es necesario ponerlos en práctica<sup>46</sup> ya que son percibidos por los pacientes como cualidades extraordinarias de las enfermeras, lo cual manifiestan en sus discursos; implícitamente las reconocen como responsables, empáticas, compasivas, respetuosas y afectivas, acciones que promueven su protección, crecimiento y preservación de la dignidad humana,<sup>52</sup> que también la hace crecer a ella, personal y profesionalmente.

Se agrega a ello, que Watson<sup>54</sup>, considera que para el cuidado humano, la enfermera hace uso de herramientas como la empatía, la comunicación o el respeto por la dignidad humana. Por lo mismo que en los discursos los pacientes perciben que las enfermeras que se encuentran a su cuidado ponen en práctica valores, como la comprensión que utilizan, de acuerdo a la situación que presenta cada paciente, teniendo como base la

comunicación, que es muy relevante y fundamental para establecer una relación virtuosa entre paciente - enfermera. Estas acciones que configuran la moralidad en la práctica profesional, fueron realizadas por el profesional de enfermería durante el proceso de cuidado de los pacientes del HPDBL, y reconocidas en los discursos de los pacientes, siendo expresadas así: “me comprendían” “son respetuosas, amables”, “me explicaban, porque no soy muy leída”, “comprendían mi dolor”, corroborando lo importante que son estas experiencias, con la finalidad de descubrir y poner en práctica los valores, que son característicos dentro del proceso de humanización, consolidando así, que solo hay un cuidado humanizado cuando la enfermera lo ofrece en el marco de la práctica de valores.

Sin embargo, no debe descuidarse la práctica moral del cuidado, por todo el personal de salud, y de manera particular de la enfermera; una práctica amable, le confieren sentido al acto de cuidar. Estos valores que se aprenden al principio de la vida, pueden verse influenciados a lo largo de ella, sea por situaciones propias de la enfermera o por motivaciones de tipo externo, como a veces suele atribuirse a la sobrecarga laboral, para justificar un actuar contrario al significado del cuidado humano, esta situación lamentable, también es percibida por los pacientes y lo expresan en las siguientes versiones:

*...la enfermera que me cuidó nunca me dijo su nombre, y menos me pregunto el mío, solo me decían señor...cada vez que venían solo se dedicaban hacer su trabajo, verificaban y se retiraban, no me decían cuanto me encontraba en mi presión... peor aún, no sabían si tenía dolor o no,... cuando lo tenía, no se daba cuenta de mi sufrimiento... se veía muy apurada y desatenta, es como una falta de respeto al cuidado que dan... será porque estuve poco tiempo y no tan grave... pero igual debió de ser más cortés, amable...respetuosa... BLANCO*

*... no me gusto para nada su comportamiento, muy apurada y desatenta... yo no veo señorita... sin embargo creo que no le importó mucho...me dijo que me iban a colocar dos vías, me hubiera gustado que me explique porque me ponían dos vías... mis venas eran muy finitas... ¡hay! me sentí nervioso, temeroso, me hincaba mucho,... como lloraba de dolor me decía casi gritando que me calle,... que no me ponga tenso porque es peor... no me hizo sentir bien, no tenía paciencia la enfermera, nunca me hablo amablemente, hubiera querido que me diga tranquilo (lo dice despacito) “con delicadeza y no con dureza” como me habló...CELESTE*

La falta de la práctica de valores en el cuidado humano, hace que el profesional de enfermería utilice artificios para no aproximarse mucho al ser cuidado, realizando un cuidado con prisa, manteniéndose a distancia de las personas, mostrándose indiferente ante el dolor, los pacientes lo percibieron en el cuidado que realizan algunas de las enfermeras del HPDBL, una flagrante falta de humanidad en el cuidado, ellos recalcan que se encuentran “apresuradas y desatentas” “no tiene paciencia” “creo que no le importó” “ me hablo con dureza”. Estas circunstancias además, hacen que los pacientes y familiares se sienten inhibidos para expresarse o solicitar ayuda.

Es importante detallar, que ciertas expresiones utilizadas, pueden parecer esquivas o formas de no cuidado: al evidenciar prisa, se está diciendo no tengo mucho tiempo, sea rápido, limitando el espacio y la aproximación, distanciando al ser cuidado del profesional. No cuidar, es realizar las actividades con prisa y distracción, sin empatía, sin compasión. Por lo mismo, toda enfermera debe ampliar la comprensión del cuidado, a una experiencia cuyo fin sea perfeccionar la relación con el ser cuidado, cumplida en el marco de la práctica de valores; debe representar una preocupación importante para los profesionales de la salud<sup>53</sup>, por lo que debe desterrarse toda acción contraria a ello.

Por tanto, los valores, socorren la humanización del cuidado, en este sentido, se hace necesario profundizar más en el marco de la formación, tanto en la de los nuevos profesionales como en la de los que ya poseen una larga trayectoria<sup>55</sup>, ya que la práctica del cuidado humano, no solo satisface al paciente, sino que también deja una huella de satisfacción infinita en la enfermera, además, la hace trascendente en la experiencia de cuidado, vivida al lado de su paciente, estableciendo una relación de ayuda y confianza que el reconoce; esta realidad se discute en la siguiente categoría.

#### **IV. PERMITIR LA EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS PARA ESTABLECER UNA RELACIÓN DE AYUDA Y CONFIANZA.**

La expresión libre y espontánea de nuestros sentimientos y emociones, nos hace verdaderamente humanos, ya que experimentamos alegría, amor, miedo, disgusto, tristeza; sin embargo, reaccionamos ante situaciones diversas de forma diferente y muchas veces mezclando estas actitudes, generando emociones que no podemos entender y que nos producen contradicciones<sup>56</sup>, los pacientes durante la hospitalización, experimentan un sin número de situaciones, que no siempre la expresan con facilidad, porque no perciben en la enfermera la disposición de escuchar, cuando sucede y pueden expresar sus sentimientos, negativos y positivos, producto de la hospitalización en HPDBL, genera una relación de ayuda y confianza, permitiendo que se establezca un cuidado que según ellos implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz.

El compartir sentimientos, es una experiencia que ayuda a que en el cuidar, la relación humana se convierte en “Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza”, esto va unido con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos. Para esto, es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad<sup>46</sup>.

Esto hace referencia a percepciones sobre el cuidado de la enfermera, basado en el saber escuchar, de la cual va emerger una relación de ayuda y confianza, que le permita evidenciar su compromiso con el paciente, para cuidarlo en un ambiente de confianza; esta percepción es muy apreciada por los pacientes y así lo expresan en los siguientes discursos:

*... cuando no he tenido familiar para recoger mi medicina, ella se ha dado cuenta de mi preocupación, me ha preguntado porque estoy callada y yo le he dicho lo que me pasa, entonces... ella misma ha ido a sacarme el medicamento... eso me hizo sentir que no me encontraba sola que tenía un apoyo y que podía confiar en ella,... a pesar del mucho trabajo que tienen...ANARANJADO*

*... cada vez que me curaban yo le decía que tenía mucho miedo...algunas veces no quería que me cure el medico... ella me tranquilizaba y me decía que estaría presente y allí estaba, atenta, dirigiendo y alcanzando todo el material para que no me duela mucho... yo me sentía acompañada... y tranquila...FUCSIA*

*... la enfermera cuando me llamo por mi nombre, yo le dije que estaba feliz que supiera mi nombre, ...yo le pregunte el de ella, y así yo me sentí más en confianza...cuando necesitaba algo la llamaba y ella venia en mi ayuda.... si me ha ayudado y me ha apoyado, sobre todo cuando tenía algo que preguntar yo confiaba en lo que ella me decía... así me sentía seguro, me sentía confiado de su atención...me sentí en confianza durante el tiempo que estuve hospitalizado...VERDE*

El 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, deriva en sentimientos de bienestar para el paciente, lo cual esta versado en los discursos de los pacientes. Estas formas de relacionarse con el paciente, corresponden al elemento asistencial de J.Watson<sup>46</sup> “Desarrollo de una relación de ayuda – confianza”, vinculados a la expresión de sentimientos positivos y negativos, resultantes de la interacción de la enfermera y paciente, que se intensifican a medida que el paciente esta mayor tiempo hospitalizado.

Las palabras de J. Watson<sup>57</sup> en relación a cuidado humano, es que este “involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y sus consecuencias”, pues dentro de la profesión de enfermería, uno de sus quehaceres principales es el acompañamiento durante el sufrimiento o dolor humano, mediante el cuidado humanizado, así mismo se busca, disminuir su dolor (síntoma más molesto que requiere atención humana) y promocionar su pronta recuperación, utilizando la relación de ayuda- confianza. Esta relación con el ser humano, debe ser autentica, además se debe lograr mantener la esencia del cuidado durante todo el proceso, aceptando los sentimientos y costumbres de la persona para generar y afianzar la confianza<sup>58</sup>, necesaria para el cuidado humano, las percepciones de los pacientes verbalizadas así lo reconocen, y las respuestas de las enfermeras, dan cuenta de lo efectivo que son las respuestas reguladas emocionalmente, para en el cuidado.

En este sentido, aprender a reconocer sus emociones y sentimientos incluye observarse detenidamente en el diario actuar, así la enfermera que atiende a los pacientes del servicio de medicina del HPDBL, debe evaluar su accionar diario, ya que en muchas oportunidades no se percatan de lo que hacen o dicen, por ello es necesario tome en cuenta las expresiones percibidas por el paciente, ya que no siempre serán positivas, sino también habrá parte de expresiones negativas, las cuales se deben tratar con mayor atención para mejorar el

cuidado, descubriendo lo que expresa esa manifestación, orientándola a la búsqueda de un escenario de cuidado que se realice en confianza y sentido de ayuda, como se expresa en los siguientes discursos:

*...cuando la enfermera vino por primera vez, le dije que para mí era una desconocida..., (con aseveración) pues no se presentó como usted lo hizo ahorita, por ejemplo... yo soy viejo señorita, y a mí me criaron enseñándome que el saludo no le quita a nadie nada,... la señorita se disculpó y me dijo que estaba preocupada por otro paciente...me sonrió y me dijo su nombre... no se molestó por lo que le dije...yo también me disculpe y de allí nos hicimos muy amigos...yo le llamaba para todo... llegue a tenerlo mucha confianza ...VERDE CAÑA*

*...a la enfermera le faltó comunicarse conmigo, me dice que está ocupada y que tiene mucho paciente, me hubiera gustado que me pregunte si siento algún dolor, de cómo me encuentro, de presentarse y preguntarme mi nombre, no lo hizo y por ello mi hospitalización fue muy triste,... no podía confiar en una persona que la veo siempre ocupada y que me dice ya vuelvo y no llega...solo si nos escucharan un ratito para ver qué nos pasa, sería bueno... nos ayudaría a confiar y a saber que podemos mejorar con sus cuidados ...BLANCO*

Al respecto, J. Watson<sup>46</sup> delimita tres guías para evitar la incongruencia: en primer término, las enfermeras no deben jugar roles estereotipados, ni emitir discursos programados cual “contestador telefónico”, ya que esto bloquea la autenticidad y aleja al paciente, esto es lo que comúnmente expresan los pacientes al percibir su actuar indicando “estoy ocupada, tengo muchos pacientes”, esto no ayuda a crear una relación de confianza y ayuda, limitando al paciente a no expresarse; en segundo término, el ser capaz de reconocer las dificultades que con lleva la relación con otros, esto se evidencia en los discursos, por un lado, las costumbres del paciente y la serenidad para sobrellevar un exabrupto en la expresión “ para mi es Ud. una desconocida” reaccionando asertivamente y logrando una trato de confianza, que se fortalece en el tiempo y actúa como factor terapéutico.

A la par de lo dicho, la falta de atención que reciben los pacientes en su cuidado realizando sus actividades y mostrándose siempre “ocupadas”; son las propias emociones que juegan un rol preponderante en la conducta humana y para J. Watson son “una ventana por la cual se visualiza el alma” tanto del paciente como el de la enfermera, por tanto la labor del profesional de enfermería debe ser: permitir la expresión de estos sentimientos, que es congruente con visualizar al otro en una conexión de confianza y ayuda, integrada con la fe; complementariedad que se analiza en la siguiente categoría.

## V. LA FE: COMPLEMENTARIEDAD INTERNA DE LA PERSONA EN EL CUIDADO HUMANO

La complementariedad de la fe - esperanza, favorece al paciente al mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, accediendo a la libertad en el propio cuidado<sup>59</sup>, una de las formas en la que sentimos esperanza es ofreciendo un cuidado-curador, humano, a la persona durante sus experiencias vitales, los enfermeros están capacitados no solo para ofrecer y permitir incorporar en la persona su propio sistema de fe-esperanza, sino que también pueden ser las únicas (os), que hagan la diferencia entre la esperanza y la desesperación, en un momento dado, generalmente la hospitalización.

De lo dicho, se entiende que el personal de enfermería del servicio de Medicina del HPDBL, debe reconocer que esta área en la vida humana, es fundamental y esencial para mantener el equilibrio entre el cuerpo y alma, para encontrar el bienestar del paciente, considerando que en la teoría del cuidado de J. Watson<sup>60</sup> se considera a la persona como: una unidad de cuerpo, alma y espíritu que lo convierte en un paradigma unitario transformador, para conseguir la armonía de su evolución, al margen de su práctica religiosa.

La fe es en esencia, aferrarse a lo que se espera, es la certeza de las cosas que no se pueden ver<sup>61</sup>, un fenómeno íntimo y trascendente, que es vital para el desarrollo de la recuperación del paciente, y la expresión de la calidad de los cuidados recibidos, además, crean la fortaleza, motivación y búsqueda del significado de la vida. Es por esto que el profesional de enfermería al ofrecer el cuidado espiritual, debe hacerlo con un sentido de respeto y dedicación al paciente, sobre todo en el proceso de enfermedad, donde la fe es reforzada por la práctica de la religión, que la enfermera no solo debe respetar, sino que debe permitir y facilitar su usanza absoluta, ya que eso fomenta la participación en el cuidado; las manifestaciones de los entrevistados corroboran la posición de J. Watson, en relación a uno de los factores esenciales del cuidado. Las percepciones de los pacientes en relación a este punto, se expresan en los siguientes discursos:

*...yo soy adventista, y la enfermera a pesar de ser católica, me dijo vamos a orar antes de ir a dormir, yo acepte...al término de la oración sentí paz en mi corazón...pude descansar más tranquila...también, cuando vinieron los hermanos a orar, la enfermera se dio el tiempo de escuchar la palabra...ella no dijo, no es mi religión... no les impidió pasar a pesar de ser de diferentes religiones...para mí no solo cuidaba de mi dolor, sino también de mi fe...AZUL*

*... la enfermera cuando me estaban colocado la vía, me decía que mis venas son delgaditas y cuando la encontró me dijo: con DIOS todo se puede y me entrego una estampita de la virgen María donde había una oración... me dijo que le rece siempre y que tenga mucha fe... que pronto saldré del hospital...eso me dio ánimo para colaborar en mi cuidado...y así fue...salí rápido de alta... ROSADO*

*...yo soy católica, un día le invite a la enfermera a rezar tres ave marías y acepto... yo siempre ando con mi rosario...eso me da mucha fuerza...sobre todo cuando tengo dolor... ella también se preocupa por nuestras creencias, como no podemos ir a misa ella llama al padre...viene y nos echa agua bendita y nos da la santa comunión,...eso me ayudo a tener paz, y fortaleza...y la esperanza que me sanaría pronto... VERDE*

El inculcar la fe y esperanza, es un incentivo para que el paciente adopte conductas saludables<sup>60</sup>, por que los fortalece física y espiritualmente. Por lo mismo que el paciente percibe que la enfermera le ayuda “alentándolo a aferrarse a DIOS, a mantenerse en paz y con fortaleza”, es así, como la enfermera en el momento del cuidado, reconoce que el ser humano necesita ser cuidado en todas sus dimensiones; la dimensión espiritual, representa la más noble y trascendente en la persona<sup>62</sup>; a pesar de lo referido, esta dimensión del cuidado, es poco considerado por la enfermera, siendo reconocido y valorado por el paciente como esencial, cuando lo recibe, y así lo ratifica en sus discursos.

Por otro lado, cuando Watson<sup>60</sup> hace referencia en sus principales conceptos y definiciones, que la enfermera debe inculcar la esperanza y la fe, es porque se reconoce que tradicionalmente la fe y la esperanza, han sido importantes en el tratamiento para aliviar los síntomas de la enfermedad; la misma medicina antiguamente era un tratamiento secundario a las oraciones. Los milagros de la fe aparecen a menudo en la Biblia, a través de todo el tiempo y también en tiempos recientes. Igualmente, el papel de la oración ha tomado tanto un significado científico como espiritual, ofreciendo fe y esperanza a millones de personas alrededor del mundo, cada día en muchas situaciones de sus vidas.<sup>63</sup>

Más aún, en situación de enfermedad, estas medidas han sido tomadas en cuenta en el cuidado descrito por los pacientes hospitalizados, resaltan acciones de la enfermera como invitarlos a orar, involucrándose en sus rituales religiosos, a pesar de ser de diferente religión y cuando realiza un cuidado complejo invocan “con Dios todo se puede”; este acercamiento permite deducir que tanto para el paciente como para el profesional de

enfermería, adquiere importancia el brindar un cuidado inculcando al paciente la fe y esperanza, como complementariedad interna de la persona, que favorece y fortalece el cuidado humano.

Lo dicho induce a pensar que cuando J. Watson<sup>60</sup> hace referencia a que la enfermera debe inculcar la fe y la esperanza, se está refiriendo a que este factor que incorpora valores humanístico y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado auténtico al paciente; también describe su rol a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces con el paciente, y a la hora de promover el bienestar, ayudando al paciente para que adopte conductas saludables que mejoren su salud, dicho en otras palabras, este factor también interviene en las relaciones interpersonales entre el paciente y la enfermera, lo cual fortalece el sentido de fe y esperanza para lograr la curación: sin embargo, los pacientes del servicio de medicina del HPDBL, perciben que no todas las enfermeras se preocupan por esta dimensión de cuidado y así lo manifiestan:

*...yo era católico...cuando me enferme acepte ser evangélico, cuando han venido hermanitos de mi iglesia, a compartir conmigo la palabra, la enfermera estuvo presente pero solo se dedicó a colocar el medicamento... se hizo la desatenta y se fue rápido...pienso que es una falta de respeto a mis creencias...a mí me afectó mucho... MARRÓN*

*...en una oportunidad invite a la enfermera a orar y hablar un poquito de la palabra...me dijo que estaba ocupadita y que sería en otro momento...nunca regreso... sería bueno que lo tomen en cuenta, más cuando estamos enfermos... porque para nosotros la fe en Dios ayuda mucho a superar la enfermedad...nos llena de esperanza...ella no lo entendió así...prefirió su trabajo...NEGRO*

Los discursos ponen de manifiesto percepciones, como falta de respeto a sus creencias, desconocimiento de la fe y la esperanza, postergación del cuidado espiritual por parte de la enfermera, obviando el reconocimiento de que los aspectos espirituales, involucrados en los cuidados son importantes, que la enfermera no debe descuidar, con el fin de mejorar las relaciones con “su paciente”, ya que al estar inmersos en la fe, y frente a lo adverso de su evolución, encuentran en ella, el único alivio frente a su enfermedad<sup>62</sup>. Lo vertido es una expectativa de los pacientes, frente al cuidado que reciben de las enfermeras del servicio de medicina del HPDBL, ellas, necesitan fortalecer en sus intervenciones, el cuidado humanizado, preponderando el área espiritual en su quehacer profesional, sus expresiones: “terminó el tratamiento y salió...” “que lo tomen en cuenta más cuando estamos

*enfermos*”, “*ella no lo entendió así*”, contrastan con el correcto actuar de otras que si se preocupan del cuidado de esta dimensión humana tan importante.

Si las enfermeras, unifican su actuar al infundir fe-esperanza, facilitan la promoción de una asistencia de enfermería holística, potenciando la salud de los pacientes, a la vez que representa el papel de la enfermera en la práctica de interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar, ayudando al paciente a adoptar conductas beneficiosas para su salud<sup>62</sup>, amparada en relaciones interpersonales beneficiosas.

El tema de la relación interpersonal en la práctica de enfermería, ha sido estudiado permanentemente, por ser éste el marco de referencia del quehacer profesional: el cuidado. La relación interpersonal, posee una intencionalidad dirigida a la recuperación o mantenimiento de la salud de la persona como un ser totalitario, holístico, no únicamente como un conjunto de partes o de procesos. Hablar de la totalidad del ser y del cuidado de la persona desde esta perspectiva, promueve la integralidad en la que se incluye los aspectos espirituales, desterrando la falsa creencia de que los asuntos espirituales no son competencia de la profesión: "para eso está el sacerdote"; por otro lado, la formación científica y tecnológica de la enfermera no da espacios para lo espiritual y como lo perciben los pacientes, en el cuidado de enfermería, no hay tiempo para abordar estas dimensiones, por lo que la persona se siente incómoda para compartir con la enfermera sus necesidades espirituales<sup>62</sup>, reconocen ellos, que están rodeadas de mucha tecnología, pero escasa espiritualidad.

Al respecto, Quintero<sup>63</sup> trae a colación que: El amor es cuidar con generosidad, desprendimiento, humildad, paciencia y delicadeza. El paciente necesita de la enfermera en una relación directa, dialógica e intencional, que le permita llegar al otro a través de una interrelación marcada por la empatía, condición básica de relación, que inculca fe y esperanza en el paciente, quien espera su recuperación por los cuidados que recibe y por la intervención divina; las enfermeras deben aprender a interpretar esta dimensión entre las necesidades afectadas del paciente, para incluirlo en su plan de cuidados holísticos.

## CONSIDERACIONES FINALES

- Los pacientes del HPDBL, valoran el Cuidado Interpersonal como una forma de acogida desde el primer encuentro con la enfermera, lo reconocen en el saludo de bienvenida, llamándolo por su nombre y ofreciéndoles una sonrisa, lo cual evita la “despersonalización” que compromete el bienestar de las personas, exponiéndolos a vivir esta experiencia con aflicción.
- Los pacientes, reconocen que el cuidado no se da a la distancia y que la táctica, es un toque terapéutico muy esperado, poniendo en evidencia que cuando se omite este cuidado interpersonal, ellos lo perciben como falta de humanidad, realizado unilateralmente, separándolo de su esencia, que es la relación de ayuda, un momento donde el confort, la seguridad, la confianza, la dignidad y el respeto se potencian.
- En relación a la seguridad en su cuidado, sus percepciones se relacionan con acciones tales como, la revisión constante de catéteres, sondas, etc., de medidas de seguridad como el uso de barandales en las camas, el acompañamiento en procedimientos, la vigilancia continua, el interrogatorio de síntomas; a su vez reclaman incluir a su familia como apoyo en su cuidado, porque comprenden que las enfermeras “tiene mucho trabajo”.
- La seguridad del paciente es parte del cuidado humano, pero también esta jurídicamente avalada como derecho, en normativas como: la Constitución Política del Perú, La ley General de Salud, Ley de la Enfermera, Código de Ética y Deontología-CEP, R M N° 519-2006 MINSA, (Sistema de Gestión de la Calidad en Salud), constituyéndose en el como complemento legal, en el cumplimiento de sus funciones.
- Esta seguridad percibida se proyecta al cuidado en el hogar, para lo cual recibe educación sanitaria, en un proceso intersubjetivo y no como mera información, haciéndolo sentir responsabilidad en su autocuidado, enseñándole cómo hacerlo; “hasta que ya no me equivocara”, con dedicación y paciencia, cumpliendo con el objetivo de prepararlo, para la continuación del cuidado seguro en el hogar.

- La hospitalización considerada por el paciente como no grata, al decir de ellos, se atenúa con la apertura para escucharlos con paciencia, llamarlos por su nombre informándoles con honestidad, y apego a la verdad, respeto a su condición, costumbres, creencias y asistiéndoles compasivamente; la práctica de estos valores les genera confianza en un ambiente de ayuda, por lo que la omisión de escucharlos o tratarlos con actitudes poco amables y tono de voz imperativo, afecta su sensibilidad y retrasa su recuperación.
  
- Los pacientes consideran que las enfermeras del servicio de medicina del HPDBL, no solo cuidan su cuerpo (dolor) sino también su fe, respetando sus rituales religiosos, involucrándose en sus creencias, facilitando el cumplimiento de su religiosidad; la indiferencia de algunas enfermeras, frente al cuidado espiritual, los entristece, ya que ellos consideran que la fe, al igual que la ciencia también cura, los fortalece y genera en ellos, la esperanza de una pronta curación.
  
- La Teoría del Cuidado Humano de J. Watson, ofrece a las enfermeras la práctica de un cuidado, en el que se prepondera la condición de persona humana del paciente, siendo esta una oportunidad de conocer cómo practicarse en beneficio del binomio persona cuidada (paciente) y cuidador (Enfermera).

## **RECOMENDACIONES**

### **1. A LAS INSTITUCIONES FORMADORAS:**

- Afianzar en el pre grado y post grado, en los programas de especialización profesional y otros, el conocimiento de la ciencia ética, para facilitar la práctica del cuidado humano que permita establecer una relación de ayuda-confianza, a partir de la escucha activa, empatía, generar la necesidad de reforzar el conocimiento de la ciencia ética, para ser protagonistas del cuidado humano, a pesar de la adversidad.

### **2. A LAS INSTITUCIONES DE SALUD.**

- Considerar en su gestión, la viabilidad de la provisión de equipos e insumos de manera oportuna y la dotación de personal cuyo cálculo sea real, de tal manera que se minimicen los riesgos de incumplimiento del cuidado humano.

### **3. A LOS PACIENTES**

- Conocer su derecho a la atención de salud de calidad y cuidado humano, interviniendo con responsabilidad en su autocuidado, accediendo al derecho de recibir educación sanitaria (paciente y familia) para participar con certeza en la continuidad del cuidado en el hogar.

### **4. A LAS ENFERMERAS, DE MANERA ESPECIAL A LAS QUE LABORAN EN EL SERVICIO DE MEDICINA HPDBL**

- Considerar el cuidado humano, a semejanza del cuidado interpersonal, como una característica del cuidado que se debe brindar al paciente, practicándolo sin postergación, con actitudes simples que no necesita presupuesto, (saludo, presentación, llamarlo por su nombre, sonrisa, interés, sensibilidad, compasión y practica de valores), evitando en todo momento la sobrecarga emocional que ello genera en el paciente; procurando que la hospitalización se perciba lo menos triste y dolorosa para ellos, y para ellas una experiencia profesional que las enaltezca.

- No desmayar en el intento de lograr, que todas las enfermeras, a pesar de las evidentes limitaciones, brinden un cuidado científico, acorde a los adelantos de la tecnología, pero sin perder la perspectiva de que sus intervenciones, marcaran la diferencia entre un simple cuidado, y el otorgado considerando los postulados de la Teoría del Cuidado Humano, haciendo de él, un verdadero momento de cuidado en beneficio del binomio paciente- enfermera(o).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Derechos a la Salud. [Internet]; 2015 [consultado 12 Agosto 2017]. Disponible en: ([http://www.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/se\\_petroff.pdf](http://www.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/se_petroff.pdf)).
2. Organización de las Naciones Unidas (ONU) Declaración Universal de Derechos Humanos. [Internet]. 2015 [consultado 27 Agosto 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
3. Pfizer. Declaración Internacional de los derechos del paciente. [Internet]. Madrid: Derechos del paciente (España); 2005 [actualizado 30 Agosto 2018, consultado 27 setiembre 2017]. Disponible en: [https://www.pfizer.es/salud/salud\\_sociedad/sanidad\\_sociedad/derechos\\_paciente.html](https://www.pfizer.es/salud/salud_sociedad/sanidad_sociedad/derechos_paciente.html)
4. Quijano O, Munares O. Protección de derechos en salud en el Perú: experiencias desde el rol fiscalizador de la Superintendencia Nacional de Salud. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2016 [citado 16 sep 2017]; 33(3): 529-534. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726- =es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726- =es).
5. MINSA. Ley General de la Salud. Ley 26842 de 1997. (Perú). Disponible en : <http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/pdf/leyn26842.pdf>
6. CEP: Ley del trabajo del Enfermero Peruano. Ley 27669 de 2002. Febrero 15 de 2002. Perú. Disponible en: [http://www.conaren.org.pe/documentos/ley\\_trabajo\\_enfermero\\_27669](http://www.conaren.org.pe/documentos/ley_trabajo_enfermero_27669).
7. Colegio de enfermeros del Perú. Código de Ética y Deontología. Diciembre 18 del 2008. Perú.
8. Watson J. The Philosophy and Science of Caring. EE.UU. Colorado: Universidad de Colorado; 2008.320p
9. Restrepo L. El derecho a la ternura. Bogotá: Arango; 1994, 127p
10. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul. enferm. [Internet]. Dic 2007 [consultado 17 de sep 2017]; 20 (4): 499-503. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400019>.
11. Miranda P, Monje P, Oyarzún J. Percepción de cuidado humanizado en el servicio de Medicina Adulto, Hospital Base Valdivia, tercer trimestre 2014, [tesis en licenciatura en internet]. Valdivia: Universidad Austral de Chile; 2014 [consultada 01 set 2018]. 62p. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2014/fmm672p/doc/fmm672p.pdf>
12. Bautista L, Porta E, Arias K, Parada K, Ascanio K, Villamarín M. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. Rev Ciencia y Cuidado [Internet]. 2015. [consultada 27 Ag 2018]; 12(1): 105-118. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5243988>
13. Fuentes D. Percepción del paciente sobre el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería según teoría de Jean Watson en el servicio medicina E-1 Hospital Nacional Hipólito Unanue - 2017. [tesis de licenciatura en Internet]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018 [consultada 03 set 2018]. 32p. Disponible en <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1815>.
14. Moscoso N. Percepción de los pacientes sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera del servicio de medicina, del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2017 [tesis de licenciatura en Internet]. Lima: Universidad César Vallejo; 2017

- [consultada 03 set 2018]. 62 p. Disponible en: [repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/3762](http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/3762).
15. Guerrero R, Meneses M, De La Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la Teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima - Callao, 2015. Rev enferm Herediana [Internet]. 2016 [consultado 03 de set 2018]; 9(2): 133-142. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/3017/2967>
  16. Alfaro E, Beraun M. Percepción de los pacientes sobre el cuidado humanizado que brinda la enfermera en los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo, Cercado de Lima. Alicia concytec [Internet]. 2015 [consultado 03 de set 2018]; Disponible en: [alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UALD\\_437720ba30e003411cf4ed46f50736a7](http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UALD_437720ba30e003411cf4ed46f50736a7)
  17. Gasco K. Experiencias de las Enfermeras en el Cuidado Humano desde la Teoría de Jean Watson. Unidad De Cuidados Especiales-Hospital III2-EsSalud, Chiclayo 2015 [tesis de maestría] : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2017. 67p
  18. Benites J, Gonzales S, Torres Z. Percepción de las pacientes sobre el cuidado enfermero en el servicio medicina mujeres de un Hospital de Chiclayo. Rev Salud & Vida Sipanense [Internet]. 2016 [consultado 3 Ag 2018]; 3(1): 20-30. Disponibles en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/360/348>.
  19. Martínez M. El cuidado enfermero desde la percepción del paciente hospitalizado en el servicio de medicina: Hospital Provincial Docente Belén - Lambayeque, 2017 [tesis de licenciatura en internet]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2018. [consultada 3 Ag 2018. 67 p. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/965>.
  20. Marriner A, Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería. 8th ed. España: Elseiver; 2014. 784 p.
  21. Báez J, Nava V, Ramo L, Medina Of. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan [Internet]. 2009 Ag [consultado 29 Ag 2017]; 9(2): 127-134. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657)
  22. Moll P. Cuidado Humanizado [tesis licenciatura en Internet]. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo; 2012 [consultada 29 Ag 2017]. 107 p. Disponible en: [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/10669/moll-patricia.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/10669/moll-patricia.pdf)
  23. Parra G. Humanización del Cuidado de Enfermería. Rev Universitaria ENEO- UNAM [Internet]. 2007 [consultado 03 set 2017]; 4(2):19-25. Disponible en : <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/viewFile/30291/38452>
  24. Paterson J. Enfermería Humanista. Bod Third Party Titles, 2012; 176 p.
  25. Matlin M, Foley H. Sensación y percepción. 3ª ed. México: Prentice Hall; 1996.
  26. MINSA. Página Oficial Gobierno Regional [internet]. Lambayeque: Oficina del Servicio de Calidad y Estadística del Hospital Provincial Belén Lambayeque; 2018 [consultado 03 Ag 2018]. Disponible en: <https://www.regionlambayeque.gob.pe/web/?pass=MTMxMQ>
  27. Rodríguez G. Metodología de la Investigación Cualitativa. Aljibe S. L ed. Málaga; 1996. 378 P.
  28. Juárez C, Sate M, Villareal P. Cuidados humanizados que brindan las enfermeras a los pacientes en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva: Informe de Investigación [trabajo final de cátedra en Internet]. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 2009 [Consultado en 09 Sep 2017]. 44p. Disponible en: [http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/juarez\\_claudia\\_noemi.pdf](http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/juarez_claudia_noemi.pdf)

29. Minayo M. Investigación social: teoría, método y creatividad. Salud colectiva: Didáctica. 2ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2012, 64 p.
30. Hernández R. Metodología de las Investigación. 6ª ed. México: Mc- Graw- Hill Interamericana Editores; 2014.634 p.
31. Andrade M. Estudio de Caso Una Estrategia de Pesquisa. 2ª ed. Brasil: Editorial Atlas S. A; 2008.26 p.
32. Tójar J. Investigación Cualitativa: Comprender y Actuar España: Editorial La Muralla; 2006.390 p.
33. Polit D. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana de México; 2010.109 p.
34. Kérrouac S. El pensamiento Enfermero. 1ª ed. España: Masson; 2002.173 p.
35. Sgreccia E. Manual de Bioética: Principios y Orientaciones. 4ª ed. Madrid: Talisio. 2012. 283 p.
36. Ludke M, Marli A. Pesquisa em educacao: abirdagens qualitativas. Sao Paulo: EPU; 1998. 44p.
37. Colegio de enfermeros del Perú: Código de ética y deontología. 2014 [acceso 03 de noviembre del 2017]. Disponible en: <http://blogdelilianaherrera.blogspot.pe/2014/01/codigo-de-etica-y-deontologiadel>.
38. Castillo E. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Rev Colombia Médica [Internet].2003 [consultado 08 de Set 2017]; 34(3): 64-167. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>
39. González Y. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. Aquichán [Internet]. 2007 Oct [consultado 17 de Sep 2017]; 7 (2): 130-138. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972007000200003&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000200003&lng=en).
40. López A. citado por Izquierdo E, en: Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Rev. Cubana de Enfermería [Internet]. 2015 [citado 2017 Sep 5]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686>
41. Mastrapa YE, Gilbert Lamadrid Md. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]. 2016 [citado 2018 Oct 23]; 32(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>
42. González Y. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. Aquichan vol.7 No.2 Bogotá July/Dec. 2007 [Citado 4 set del 2018] disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972007000200003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000200003)
43. Santos C, Shiratori K. Comunicación no verbal: su importancia en los cuidados de enfermería. Enfermería Global [Internet]. Feb 2008[consultado 5 dic 2018]; 12:1-9. Disponible en: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/912-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4172-1-10-20080129.pdf>
44. Carrasco A, Ética de la hospitalidad de la enfermera con personas en tratamiento de hemodiálisis [tesis doctoral en Internet].Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, 2014[consultada 5 dic 2018].87p. Disponible en : [http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/1237/1/TM\\_CarrascoCalderonAnaliDamaris.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/1237/1/TM_CarrascoCalderonAnaliDamaris.pdf)
45. Santa M, Boulesis. Filosofía en la red. Glosario [Internet] [consultada 5 dic 2018]. Disponible en: <https://www.boulesis.com/glosario/persona-en-immanuel-kant>
46. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su Teoría de Cuidados Transpersonales. Ciencia y Enfermería 17(3):11-22 · Diciembre 2011. [citado 4 Dic. 2018] disponible en

- [https://www.researchgate.net/publication/262654835\\_algunos\\_aspectos\\_esenciales\\_de\\_l\\_pensamiento\\_de\\_jean\\_watson\\_y\\_su\\_teor%C3%ADa\\_de\\_cuidados\\_transpersonales](https://www.researchgate.net/publication/262654835_algunos_aspectos_esenciales_de_l_pensamiento_de_jean_watson_y_su_teor%C3%ADa_de_cuidados_transpersonales)
47. Izquierdo Machín E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana de Enfermería* [revista en Internet]. 2015 [citado 2018 Nov 11]; 31(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686>
  48. Zomeño G. Incorporación del familiar del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermeros intrahospitalarios. Tesis, 2015.España [acceso 21 de noviembre del 2018] disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/47031/1/tesis\\_ginesa\\_zome%C3%B1o\\_ros](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/47031/1/tesis_ginesa_zome%C3%B1o_ros).
  49. Potter, A. (2007). *Fundamentos de Enfermería*. Barcelona - España : quinta edición ELSEVIER MASSON
  50. Luengas Ramírez L. Proceso de Educación al Paciente y su Familia. [revista en Internet]. 2009 [citado 2018 Nov 23]; 12(3). Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-123/editorial-123/>
  51. Solón Navarrete. Capítulo 8. Educación al paciente y su familia. [Artículo en Internet]. Marzo 2016 [citado 2018 Nov 24]; 1(64). Disponible en:<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-CAPITULO-8-educacion-al-paciente-S0120563316000140>
  52. Cristiane K, Lorenzini A. Comprender las dimensiones de los cuidados intensivos: la teoría del cuidado transpersonal y complejo. *Rev. Latino-am Enfermagem* [Internet]. Mar 2009 [consultado 24 nov 2018]; 17(2). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es\\_12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/es_12.pdf)
  53. Campos E, Cabral M. Valores de la enfermería como práctica social: una metasíntesis cualitativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. May – Jun 2013 [consultado 05 dic 2018]; 21(3). Disponible en [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es\\_0104-1169-rlae-21-03-0695.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0695.pdf)
  54. Watson J. *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Rio de Janeiro: Lusociência; 2002.
  55. Ferreres M. La presencia de los valores en la práctica enfermera. [tesis doctoral en Internet]. Barcelona: Universitat Internacional de Catalunya.; 2017. [consultada 25 nov 2018]. 292 p. Disponible en :<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/456048/Tesis%20M%C2%AA%20Luisa%20Mart%C3%ADn%20Ferreres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  56. Corball N. Cuidado Humanizado – Método Lógico empleado por Watson [Internet]. May 2017 [consultado 05 dic 2018]; 17(23). Disponible en : <http://tpfite8.blogspot.com/2012/05/metodo-logico-empleado-watson-item-uno.html>
  57. Páez R. La ética de las virtudes y enfermería, *Rev. Mexicana de enfermería cardiológica*; México. 2000.
  58. Carreal M, Hidalgo G, Merma X. Relación entre la Aplicación y Percepción del cuarto factor: Ayuda-Confianza de la Teoría del Cuidado Humanizado de Jean Watson en los Enfermeros del Servicio de Emergencia de un Hospital Nacional. [tesis de especialista en Internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018 [consultado 11 dic 2018], 46 p. Disponible en: [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3722/Relacion\\_CarrealHurtado\\_Mariela.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3722/Relacion_CarrealHurtado_Mariela.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  59. Watson, J. *The Philosophy and Science of Caring*. E.E.U.U.: Editorial de la Universidad de Colorado; 2008.
  60. Guerrero R. Meneses M. De La Cruz R. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión.

Rev. Enferm Herediana [Internet]. 2016 [consultado 05 de dic 2018]; 9(2):133-142. Disponible en : <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/3017/2967>

61. Biblia Latinoamericana. Quito: Edición verbo Divino; 1989. Hebreos 11: 1
62. Collado R. Cuidado espiritual, labor del profesional de enfermería. Revista 360. 2010; 5 (1): 1-3.
63. Quintero MC. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería Profesora Asistente Facultad de Enfermería Universidad de la Sabana. Publi Libros. [consultado 12 dic 2018] disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pd>

## ANEXO 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN - ADULTOS

---

#### **Datos informativos:**

Institución: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadora: Niño Díaz, Roxana Fany

Título: Percepción Del Paciente Sobre El Cuidado Enfermero. Una Evaluación Desde Los Postulados De J Watson. Servicio De Medicina, Hospital Ii-1 MINSA. Lambayeque, 2017

---

#### **Propósito del Estudio:**

La invito a participar en un estudio llamado: Percepción del Paciente sobre el Cuidado Enfermero. Una Evaluación desde dos Postulados de J Watson. Servicio de Medicina, Hospital II-1 MINSA. Lambayeque, 2017. Este estudio se realizará con los siguientes objetivos: Describir, analizar y comprender la percepción que tiene el paciente acerca del cuidado enfermero en el servicio de Medicina, evaluado desde los postulados de J. Watson. Servicio de Medicina, Hospital II-1 MINSA. Lambayeque, 2017; lo cual me permitirá detectar las debilidades y puntos críticos percibidos por el paciente durante la atención, conocer estas apreciaciones, y evaluarlas en su verdadera dimensión, para así poder proponer alternativas viables que brinden mejoras de calidad y humanización del cuidado en el Servicio de Medicina del HPDBL, haciéndolo extensivo a nivel de todo el hospital, en beneficio del paciente, sujeto y razón del cuidado.

#### **Procedimientos:**

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, el cual será grabada en un grabador de voz, asignándole u pseudónimo, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 20 minutos. La entrevista puede realizarse en el HPDBL.
2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la institución donde Ud. se atiende y a la universidad.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

#### **Riesgos:**

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Algunas preguntas de la entrevista probablemente le traerán recuerdos que le causen en algún momento, nostalgia, tristeza, llanto o algún sentimiento negativo. Sin embargo estaremos para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo y de ser necesario suspender la entrevista.

#### **Beneficios:**

Se les hará saber que los resultados servirán para acceder a un servicio de calidad y humano para Ud., ampliado a todos los pacientes.

**Costos e incentivos:**

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

**Confidencialidad:**

Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

**Uso futuro de la información obtenida:**

Deseo conservar la información de sus entrevistas almacenadas en una carpeta Word, con la finalidad de que sirvan como base de datos, para otras investigaciones relacionadas con el tema de investigación, o como fuente de verificación de nuestra investigación, para lo cual se guardarán por espacio de 3 años, después de los cuales serán borrados. Si otro investigador desearía acceder a los datos obtenidos se hará su consentimiento, lo cual queda expresarlo en el siguiente recuadro: Autorizo utilizar por otros investigadores los datos que he proporcionado:

SI  NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

**Derechos del participante:**

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente, puede contactar al Comité de Ética, en investigación, de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138.

**CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo mi participación en este proyecto, también sé que puedo decidir, retirarme del estudio en cualquier momento sin perjuicio alguna hacia mi persona.

---

Firma del Participante  
Nombre:  
DNI:

---

Fecha

---

Firma del Investigador  
Nombre: Roxana Fany Niño Díaz  
DNI: 44255162  
Teléfono Móvil: #943684872

---

Fecha



**UNIVERSIDAD CATÓLICA “SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO”**  
**ESCUELA DE POSTGRADO**  
**ANEXO 02**

**ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA**

La presente entrevista tiene por objetivo recoger información de primera fuente (pacientes) para describir, analizar y comprender la percepción que tiene el paciente acerca de la “Percepción del paciente sobre el Cuidado Enfermero. Una evaluación desde los postulados de J. Watson. Servicio de Medicina, Hospital II-1 MINSA. Lambayeque, 2017” Ésta entrevista, será anónima y la información se utilizará sólo con fines de investigación, por lo que se solicita sean respondidas con la mayor amplitud y precisión.

**DATOS DE CARACTERIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES**

Seudónimo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Grado de escolaridad: \_\_\_\_\_

Tiempo de Hospitalizado: \_\_\_\_\_

**DATOS ESPECÍFICOS**

Le agradezco de antemano la respuesta más exployada posible a las preguntas que a continuación realizare.

- 1 -¿Puede contarnos como ha sido el cuidado que le ofreció la enfermera durante su Hospitalización en este servicio?
- 2.- ¿Puede relatar una situación en donde los cuidados recibidos de la enfermera le permitieron sentir su ayuda, acompañamiento y seguridad durante su hospitalización?
- 3.- ¿Cómo fue la comunicación de la enfermera en el momento de recibir el cuidado, cuando Ud. le hacía preguntas, tenía dudas, o no entendía parte de su tratamiento?
- 4.- ¿Cómo lo preparo la enfermera para seguir sus cuidados en casa?
5. ¿De qué manera recibió cuidados en el aspecto espiritual?
- 6.- ¿Qué aspectos deberían mejorar las enfermeras en el cuidado que brindan?
- 7.- ¿Desea agregar algo más?

**¡Muchas Gracias por Su Colaboración!**