



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

ESCUELA DE POSTGRADO
DOCTORADO EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR ACOMPAÑANTE SOBRE
EL CUIDADO QUE BRINDA LA ENFERMERA EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA**

**INFORME DE TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA
EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA: Mg. DANITZA RAQUEL CASILDO BEDÓN

ASESORA: DRA. YOLANDA RODRIGUEZ NÚÑEZ

LIMA-PERÚ

2016

**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR ACOMPAÑANTE SOBRE EL CUIDADO QUE
BRINDA LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA**

Mg. DANITZA RAQUEL CASILDO BEDÓN

JURADO EVALUADOR

Dr. Fredy Hernán Polo Campos

Presidente

Dra. María Elena Gamarra Sánchez

Secretaria

Dra. Carmen Leticia Gorriti Siappo

Miembro

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirme para llegar hasta esta etapa, porque hizo realidad este sueño anhelado. Agradezco a la Universidad Católica Los ángeles Chimbote por la disposición al brindar el estudio del doctorado. Agradezco a la Dra. Yolanda Rodríguez por su paciencia, su motivación y apoyo, pude lograr el cumplimiento de mis objetivos con éxito. También doy gracias a mis profesores quienes me acompañaron durante la realización de este estudio, todos han aportado a mi formación, con sus consejos, su enseñanza y más que todo con su experiencia; su rectitud en su profesión como docentes, que ayudan a formarte como persona e investigador. Y agradezco a mis Padres y familia, los que me han motivado y apoyado constantemente durante mi formación profesional.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que quisiera agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones. Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

DEDICATORIA

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objeto de estudio a la percepción del familiar acompañante respecto al cuidado brindado por la enfermera. Los objetivos fueron: Describir los cuidados que brinda la enfermera en el servicio de emergencia, desde la óptica del familiar acompañante. Caracterizar la percepción del familiar respecto al cuidado que brinda la enfermera y analizar las implicancias de la percepción del familiar en el cuidado que brinda la enfermera. El tipo de estudio fue cualitativo, de diseño descriptivo exploratorio, se recolectaron los datos mediante las entrevistas semiestructuradas a 15 familiares, y se examinaron con el análisis temático, con las que se obtuvo las características trascendentales en el proceso de cuidar: La enfermera brinda cuidado con virtudes, valores, cualidades y sentimientos. La enfermera educa, enseña, y escucha. La enfermera con compromiso y responsabilidad. La enfermera con conocimiento y habilidad profesional. Así mismo se percibió la falta de interacción especializada en otras áreas a fines. En la búsqueda de brindar un cuidado con calidad, la enfermera de la clínica en estudio, demuestra en cada una de sus actividades el trato humanizado; el familiar acompañante refiere estar satisfecho y agradecido por los servicios recibidos y concuerdan en la importancia de no dejar de lado el trato humano y la sensibilidad en cada acto de cuidado.

Palabras clave: Percepción del cuidado de enfermería, Cuidado Humano, Familiar acompañante, Características del cuidado.

ABSTRACT

This investigation was under study accompanying the perception of family regarding care provided by the nurse. The objectives were to describe the care provided by the nurse in the emergency service, from the perspective of family companion. Characterize the perception of the family regarding the care provided by the nurse and analyze the implications of the perception of family care provided by the nurse. The type of study was qualitative, descriptive exploratory design, data were collected through semi-structured interviews with 15 relatives, and examined with thematic analysis, with which the transcendental characteristics was obtained in the process of care: The nurse provides care virtues, values, qualities and feelings. the nurse educate, teach, and listen. The nurse with commitment and responsibility. The nurse with knowledge and professional skills. Likewise, the lack of specialized in other areas perceived interaction purposes. In seeking to provide quality care, nurse clinical study demonstrates in each of its activities the humane treatment; the family caregiver concerns be satisfied and grateful for the services received and agree on the importance of not neglecting the humane treatment and sensitivity in every act of care.

Keywords: Perception of nursing care, Human Care, Family companion care Features.

RESUMO

Esta investigação estava sob estudo que acompanha a percepção da família sobre cuidados prestados pelo enfermeiro. Os objetivos foram descrever os cuidados prestados pela enfermeira no serviço de emergência, a partir da perspectiva de companheiro da família. Caracterizar a percepção da família quanto ao atendimento prestado pelo enfermeiro e analisar as implicações da percepção do cuidado familiar prestado pelo enfermeiro. O tipo de estudo foi qualitativa, design exploratória descritiva, os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas com 15 familiares, e examinadas com análise temática, com a qual as características transcendentais foi obtida no processo de cuidados: A enfermeira oferece atendimento virtudes, valores, qualidades e sentimentos. A enfermeira educa, ensina e ouvir. A enfermeira com compromisso e responsabilidade. A enfermeira com conhecimento e habilidades profissionais. Da mesma forma, a falta de especialização em outras áreas percebida efeitos de interação. Na tentativa de prestar cuidados de qualidade, enfermeira estudo clínico demonstra em cada uma das suas actividades, o tratamento humano; as preocupações cuidador familiar estar satisfeito e agradecido pelos serviços recebidos e concordar sobre a importância de não descurar o tratamento humano e sensibilidade em cada ato de cuidado.

Palavras-chave: Percepção dos cuidados de enfermagem, cuidado humano, cuidadores familiares, Recursos de cuidados.

Contenido

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
Contenido	viii
CAPÍTULO I.....	1
1. INTRODUCCIÓN	1
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objeto de estudio	4
1.4. Pregunta Norteadora	4
1.5. Objetivos del estudio.....	4
1.6. Justificación y relevancia del estudio.....	4
CAPÍTULO II.....	7
2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	7
2.2. Referencial empírico	7
2.2.1. Antecedentes Internacionales:.....	7
2.2.2. Antecedentes nacionales.....	10
2.3. CONTEXTO DEL OBJETO DE ESTUDIO	13
2.3.1. Norma técnica de los servicios de emergencia de hospitales del sector salud... 14	
2.4. Referencial Conceptual. En concordancia con el objeto de estudio los conceptos de la presente investigación son:.....	22
2.4.1. Aspectos generales del Familiar acompañante	22
2.4.2. La emergencia hospitalaria y la satisfacción del paciente y familia	23
2.5. Referencial teórico y filosófico.....	25
CAPÍTULO III	45

3.	METODOLOGÍA	45
3.2.	Tipo de investigación	45
3.3.	Método de investigación	47
3.4.	Sujetos de la investigación	48
3.5.	Escenario de estudio.....	49
3.6.	Procedimiento de Recolección de datos cualitativos:	50
3.7.	Análisis e interpretación de datos	52
3.8.	Consideraciones éticas y de rigor científico	53
	CAPÍTULO IV	56
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	56
4.2.	Presentación de Resultados:.....	56
4.3.	Categorías:	57
	CAPÍTULO V.....	80
5.	CONSIDERACIONES FINALES:.....	80
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
	ANEXOS	91

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El ser humano vive en un medio donde se encuentra expuesto a sufrir accidentes o enfermedades, esto puede ocasionarle alteraciones del bienestar. Cabe resaltar que el proceso salud-enfermedad no solo tiene correspondencia a la persona afectada sino también a todo su entorno, principalmente al más cercano, por lo que ocasiona ser una experiencia importante en su vida (1).

En este contexto Morris et al (2), señalan que la familia es el núcleo fundamental de apoyo para sus miembros, si alguien enferma, ella es quien debe constituirse en cuidadora del enfermo. Desde esta perspectiva se considerara a la familia como una unidad y teniendo en cuenta que si un miembro de la familia enferma, esta situación afectará a todo su sistema, por lo que el rol de enfermería sería amplio, pues no sólo se responsabilizará por el cuidado de la persona enferma sino por el bienestar general de todos sus miembros. En el momento en que una familia se enfrenta a un estado de enfermedad de uno de los miembros, necesariamente se ha de producir en ella una profunda reorganización.

Bromet (3), corrobora estas afirmaciones refiriendo, “*la enfermedad altera la unidad social, a los familiares y aun a los amigos*”. Con estos precedentes se origina el presente estudio; a través de experiencias profesionales en el área de Emergencia de la Clínica San Felipe, unidad en la que laboro desde el año 2008 hasta la actualidad, como personal asistencial, lo que me ha permitido ver el cotidiano de cada paciente que viene a la emergencia en busca de atención, se observa que cuando los pacientes ingresan a la unidad, son conducidos o acompañados por una persona, que en la mayoría de los casos,

es un familiar (independiente del grado de parentesco, sexo, edad, etc.) que se encuentra angustiado, afligido, preocupado, lloroso, con miedo, entre otros sentimientos; ya sea por el bienestar mismo del usuario o por la demanda del cuidado profesional.

Este familiar queda muchas veces, en calidad de intermediador para la obtención de información acerca del hecho ocurrido en el proceso salud enfermedad. Se percibe en ellos, gran expectativa por la vida del paciente e interés en la recuperación del bienestar de la salud del familiar, muy en especial si son familiares directos (padres, esposos, hijos, etc.). Por consiguiente los familiares vendrían a ser los más indicados en relatar la situación del paciente, pues son los que conviven el día a día con ellos y conocen su desenvolvimiento y características peculiares; en este momento crucial, resulta ser de gran ayuda la atención de estos saberes del familiar, ya que con los conocimientos del proceso enfermedad y la particularidad del paciente, se obtendría como fruto la mejora en la calidad del cuidado brindado.

El cuidado es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidar ha sido relevante; constituyendo una función importante, de la misma manera el promover y desarrollar todas aquellas actividades en pro del cuidado de la salud; más aún el cuidado de los pacientes representa una serie de actos que tienen por finalidad y función, mantener a los seres humanos vivos y sanos, satisfaciendo en conjunto sus necesidades ya sean de la persona, la familia y la comunidad. En este medio, la enfermera cumple un rol muy importante ya que tiene una relación directa, al brindar cuidados al usuario en forma continua, las 24 horas del día durante su permanencia en la institución de salud.

Sin embargo el entorno inmediato donde la enfermera desarrolla este cuidado, son las instituciones hospitalarias, con sistemas complejos, con pautas y normas establecidas, que de alguna forma están determinando que el acto de cuidar no sea centrado en el usuario. Así señala Reyes al respecto, que es difícil mantener los valores humanitarios en el acto de cuidar en las instituciones públicas de salud en donde parecen visibilizarse los cuidados de enfermería por las labores biomédicas, es en este entorno donde la enfermera debe mantener aun entonces las virtudes de comunicarse con el otro, ayudarlo y sostenerlo en esta difícil etapa de su vida (3).

No siendo diferente en la institución de salud en estudio, donde resulta que el servicio de emergencia es un área impredecible de afluencia, normalmente la atención es fluida pero muchas veces se torna álgida por falta de tópicos y/o demanda de atención. Es en este escenario donde el personal trata de organizar los procedimientos y actividades en su quehacer, para poder brindar el cuidado humanizado deseado.

Esta situación motiva al autor a investigar temas de humanización en el cuidado, cuidado de calidad, ética en el cuidado, entre otros, en pro de inquirir en directivas que den como resultado un crecimiento en proceso del cuidado, tomando como fuente el saber del familiar y la práctica del cuidado humanizado de la enfermera en la institución de salud. Frente a estas consideraciones se formula el presente problema de investigación:

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la percepción del familiar acompañante sobre el cuidado brindado por la enfermera en el servicio de emergencia?

1.3. Objeto de estudio

Percepción del familiar acompañante sobre el cuidado brindado por la enfermera en el servicio de emergencia.

1.4. Pregunta Norteadora

¿Cuál es la percepción del familiar acompañante sobre el cuidado brindado por la enfermera?

1.5. Objetivos del estudio

Describir los cuidados que brinda la enfermera en el servicio de emergencia, desde la óptica del familiar acompañante.

Caracterizar la percepción del familiar acompañante respecto al cuidado que brinda la enfermera.

Analizar las implicancias de la percepción del familiar acompañante en el cuidado que brinda la enfermera.

1.6. Justificación y relevancia del estudio

Este estudio es importante porque servirá como aporte para la Institución, pues proporcionará, datos que permitirán mejoras, que generarán cambios en la labor profesional, enfocados en el cuidado brindado por la enfermera, hacia la completa satisfacción del paciente, teniendo en cuenta las expectativas del familiar acompañante, sus necesidades y percepciones, de esta manera también se estará identificando las posibles deficiencias en el cuidado de enfermería.

Considerando que el nivel de satisfacción es indicador importante de la calidad de atención, y por lo tanto base fundamental; se replanteará aspectos en la búsqueda de mayor satisfacción del usuario y familiar, así mismo con el presente estudio se rectificará aquellas actividades en las que se detecten deficiencias; de esta manera se develará el cuidado que brinda la enfermera, creando conciencia, desarticulando la actividad del cuidado para que exista mejor clima y bienestar del usuario. Este estudio facilitará el contacto con la realidad recalcando la percepción del familiar respecto al cuidado brindado por la enfermera; permitiendo a los profesionales de salud, en especial a la enfermera, reflexionar y asumir un compromiso individual que implique promocionar y desarrollar una relación de ayuda y confianza basada en la escucha activa que facilite un ambiente donde el familiar pueda expresar sus inquietudes y con ello poder atender las necesidades del usuario

De esta manera la enfermera estará comprometido en su labor como profesional, actuará en forma responsable y dedicada para garantizar la plena satisfacción del usuario y familia. En este sentido la atención que brinda la enfermera no debe limitarse a cumplir una serie de órdenes, normas, reglamentos relacionadas con el tratamiento que el paciente recibe, sino que la prioridad debe estar enfocada hacia el logro de la satisfacción óptima de todos los problemas reales y/o potenciales que el usuario presenta y éstos problemas contemplan no solo el aspecto físico sino también el aspecto emocional, afectivo y espiritual, favoreciendo con ello su recuperación y por consiguiente disminuyendo su estancia hospitalaria.

Uno de los propósitos de las instituciones que prestan servicios de salud es optimizar la prestación de sus servicios y así mismo fortalecer los procesos de calidad, definidos como el conjunto de herramientas que van desde los recursos físicos y

humanos hasta la adecuada percepción de cuidado de pacientes; es por esto que muchas de las instituciones prestadoras de salud a nivel mundial, valoran la percepción de los usuarios en sus respectivos servicios, puesto que el tema es de difícil manejo pero de gran importancia. Razón por la que este estudio es de gran implicancia práctica, tanto para la institución como para el usuario, ya que por medio de la información obtenida y analizada, se ratificará la misión, los valores y metas institucionales, así mismo se evaluará la calidad en el cuidado verificando aquellas deficiencias en el cuidado que quizá no fue percibido por el personal, con los que se obtendrá cambios en las directrices del cuidado mejorando la calidad del cuidado brindado.

La percepción del cuidado humanizado de enfermería implica el trabajo interdisciplinario, el cual debe ser sometido a una evaluación continua que busque la prestación del servicio competente y completo para así resolver de una u otra forma la situación de cada paciente, la valoración de la percepción tiene como propósito mejorar el bienestar de cada paciente, disminuyendo riesgos, para así poder lograr los objetivos, el cual sería prestar un servicio eficiente al usuario dentro del cual está integrado el prestar una atención oportuna, que sea accesible y continua, además de ser humanizada de esta manera brindar seguridad al usuario.

Por otro lado este estudio servirá como fuente bibliográfica teórica y metodológica, para la realización de futuros trabajos sobre el tema de investigación. Así mismo servirá de aporte en el campo de la docencia, tanto en lo que respecta como muestra y pautas para la realización de tesis cualitativa descriptiva exploratoria, y a la vez servirá de reflexión para el profesional y el alumno de pregrado; para aplicar los conocimientos y tenerlos presentes, de esta manera enriquecer su actitud al momento de brindar el cuidado al usuario.

CAPÍTULO II

2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.2. Referencial empírico

2.2.1. Antecedentes Internacionales:

Campo y Cotrina (4), en su estudio de investigación “Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica” Octubre 2011. Tuvo como objetivo: Conocer cómo ayudan las enfermeras de la UCI a las familias para que éstas realicen un afrontamiento eficaz de la pérdida de un ser querido; así mismo describir el sentir de las enfermeras de la UCI cuando ayudan a la familia a afrontar la pérdida (real, anticipada o percibida) de un ser querido. Empleó la metodología descriptivo – cualitativo, teniendo como resultado las siguientes categorías: cuidado holístico, establecimiento de una relación de confianza, sentimiento de vulnerabilidad, incapacidad para ofrecer este cuidado, formación en la gestión de emociones, duelo y habilidades de comunicación, limitación en la información.

Entre sus conclusiones menciona que las enfermeras se sienten responsables de los cuidados que las familias en situación de duelo, pues cubrir esta necesidad forma parte de la totalidad de los cuidados del paciente atendido. Así señalan que académicamente las enfermeras, están preparadas para atender los aspectos biológicos-técnicos, pero no para los emocionales.

Por su parte Ceron (5), realizó un estudio de investigación, con el objetivo de describir los aspectos presentes en la comunicación de la enfermera con el familiar del paciente hospitalizado en UCI-2008. Una investigación cualitativa de tipo revisión documental – descriptivo. Los resultados más relevantes arrojaron, que los aspectos

presentes que influyen en la comunicación con las familias, son la sobrecarga laboral, el hecho de no haber recibido ningún tipo de formación de base sobre la manera de afrontar el sufrimiento de las familias y de la muerte de los pacientes, así mismo el no tener los conocimientos y habilidades necesarias para satisfacer las necesidades psicosociales y emocionales de los familiares; todo ello hace que la enfermera de manera involuntaria, como mecanismo de defensa, ante su parte psicológica, se comporte de forma fría, distante e inhumana con las familias.

Del mismo modo, Abizanda (6), realizó un investigación sobre las necesidades reales de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: “Percepción de los familiares y del profesional” España 2007 cuyos objetivos fueron: Identificar las necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en UCI que se debe intentar satisfacer. El estudio tuvo como resultado que las obligaciones profesionales de los médicos no solo influyen lo asistencial a los pacientes hospitalizados, sino también deben incluir en cubrir las necesidades de los familiares o allegados para de esta manera, alcanzar en su totalidad los objetivos de beneficencia a que se refiere la bioética médica convencional, es decir la percepción del receptor de la acción de sentirse beneficiado por ella.

Por su lado Urizzi (7), en su estudio “Vivencias de familiares en terapia intensiva: El otro lado del ingreso” en Brasil 2007 tuvo como objetivo: comprender las vivencias de familiares de pacientes ingresados en Unidad de Terapia Intensiva (UTI), con la intención de contribuir para la humanización del cuidado en ese contexto. Utilizó como metodología la fenomenología, siendo su resultado, las experiencias difíciles, dolorosas, sin palabras, ponerse en el lugar y percibir el dolor del otro. En conclusión, la aproximación de estas vivencias con los familiares de pacientes internados en la UCI

puede traer subsidios para que los profesionales reflexionen sobre su práctica, involucrando la acogida, incorporando a la familia como foco importante del cuidar. Lo cual implica reflexionar en relación a lo establecido con la familia, las condiciones de trabajo, involucrando la política y la gestión institucional y la formación del profesional.

De la misma manera en el estudio titulado Cuidado humanizado un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios; Chile, 2007. Poblete y Valenzuela (8) realizan un análisis crítico de la influencia institucional en el trabajo de las enfermeras en los servicios de la salud pública de Latinoamérica y cómo esto afecta a la visión humanística del cuidado. Donde encuentra que el factor influyente en los sistemas institucionales, es que están impregnados de un modelo biomédico, que conllevan a una sobrecarga de trabajo y pérdida de su autonomía. Por otro lado, observan que los usuarios valoran más los aspectos de cuidado que tienen relación con la comunicación, el afecto y la atención que se le presta dentro de las instituciones hospitalarias. Concluyen que es importante que las enfermeras otorguen cuidados centrados en los usuarios y que los cuidados humanizados se integren a la praxis para mejorar la calidad de atención.

Por su parte Barbosa de Pinho & Azevedo Dos Santos (9), realizaron un estudio titulado “Significados y percepciones sobre el cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Santa Catarina – Brasil, 2006”. Una investigación cualitativa, realizada en siete enfermeros, cuatro familiares y un paciente en la UCI de adultos. Encontraron que el discurso de enfermeros, de familiares y del paciente refuerza la necesidad de ampliarse la dimensión del cuidado en la UCI, no centrándose solamente en la técnica o en la rutina, pero sí contemplando la participación de los vínculos y la valoración de las necesidades psico-sociales del paciente. Considerando que el discurso

humanizado puede ayudar en el rescate de la lógica del saber integral, disminuyendo la atención biomédica y fragmentada, además de concebir al hombre como un todo, constituido de cuerpo, mente, espíritu y sus relaciones sociales.

2.2.2. Antecedentes nacionales

De la misma manera Ramírez (10), realizó un estudio de investigación cualitativa descriptiva titulada “Ética del cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del familiar cuidador del paciente en estado crítico”, en la cual tuvo como objetivos identificar, describir y analizar la ética del cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del familiar cuidador del paciente en estado crítico.

El marco teórico estuvo sustentado en Guisán en 1995, Maliandi 2006, Pastor 1997, Antón 2000, Raile 2008; el rigor científico estuvo sustentado por Ospino 2004. Se usaron los criterios éticos según Scgreccia 2012. El escenario se llevó a cabo en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente las Mercedes. Se utilizó como instrumento de recolección de datos, la entrevista semi-estructurada a profundidad con una saturación de 6 sujetos de investigación. Los criterios de inclusión fueron los familiares directos como esposo(a), hijos, hermanos y que vivan con él, que tengan un tiempo mayor de 48 horas de hospitalizado y ser mayor de 18 años; así mismo se incluyó la observación no participante.

Se obtuvieron 3 categorías: I. La ética del cuidado en el diálogo de presencia y la aplicación de virtudes. II: Revaloración de la ética del cuidado para humanizar los cuidados de enfermería hacia el familiar acompañante del paciente crítico. III: Actitudes necesarias que favorecen la ética del cuidado y la interrelación. Encontrando que la enfermera hace uso de la ética del cuidado cuando desarrolla la comprensión del otro ser

que necesita ser cuidado a base de principios y valores morales y a la vez desarrolla la comunicación no verbal, como un gesto, una mirada tierna, entre otros. Resalta además que en la actualidad no todos los profesionales de enfermería ponen en práctica dicha características cayendo así en formas de no cuidado. Es así que los familiares exigen un trato más humano y sensible, creando en el profesional de enfermería actitudes necesarias que no pueden quedar omisas ante el pedido de los familiares.

Al respecto de percepción también Navarro (11), en su estudio titulado “Percepción de los padres acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera al recién nacido en el servicio, de UCIN Neonatal HNDAC. 2012. Lima Perú”. Estudia a 60 padres de familia. Encontrando que los padres daban mayor importancia en la atención a su recién nacido, el que la enfermera sea reservada con personas ajenas a los bebés, que le administre el tratamiento en la hora indicada y siempre supervise la seguridad del paciente de entre otras características.

Así mismo Bermúdez (12), en su investigación cualitativa, cuyo objeto de estudio fue la calidad de atención de salud desde la perspectiva del cuidado humano en usuarios hospitalizados en una institución del tercer nivel MINSA Trujillo Perú 2010. Realizó un estudio donde recolectó la información mediante entrevista semiestructurada. Donde se obtuvieron las categorías: Atención con Calidad Técnica Vs Atención sin Calidad Técnica. Vulneración de sus Derechos Vs Ser tratado como Ciudadano. Presencia del cuidado familiar Vs. Ausencia del cuidado de Enfermería, con sus indicativos. Resonancia Vs Disonancia del cuidado. Situación económica pobre sin protección del Estado Vs Situación económica pobre con protección del Estado.

Por su parte De la Cruz (13), en su estudio de investigación, “Percepción del familiar sobre la calidad de la atención que brinda la enfermera al paciente pediátrico

internado en el hospital Arzobispo Loayza Lima 2009”. Tuvo como objetivo determinar cuál es la percepción del familiar del paciente pediátrico, respecto a la calidad de atención que brinda la enfermera, dentro de la dimensión interpersonal y de confort. Las conclusiones fueron que la percepción del familiar acerca de la calidad de la atención que brinda la enfermera es regular con un sesenta y cinco por ciento (37) siendo el área más crítica la dimensión técnica, donde existe una percepción de calidad como mala con cincuenta y seis por ciento (34), con el indicador más significativo la habilidad y la destreza.

Al respecto Montoya (14) en su investigación, “Relación enfermera-familia en la unidad de cuidados intensivos – EsSalud” Chiclayo 2008; tuvo como objetivos: describir, analizar y comprender la relación, enfermera-familia y discutir a partir de esta relación su repercusión para el cuidado enfermero. Un estudio de tipo cualitativo y con metodología de estudio de caso saturándose con 15 personas. Concluye que el cuidado del profesional de enfermería hace referencia al conjunto de acciones en las relaciones de la enfermera con los familiares y el dominio de lo científico; orientadas a comprender al otro en su entorno donde se desenvuelve, implicando una mirada cuidadosa, acercándose a las personas en una relación de proximidad, individualización y fundamentada en una actitud de apertura al diálogo, respeto por los demás, sensibilidad ante las experiencias propias y las de otros. Así mismo se evidencia prácticas de no cuidado, cuando surgen situaciones conflictivas que constituyen un poderoso factor de desunión, ruptura, separación y alejamiento. Estas experiencias negativas hacen que los familiares sientan miedo, tristeza, preocupación y desesperanza.

Recientemente las investigaciones de enfermería tanto nacionales como internacionales le dan gran importancia al trato humanizado, esto se refiere al acto de

compenetrarse con la situación del paciente, brindando el cuidado con una actitud de respeto profundo por el otro, de honestidad, de aceptación de que el otro es un ser único y autónomo; ofreciendo un cuidado con empatía que es el entender el contexto del otro, sus motivaciones y sentimientos; atendiendo a lo que el otro necesita saber, no solo a este sino también a sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales; manteniendo siempre la disponibilidad de cuidar y ayudar.

2.3. CONTEXTO DEL OBJETO DE ESTUDIO

Al departir acerca de la evolución histórica de las emergencias intrahospitalarias, puede decirse que existe desde la misma aparición del hombre y su contacto con el medio ambiente, otros seres vivos, y obviamente, otros hombres, los han hecho víctima de situaciones en las que repentinamente su salud e integridad física fueron amenazadas. Esta situación persiste hasta el día de hoy. Con el progreso de la humanidad y la aparición y posterior evolución de la ciencia y tecnología, el abordaje de las urgencias fue cambiando, pero no sería hasta los últimos años en que tomaría la emergencia un perfil propio como patología.

Los cambios producidos en el conocimiento médico, y el surgimiento del trauma como principal causa de muerte en las primeras décadas de la vida, con su característica de entidad propia, fueron modificando la actuación de los planteles profesionales, transformando las guardias médicas en servicios o departamentos de urgencias o emergencias, dando lugar al desarrollo de una nueva disciplina, particular y definida, la medicina de urgencia o emergentología o emergenciología, según distintos autores, buscando aproximar el lenguaje a una realidad nueva (15).

El análisis de los actuales servicios intrahospitalarios de emergencia en nuestro país, demuestran que aún se conserva el antiguo sistema de policonsultorio de guardia, pretendiéndose con él, hacer frente a la demanda de la emergencia con su nuevo perfil. Y todo esto, en una concepción de hospital del siglo pasado, con atisbos de una descentralización y una autogestión declamadas, pero apenas esbozadas en la práctica.

Con el propósito de garantizar la óptima atención del paciente en situación de emergencia en los servicios de Emergencia de los Hospitales del Sector Salud; surge la formulación de la Norma Técnica, con el objetivo de dar la normatividad y los lineamientos de los procedimientos de atención, dirigidas a brindar prestaciones de salud, satisfaciendo las necesidades de atención del paciente bajo criterios de calidad y oportunidad. Así mismo organizar y adecuar la oferta y demanda de los usuarios en situación de emergencia, y asegurar un flujo eficiente de los recursos destinados al cuidado del paciente.

2.3.1. Norma técnica de los servicios de emergencia de hospitales del sector salud

La Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales del Sector Salud tiene base legal en la Constitución Política del Perú, La Ley General de Salud N° 26842, la Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud) N° 27056, Ley N° 26790, la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento en el Decreto Supremo N° 009-97-SA., la Ley N° 27604 que modifica los artículos N° 3 y N° 39 de la Ley N° 26842, el Decreto Legislativo N° 559, la Ley del Trabajo Médico D.S. N° 024-2001-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley del Trabajo Médico D.S. N° 016-2002-SA. Que reglamenta la Ley N° 27604 -R.M. N° 769-2004-MINSA, los Sistema de Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos del Ministerio de

Salud. R.M. N° 776-2004-MINSA y Norma técnica de la Historia Clínica de los establecimientos de salud del sector Público y Privado. R.M. N° 768-2004-MINSA.

Los alcances de las directivas de la presente Norma Técnica son de aplicación en todos los hospitales del Sector Salud que cuenten con servicios o áreas para atención de situaciones de Emergencia. La responsabilidad de dar cumplimiento a la presente Directiva será de los funcionarios de las siguientes instituciones del sector salud. Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, Establecimientos de salud del sector no público, Profesionales y personal técnico que labora en los Servicios o áreas de Emergencia.

La normativa señala que el área de Emergencia es un ambiente dependiente de un Centro Hospitalario, donde se otorgan prestaciones de salud las 24 o 12 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata. De acuerdo a su Nivel de Complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños. Así como, compromiso del estado de salud en grado diverso. Los daños en el Servicio de Emergencia se clasifican de acuerdo a su prioridad: (1) Prioridad I Emergencia o Gravedad Súbita Extrema, (2) Prioridad II Urgencia Mayor, (3) Prioridad III Urgencia Menor, (4) Prioridad IV Patología Aguda Común.

Así mismo indica las horas de estancia en Sala de Observación en un período que no debe exceder de 12 horas para los pacientes de prioridad I y de 24 horas para los de prioridad II. En la Sala de Reanimación (Shock Trauma) destinada para evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes que presentan daños de Prioridad I. Una vez realizado el Triage que es el proceso de evaluación, mediante el cual se prioriza el daño y se orienta acertadamente para su atención, a los pacientes que llegan al Servicio de Emergencia. Estará a cargo de un profesional de la salud capacitado y acreditado; luego

se los ubicara en los Tópicos de Emergencia, área para atención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de pacientes con daños de prioridad II y III.

Por otro lado la Normativa indica que la institución de salud debe constar con el mayor número de especialistas programados. Así como con equipamiento básico que permita reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. Al mismo tiempo debe de contar con el apoyo de Laboratorio y de Diagnóstico por Imágenes, durante todo el horario programado para atención en el Servicio de Emergencia. Además los Servicios de Emergencia deben tener permanentemente, el apoyo y la presencia de un representante de la Policía Nacional del Perú.

El personal asistencial de base será a dedicación exclusiva para el área de Emergencia, debiendo estar acreditados por una Organización de Capacitación reconocida por el MINSA u otra organización delegada por ella. Todo Servicio de Emergencia cuenta, además del personal propio de servicio, con el apoyo de personal médico especializado a través del sistema rotativo de guardias y de acuerdo a la complejidad del Centro Asistencial. De manera progresiva se debe contar personal propio de diversas especialidades como cirugía, ginecología, traumatología, neurocirugía, anestesiología etc., como parte del staff de emergencia. En caso de necesidad, se programará personal de retén que es convocado por el Jefe de Guardia. El personal asistencial que se encuentra de guardia no debe ser programado en Consultorio Externo, Intervenciones Quirúrgicas Programadas o pasar visita médica en áreas de hospitalización ajenas al Servicio de Emergencia.

Además la Normativa puntualiza que la institución de salud debe determinar el mecanismo de transporte adecuado y oportuno prescindiendo de las ambulancias cuyo uso es para transporte exclusivo de pacientes. Así mismo establecerse un sistema de

traslado de pacientes, el cual debe ser coordinado y adecuado a las realidades locales, pudiendo ser terrestre, aérea, fluvial o marítima. Implica que los Servicios de Emergencia deben tener sistema de comunicación telefónica y radial. De la misma manera la comunicación interna del servicio de emergencia con los servicios Intrahospitalarios se realiza por intercomunicadores y/o anexos telefónicos para de esta manera pueda ser más fluida, accesible y oportuna.

La normativa es explícita en lo que respecta a la ubicación de los servicios, el Servicio de Emergencia se debe ubicar en el Primer Piso y debe tener fácil acceso. Se debe contar con las siguientes áreas: Área de Triage. Área de Admisión. Área de Espera con Servicios Higiénicos. Área de tesorería. Área para Servicio Social. Consultorio diferenciado por especialidad. Tópico de Inyectables y Nebulizaciones. Consultorio de Emergencias (Prioridad III y IV). Sala de Yeso (Hospitales II-2, III-1 y III-2). Área de Hidratación. Unidad de Shock Trauma y Reanimación (Hospitales II – 2, III – 1 Y III - 2). Unidad Crítica de Emergencia o Unidad de Vigilancia Intensiva (Hospital II-1). Área de Procedimientos. Sala de Observación diferenciada: adultos y niños (Hospitales II-2, III-1, III- 2). Sala de Operaciones (Hospitales III-1 Y III-2). Área de esterilización rápida. Área para pacientes infecto contagiosos (Hospital III-1 y III-2). Vestuario y reposo de personal con Servicios Higiénicos.

Así mismo deberá contar con servicios básicos, luz auxiliar y grupo electrógeno. Áreas con señales de ubicación y de seguridad, extintores portátiles. Servicios sanitarios diferenciados de pacientes, familiares y personal. Ambiente para materiales de limpieza. Área de depósito: Medicinas, ropa, materiales y equipos. Área de aseo del Servicio, depósito de residuos. Área de espera de familiares. Área para camillas y silla de ruedas.

Estacionamiento de Ambulancias. Oficina de Jefatura Médica y de Enfermería de Emergencia (Hospital II-2, III-1 y III- 2). Área para Policía Nacional del Perú.

Además señala específicamente que los Servicios de Emergencia contarán con personal II-1 II- 2 III- 1 Médico Médicos Internistas, Cirujanos Generales Pediatra Gineco-Obstetra Anestesiólogo Opcional de acuerdo al CAS. Traumatólogo Médicos Emergenciólogo o Internistas. Cirujanos Generales Traumatólogo Pediatras Gineco-Obstetras Anestesiólogo Programación Reten: Cardiólogo Otras especialidades de acuerdo a demanda. Médicos Emergenciólogos, Cirujanos Generales Traumatólogos Anestesiólogos Neurocirujanos Pediatras Gineco-Obstetras Cirujano de Tórax Nefrólogo Cardiólogo Programación Reten: Psiquiatra Urólogo Oftalmólogo Otorrinolaringólogo Cirujano Cabeza y Cuello Neurólogo.

De la misma manera la Normativa indica la ubicación y requerimiento del recurso humano; así en Sala de Observación. Técnico en Enfermería, Enfermero u Obstetrix y Camillero. Médicos Asistentes de Planta del Servicio de Emergencia para sala de observación 1 medico por 6 a 10 pacientes, según nivel. 1 enfermero por cada 6 pacientes 1 técnico de enfermería por cada 6 pacientes

La Normativa presenta una disposición donde señala que los Centros Asistenciales de Sector Salud que cuenten con el Servicio o área de Emergencia, están obligados a brindar atención médico quirúrgica a toda persona en situación de emergencia (Artículo 3° de la Ley General de Salud). Todo paciente que llega al servicio de emergencia, debe ser admitido y atendido integralmente, posteriormente se procederá a referirlo a otro Centro Asistencial si el caso lo amerita. La determinación de la condición de emergencia médica es realizada por el profesional médico encargado de la atención, bajo responsabilidad. Así mismo especifica que el médico que brinda

atención médica a una persona por herida de arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente.

Así mismo la Normativa detalla la recepción y orientación de los usuarios, indica que se realizará a través del personal de apoyo, en coordinación con los servidores de Admisión y Triage. El personal de vigilancia facilitará el ingreso al Servicio o área de Emergencia de un familiar o acompañante de acuerdo a la necesidad. Las camillas y sillas de ruedas permanecerán en la entrada del Servicio o área de Emergencia para un rápido traslado del paciente, la Enfermera jefe designará al personal de apoyo responsable de esta área. El acceso al Servicio o área de Emergencia debe ser directo y libre de obstáculos, con señalizaciones claras.

Luego de ser evaluado en el Triage, el paciente será derivado al área de Admisión. Si se tratara de un caso crítico, el familiar o acompañante realizará los trámites respectivos en la Admisión. El área de Admisión se encarga de la identificación y verificación del paciente, de acuerdo a las normas institucionales vigentes. Esta área debe tener acceso a información actualizada de la Historia Clínica si correspondiera.

El profesional de salud encargado del Triage, realiza el control de las funciones vitales del paciente y determina la prioridad del daño del mismo, a fin de derivarlo al área correspondiente de acuerdo al Protocolo del Triage: Prioridad I a Sala de Reanimación o Shock Trauma – Prioridad II a Tópico de Emergencia II. – Prioridad III a Tópico de Emergencia III. – Prioridad IV a Consulta Externa u otros servicios ambulatorios. El profesional de salud encargado del Triage, estará permanentemente en coordinación con el Médico Emergenciólogo Jefe de Guardia o quien esté programado

como responsable. En el área Triage se activará el código de alarma de emergencia ante la llegada de un paciente de Prioridad I, para que el equipo de reanimación se constituya en el acto, en la Sala de Shock Trauma. Sala de Reanimación (Shock Trauma). La atención en este ambiente se realiza por un equipo multidisciplinario, liderado por el Médico Emergenciólogo responsable del área. El tiempo de permanencia del paciente en la Sala de Shock Trauma, debe ser el estrictamente necesario, hasta conseguir la estabilidad del paciente que permita su traslado a otro Servicio que corresponda, para su tratamiento definitivo.

Todo traslado del paciente a otra área o Servicio será indicado por el Médico tratante, así también determinará al personal encargado del traslado de acuerdo al estado del usuario y previa coordinación con el área de destino. La sala de Reanimación deberá contar con sistema informático donde se registre los datos de la atención realizada.

Los usuarios con daños de prioridad II, permanecerán en el Tópico de emergencia el tiempo suficiente para definir su destino final, que podría ser: Hospitalización, Centro Quirúrgico, Sala de Observación, referencia a otro Centro Asistencial o Alta Médica. La atención del usuario será registrada en todos sus aspectos en la denominada Historia Clínica de Emergencia, debiendo constar la firma y el sello del Médico asistente responsable. El Médico tratante determinará el traslado y continuidad del tratamiento del usuario en el área respectiva, previa comunicación.

El ingreso de todo paciente a Sala de Observación implica la máxima coordinación entre el personal médico y el de enfermería que traslada y recibe al paciente, debe ingresar con Historia Clínica de Emergencia haciendo énfasis en el motivo de ingreso, estado actual, tratamiento u otros datos clínicos de importancia, con la finalidad de asegurar la atención integral y continua del mismo. A los pacientes de

mayor riesgo se les ubicará físicamente cerca a la Estación de Enfermería. La periodicidad de evaluación de los pacientes se realizará de acuerdo a su estado clínico, debiendo como mínimo tener dos evaluaciones por turno. Los resultados serán registrados en las notas de evolución e incluirán el estado actual, apreciaciones diagnósticas y comentarios respectivos en concordancia con los resultados de los exámenes solicitados; así como apreciaciones de las respuestas terapéuticas. La estancia del usuario en la Sala de Observación está en relación directa a la decisión médica de acuerdo a la evolución de su estado de salud.

Cuando no exista el soporte informático, la Enfermera encargada de Sala de Observación, debe registrar todos los pacientes que ingresan y egresan de Sala de Observación, consignando en el Libro de Registro: fecha y hora de ingreso y egreso, nombre del paciente, edad, sexo, número de registro o seguro, diagnóstico, destino, médico que indicó el ingreso y el egreso.

En caso de requerirse la opinión de otro especialista, el Médico Emergenciólogo tratante solicita una interconsulta, registrando en la Historia Clínica la fecha y hora en que solicitó la interconsulta, precisando el diagnóstico, el motivo de la evaluación y la especialidad requerida. La respuesta del especialista solicitado debe ser realizada en un tiempo no mayor a los 30 minutos de generada. La interconsulta solicitada por el Servicio o área de Emergencia, tiene prioridad de atención y debe ser contestada inmediatamente al ser recibida por el especialista requerido. En caso de indeterminación diagnóstica o discrepancia terapéutica médica ó quirúrgica respecto a un paciente, el Médico tratante solicitará una Junta Médica, haciendo de conocimiento del Jefe de Guardia (16).

2.4. Referencial Conceptual. En concordancia con el objeto de estudio los conceptos de la presente investigación son:

2.4.1. Aspectos generales del Familiar acompañante

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar (4).

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares. Mayormente en los casos de alguna enfermedad aguda se presenta un desajuste muy grande pero generalmente de una corta duración a diferencia que una enfermedad crónica, esta evolucionara lentamente hasta el deterioro irreversible lo que ocasionará un estrés crónico en el sistema familiar. Durante todo el proceso de enfermedad la familia sufre al igual que el paciente y se produce cambios catastróficos en la familia.

Generalmente los pacientes que portan alguna enfermedad y que requieren cuidados de emergencia, son dirigidos a centros de salud acompañados por un familiar,

al respecto, Martínez (17), refiere que el familiar a cargo del paciente, es quien está en permanente contacto con el paciente, y lo acompaña en el momento de pérdida de la salud, en su mayoría son familiares cercanos. En otros casos son cuidadores entrenados en el cuidado de los mismo, a estos se les llama acompañante terapéutico, esto sucede más en pacientes crónicos.

El acompañante terapéutico es un recurso humano preparado para asistir a personas que se encuentran atravesando por alguna circunstancia o proceso, que afecta su salud, es decir, una crisis, una enfermedad, una discapacidad, etc. Este acompañante terapéutico es quien sostiene, con su presencia, una función asistencial específica en el área de la salud, incluido siempre dentro de un equipo que trabaja con la salud – enfermedad (2).

El mismo cuenta con conocimientos que le permiten transitar junto a su acompañado, por los procesos antes mencionados, desempeñando un rol centrado en el apoyo y sostén frente a las dolencias de su asistido en lo cotidiano de las actividades. Con el objetivo de contribuir a la continuidad del cuidado del paciente vulnerable y/o dependiente durante su estancia en áreas hospitalarias no críticas y al alta. En un sentido coloquial acompañar es “estar con otro”. En cuanto a “acompañar terapéuticamente” indica también “estar con otro/s” pero desde un marco teórico y referencial que fundamenta un accionar terapéutico, una operatoria con direccionalidad. (17).

2.4.2. La emergencia hospitalaria y la satisfacción del paciente y familia

El familiar que llega a la emergencia acompañando al paciente, normalmente se encuentra ansioso, irritable y demandante por la atención, pues mayormente vienen con su familiar grave, que urge recibir atención; en el momento que se satisface los requerimientos del paciente, este se convierte en un facilitador de los cuidados

brindados, así mismo se convierte en el informante principal de la situación actual del paciente (13).

La mayoría de veces son la madres quienes traen a sus niños al centro de salud, también están los hijos quienes acompañan a sus madres o padres y otras veces son los cónyuges. Cabe mencionar que también vienen al servicio de emergencia, pacientes acompañados de su familiar terapéutico o familiar acompañante. En su mayoría son pacientes crónicos quienes precisan un familiar terapéutico para la atención continua del paciente.

La satisfacción percibida por el usuario y familiar vendría a ser la base fundamental en el actuar del personal que brinda el servicio de salud. Al finalizar la experiencia de servicio recibido se observa entonces una clara tendencia a medir la satisfacción, percibiendo un juicio emocional y cognitivo de la estancia en el servicio, es notable claramente que a mayor satisfacción, mayor confianza del paciente. De esta manera, la mejora en la calidad de los servicios prestados puede ser lograda con la mejora de la eficacia y de la eficiencia en la prestación de los servicios, además de la forma en la que los pacientes y familiares son atendidos, trasmitiéndoles seguridad, dinamismo y empatía, de manera que se muestre una preocupación real o genuina por el bienestar del usuario.

Al estudiar la percepción del familiar que acompaña al paciente que acude en búsqueda de atención a los servicios de salud, nos referimos al pensamiento, a la perspectiva, a la objetividad, al concepto, a la integración entre el conocimiento del paciente y el entendimiento o concepto de cuidado por parte del familiar. La percepción

es la aprehensión psíquica de una realidad objetiva, distinta de la sensación y de la idea, y de carácter mediato o inmediato (18).

2.5. Referencial teórico y filosófico

Según el objeto de estudio los enfoques teóricos y filosófico que fundamentan el presente estudio son en definitiva, la teoría de la Gestalt con Wertheimer quien propone un enfoque psicológico en el que la persona tiene un papel activo construyendo unidades de significación acerca de sus experiencias; y que además es capaz de reestructurar sus "formas" mentales para adoptar puntos de vista más útiles y orientar mejor, tanto su toma de decisiones como sus objetivos. Así mismo incurrimos en la teoría del cuidado Humanizado desde la visión de Jean Watson, teoría basada sobre el ejercicio profesional de la enfermería, como parte de la dicotomía enfermera-paciente, referido a la relación transpersonal que se genera entre ellas y cuyo contexto no es otro que el del cuidado humanizado. Así mismo en lo que respecta al enfoque filosófico encontramos a Leonardo Boff quien estudió el cuidado desde una perspectiva ontológica existencial en que se desarrolla, un proceso de reciprocidad y desenvolvimiento afectivo por el otro ser humano, donde la humanización, la solidaridad, la convivencia vendrían a ser los pilares del cuidado y cuya base fundamental es el amor y el respeto por cada uno de los miembros de la naturaleza.

Diversos teóricos han estudiado a la percepción ampliamente, así tenemos a Wertheimer, uno de los fundadores de la psicología Gestalt quien junto a Wolfgang Köhler y Kurt Koffka, basan su teoría en la percepción, la experiencia y orientación hacia metas concretas. Los autores defienden que el individuo percibe una situación completa en lugar de asimilar los elementos particulares de la misma. Por ende, la teoría

señala que el todo, es algo más que la simple suma de los elementos que lo componen, en primer lugar las personas tienden a organizar los elementos de una situación y luego agregan otros de experiencias pasadas, haciendo con ellos que la experiencia sea mayor que la suma de las percepciones individuales, es decir, si se proporcionan ciertas claves significativas se puede implicar algo más de lo que se da en una situación (19).

La psicología de la Gestalt se puede encuadrar dentro del marco más amplio de la psicología humanista, ya que pone énfasis en las vivencias subjetivas de cada persona, da importancia a aspectos positivos de la psicología tales como la autorrealización y la búsqueda de decisiones acertadas, y trabaja con una concepción del ser humano como agente capaz de desarrollarse de forma libre y autónoma.

La teoría de la Gestalt rechazaba la consideración de los estados subjetivos de consciencia a la hora de investigar sobre el comportamiento de las personas y pone énfasis en los efectos que el contexto tiene sobre ellas. De este modo, se acerca a la persona a una concepción del ser humano caracterizado por su papel activo a la hora de percibir la realidad y tomar decisiones. Según los gestaltistas, todos creamos en nuestra mente imágenes más o menos coherentes sobre nosotros y lo que nos rodea, y estas imágenes no son la simple unión de las secuencias de información que nos llegan a través de nuestros sentidos, sino que son algo más.

Wertheimer (20) psicólogo alemán de origen checo nacionalizado estadounidense. Estableció una serie de leyes de la organización, basándose en que las organizaciones perceptuales son innatas. Nuestra es la tendencia a percibir objetos al modo de configuraciones o totalidades organizadas en un elemento dado, que procede

de la manera en que el sistema nervioso humano procesa los datos. La psicología de la Gestalt, pues se funda básicamente en la doctrina del innatismo.

El innatismo es la doctrina según la cual algunos conocimientos (o todo el conocimiento) son innatos, es decir, la presencia de conocimientos previos a los adquiridos por medio del aprendizaje, o la experiencia. Se dice que nacemos sabiéndolos (o determinados a adquirirlos). La palabra «innatismo» ya sugiere algún tipo de idea, conocimiento o contenido mental que está presente en el momento en que un organismo nace, es decir, que no es adquirido o aprendido por éste (21).

La palabra alemana Gestalt, que muchas veces se traduce al español como "forma", representa este proceso por el que construimos marcos de percepción de la realidad: todas las personas interpretamos la realidad y tomamos decisiones sobre ella en base a estas "formas" o "figuras" mentales que vamos creando sin darnos cuenta. La teoría de la Gestalt se centra en dar explicaciones acerca de nuestra manera de percibir las cosas y tomar decisiones a partir de las "formas" que creamos (22).

La psicología de la forma Gestalt psychologie, es responsable de realizar algunos experimentos sobre la naturaleza de la percepción del movimiento, también conocida como “fenómeno phi”. Básicamente, estos estudios demuestran que el individuo registra la realidad que lo rodea no solamente a partir de sus cinco sentidos, sino especialmente a través de un principio de organización mental (23).

Dicho de otro modo, la teoría de la Gestalt sostiene que la psiquis del individuo siempre les otorga algún orden a los objetos que percibe. Por eso, sus impulsores acuñan la famosa frase “el todo es más que la suma de sus partes”, ha sido una especie de emblema empleado para caracterizar a la psicología de la Gestalt. Sin embargo, lo cierto

es que ninguno de sus fundadores (ni Wertheimer, ni Koffka ni Köhler), la emplearon jamás. Lo que en cambio sostuvieron es que hay eventos (tanto psicológicos como físicos) que resultan fundamentalmente diferentes a una colección de sensaciones, piezas o sumatoria de elementos (24).

Según el significado filosófico, percepción proviene del latín percipere, aprehender, aprehensión sensorial, significa el reflejo de las cosas en la conciencia a través de los órganos de los sentidos. Es la manera en la que el cerebro de un organismo interpreta los estímulos sensoriales que recibe a través de los sentidos para formar una impresión consciente de la realidad física de su entorno. También describe el conjunto de procesos mentales mediante el cual una persona selecciona, organiza e interpreta la información proveniente de estímulos, pensamientos y sentimientos, a partir de su experiencia previa, de manera lógica o significativa (25).

El proceso de percepción comienza con un objeto del mundo real, llamado el estímulo distal u objeto distal. Gracias a las características de la luz, del sonido o algún otro proceso físico, el objeto estimula los órganos sensoriales del cuerpo. Estos órganos sensoriales transforman la energía (que juega el papel de información entrante) en actividad neural, en un proceso llamado transducción. Los patrones de actividad neural que son así generados son llamados estímulos proximales. Estas señales neuronales son transmitidas al cerebro y procesadas. La recreación mental del estímulo distal es el percepto. La percepción ha sido a veces descrita como el proceso de construir representaciones mentales de estímulos distales usando la información disponible en los estímulos proximales (18).

La percepción es un proceso nervioso que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno. A su vez agrega que es un proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social. Esta comprende principalmente dos procesos: la decodificación o selección de toda la información que nos llega del exterior, reduciendo la complejidad y facilitando su almacenamiento en la memoria. Y el intento de ir más allá y predecir acontecimientos futuros y de este modo reducir sorpresas (25).

Dichos procesos le dan estructura a nuestro proceso perceptual, en el sentido que nuestra percepción no constituye un continuo procesamiento de estímulos caóticos que se almacenan en la memoria sin orden; sino que por el contrario, al percibir una persona, un objeto se crea un orden en todo ese caudal de información (26).

El otro elemento en este proceso, es el conductual. Remarca que la percepción es capaz de generar conductas, dependiendo de cómo el individuo perciba una situación, entonces manifestará una determinada conducta; ya sea si la persona percibe la situación como potencialmente peligrosa o no. Este orden nos permite poder reexaminar detalladamente la información para poder adicionar más información de interés para nosotros y poder inferir comportamiento y situaciones (25).

En este contexto se puede observar en la unidad de estudio, que los familiares mediante su percepción elaboran e interpretan información de cada una de los panoramas que observan lo que les genera un concepto, una definición, un parecer, una opinión, una deducción, un comportamiento, una conclusión referente al cuidado

brindado por el profesional de enfermería; de los cuales señalarían como bueno o deficiente según su parecer, lo que trae como consiguiente satisfacción o insatisfacción referente al cuidado brindado percibido.

Si nos referimos al cuidado brindado existen diversos autores quienes han definido al cuidado de diferentes maneras en busca de un completo significado. Desde la óptica de Watson (27), cuidar significa “compromiso con” es un razonamiento y un ideal moral profundo. Donde su objetivo fundamental es el de la protección y la preservación de las dimensiones humanas tales como: el respeto a la dignidad humana la autonomía del enfermo y la comprensión de los sentimientos y emociones del que cuidamos. Todo ello desemboca en una filosofía de enfermería que la denomina: humanística, por poner de relieve la condición humana como eje fundamental del cuidado en la práctica de enfermería. Así mismo refiere que el cuidado debe adquirir una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o de la atención rutinaria día a día, es más bien estar ahí con el otro compartiendo sus sentimientos y emociones.

Además indica que la enfermera se dedica a la promoción/prevención de las enfermedades y el restablecimiento de la salud. Señala que los enfermos requieren cuidados integrales que promuevan el humanismo. Así mismo remarca que los cuidados sirven para perfeccionar la situación de vida de las personas preocupándose en la calidad de vida con las diversas consideraciones de las diferencias individuales. En el entendimiento del cuidado humanizado, Watson desglosa al cuidado en 10 dimensiones:

- (1) Humanismo y altruismo; que corresponde a los valores y principios que la enfermera puede compartir con el paciente para poder llegar al verdadero significado de la conexión humana.
- (2) Fe y esperanza. Está fundamentada en la conducta que reafirma la búsqueda de la salud, la recuperación en el caso de enfermedad o el apoyo en caso de muerte.
- (3) Sensibilidad humana. Esta unida al valor de autenticidad. Significa ser coherente consigo misma, lo que le da a la persona una sólida identidad de autoimagen y autoaceptación humana.
- (4) Relación de ayuda y confianza, es la interrelación dinámica entre los seres humanos. Implica empatía, afecto y comunicación eficaz.
- (5) Aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos. Es una experiencia donde se involucran y se comparten los sentimientos.
- (6) Utilización del método resolución de problemas para la toma de decisiones. La utilización del proceso de enfermería, conlleva a un planteamiento científico de la resolución de los problemas de la asistencia de enfermería.
- (7) Promoción de la enseñanza aprendizaje interpersonal. Permite informar al paciente y derivar hacia este la responsabilidad de su salud y bienestar. A través de las cesiones interpersonales se deben comunicar sobre el significado de los cuidados integrales.
- (8) Previsión de un entorno de apoyo y protección y/o corrección física, mental, sociocultural y espiritual. La enfermera debe reconocer la influencia que tiene los factores externos e internos en la salud y en la enfermedad de las personas. Como

variables externas se incluye, el confort, la intimidad, la seguridad y en las variables internas se encuentran el bienestar mental y espiritual de la persona enferma.

(9) Satisfacción de las necesidades humanas. Aquí se toma en cuenta la teoría de Maslow, para la cual las relaciones interpersonales de la enfermera hacia el enfermero deberán realizarse de manera individualizada.

(10) Comprensión y tolerancias de las fuerzas fenomenológicas. Corresponde a la ciencia de la existencia humana, concepción filosófica de la situación humana y la permanente comprensión de nosotros mismos y de los demás, como base permanente del vivir humano.

Los objetivos del cuidado humanizado abarcan entre otros aliviar, reconfortar, ayudar, favorecer, promover, restablecer, dar, hacer, etc. Watson (28) prefiere denominar el cuidado como un cuidado holístico que es el que promueve el humanismo, la salud y la calidad de vida. Afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sustentarse en un sistema sólido de valores humanísticos que la enfermera debe cultivar a lo largo de su vida profesional e integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad enfermera. Es decir la asociación humanística científica constituye la base de la ciencia de cuidar. Así mismo, sostiene que el cuidado de enfermería se basa en tres premisas teóricas tales como: (1) la actitud de asistencia, (2) la claridad de expresión de ayuda y de los sentimientos y (3) el trato genuino y sincero a la persona.

El término cuidado etimológicamente deriva del latín cura, esta palabra es un sinónimo erudito de cuidado. A su vez cuidado deriva de cogitare-cogitatus, coyedar, coidar, cuidar; el sentido de cogitare-cogitatus es el mismo que el de cura, cogitar, pensar, poner atención, mostrar interés, manifestar una actitud de desvelo y de

preocupación; el cuidado solo surge cuando la existencia de alguien tiene importancia para mí. Paso entonces a dedicarme a él, me dispongo a participar de su destino de sus búsquedas, de sus sufrimientos y sus éxitos en definitiva de su vida cuidado significa entonces desvelo solicitud, diligencia, celo, atención delicadeza, una actitud, un modo de ser mediante el cual la persona sale de si y se centra en el otro con desvelo y solicitud (18).

Al estudiar el cuidado se considerara todas las dimensiones del ser humano en constante interacción con su entorno, por lo que el cuidado de la enfermera deja de ser un procedimiento técnico, una intervención únicamente para ser una interacción, una relación abarcando sentimientos de afecto, donde la ayuda es el sentido de la calidad del otro, de ser o de venir a ser, respetándolo, tocándolo y hacer del cuidado un instrumento para el crecimiento y bienestar. Cuidar es una manera holística de ver al usuario, que es un ser que ve, siente, piensa y actúa.

Tal cual Ariza (29), en su estudio titulado, la excelencia del cuidado. Un reto para enfermería. Señala que junto con el progreso en los conocimientos biomédicos sobre el origen, el desarrollo, el cuidado y la naturaleza de la vida humana, se han perfeccionado técnicas, ha habido avances científicos y tecnológicos, que bombardean el quehacer del profesional de enfermería olvidando, en algunos momentos, pero que la esencia de éste no es otra cosa que el respeto a la vida y el cuidado del ser humano.

El cuidado entendido por algunos autores es la acción encaminada al acto humano imperativo y moral que ayudan al otro a crecer a realizarse y enfrentar dificultades, en búsqueda de bienestar y preservación de la especie. Tal como lo señala Ariza refiere que la profesión de enfermería exige una vocación específica que implica

ejercer nuestro trabajo con espíritu de servicio sin admitir la mediocridad, sin admitir las cosas mal hechas; debemos estar convencidos de la nobleza de nuestro trabajo. No debemos detenernos siempre en lo fácil sino buscar y enfrentar siempre lo difícil. Nuestra vocación no debe admitir nunca la rutina en la tarea diaria y no debe haber dos días iguales en el quehacer asistencial, docente y/o investigativo.

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

Así mismo Cornejo (30) en su libro “La grandeza de los valores” indica las condiciones necesarias para que se dé el cuidado; la autora considera la conciencia y conocimiento sobre la propia necesidad de cuidado, la intención de actuar y acciones basadas en el conocimiento y un cambio positivo como resultado del cuidado, juzgado solamente con base en el bienestar de los demás. Así mismo refiere que, se pretende que el profesional de enfermería llegue a desarrollar un interés permanente por su crecimiento y desarrollo tanto en su vida personal como profesional y esto sólo se logrará con “una auto exigencia constante que la conduzca a ponerle amor y cuidado a lo grande y a lo pequeño, lo cual la conducirá a acabar las cosas bien”.

La dedicación en el cuidado le permitirá prestar atención al mismo, cuidando el orden y adquiriendo tenacidad y constancia en los encargos que se le confieren, con lo

cual siempre podrá vencer la pereza y evitar la improvisación en su quehacer. Además desarrollará un gran espíritu de cooperación que no es más que la actitud permanente de servicio a los demás, lográndose en últimas una labor de equipo con la que se alcanzará una gran repercusión en el bienestar del usuario, la familia y/o el grupo al que se le brinde cuidado, a la vez que se favorece así el desarrollo de características tales como estimar y valorar a los demás, reconociendo sus capacidades y aportes, con lo cual finalmente se pretende alcanzar el progreso propio y el de los demás.

Por otro lado Pinto (31), señala que una de las características esenciales del profesional de enfermería debe ser la alegría. Ésta debe traducirse en el optimismo con el que desarrolle su trabajo, el buen humor que se esfuerce por desarrollar en los momentos en los que no sólo el paciente sino también sus compañeros de trabajo lo necesiten. Esto le permitirá sobrellevar las dificultades de tal forma que se encuentren las soluciones más acertadas y todos sean beneficiados. Estas características se reflejarán en el trabajo bien hecho, lo cual se verá beneficiado por la creación de un ambiente propicio para el buen uso de la libertad con la que todos contamos para desarrollarnos personal y profesionalmente. Y ¿cómo lograrlo? Siendo profesionales de calidad, poniendo mucho amor y esmero a nuestro trabajo.

Así mismo resalta otro aspecto en el contexto de cuidado, que es el referente a las características personales de la enfermera, dentro de las cuales es importante resaltar el asumir una actitud de querer dar y recibir para facilitar el encuentro, mantener una actitud libre, flexible, cálida, expectante, neutral, desprovista de comportamientos autoritarios y centrada en lo que acontezca en la personalidad del otro.

Además llama a la reflexión de uno de los problemas serios en el cuidado, es que en ocasiones se trata a los pacientes como patologías y no como personas. Por ejemplo, el ICC (insuficiencia congestiva cardiaca) complicado, el de la cama 8, la diabetes descompensada. El ser humano es persona desde el primer momento de su existencia, y como tal ha de ser tratado, respetado por sí mismo - señala- y no puede quedar reducido a puro instrumento en beneficio de otros. Indica que el cuidado de todo paciente tiene como fin su curación, la mejora de sus condiciones de salud o su supervivencia, y por tanto, deben respetar su vida y su integridad, sin ser expuesto a riesgos.

Así mismo el reconocimiento del otro es un elemento primordial en la relación entre el cuidado y el cuidador. El desarrollo de estas características facilita la empatía considerada como la esencia del cuidado. Esta no es más que una condición que otorga al ser humano la capacidad para penetrar en la intimidad del paciente, una facultad del espíritu que germina en todos los seres humanos. La existencia de la empatía radica en un saber de nosotros mismos y de nuestro prójimo, un saber sobre la vida humana que tiene como base el individualismo (31).

Los enfermos requieren cuidados integrales que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida, con las debidas consideraciones de las diferencias individuales. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que solo resulta efectivo si se realiza de una forma interpersonal. Los factores del cuidado representan los valores que tienen que ver con la enfermera, el paciente y la familia e incluye aquellos que siente, experimenta, comunica y promueve cada enfermera.

El concepto del cuidado es una característica esencial de la enfermería, cuidado es el tema central en la atención la ciencia y el ejercicio profesional de la enfermera.

Los cuidados incluyen actividades de asistencia, de apoyo para una persona o grupo con necesidades evidentes o previsibles. Los cuidados sirven para perfeccionar la situación de la forma de vida de las personas (32).

Al respecto Mayeroff, (33) corrobora con el pensamiento de Jean Watson; Mayeroff filósofo americano, escribió en el año de 1971 su libro "El cuidado Humano". En el cual proporciona una descripción detallada y explica la experiencia del cuidado del ser humano. Tomó la idea del cuidado en una nueva dirección con visión personalizada. En este libro muestra que al mismo tiempo que formamos las características del cuidado del alma tradicional podríamos ayudar a comprender integrar nuestras vidas más afectivamente.

En la visión de Mayeroff, los cuidados van en una dirección personalizada, los valores morales están inmersos en el proceso de cuidar y de crecer así lo remarca cuando indica "*cuando cuidamos del prójimo crecemos*". El significado de la palabra cuidado para Mayeroff, refleja un sentido estoico y de inspiración, atención y solicitud lo cual resulta del lado positivo del cuidado. Siendo la característica fundamental del cuidado es el origen de la vida. La dignidad de la misma que conlleva al respeto y a la búsqueda del bienestar por ello el cuidado humano es ayudar a otro a crecer.

Un ejemplo ilustrativo de lo que es el cuidado para Mayeroff se da en una relación padre hijo. Refiere que el cuidado básico de los padres es respetar a su hijo y ayudarlo a crecer en su propio derecho, animándolos y asistiéndolos en sus necesidades. Cuando cuidamos a otro es importante considerar el principio de autonomía y sus propios valores e ideales, fundamentados en su propia existencia.

Todo esto es extrapolable a la relación de ayuda que se da en la relación enfermera – paciente a la que se refiere Watson. Podemos considerarlas dentro de las disposiciones éticas representadas en cualidades humanas. Cuidado significa para la autora, comprensión, aprecio, empatía, conocimiento de si y de otros; significa ser capaz de sentir desde adentro, lo que la otra persona siente y determinar lo que requiere para crecer.

El alcance moral del cuidado según Mayeroff es la ética de la responsabilidad, enfatiza que los valores se descubren en el cuidado y se articulan con las respuestas humanas del ser. Este autor concluye que a mayor profundidad de comprensión del rol central del cuidado en nuestras propias vidas, habrá una mayor realización de estas.

El cuidar dice Mayeroff (33), es primariamente un proceso que implica dedicación, confianza, paciencia, humildad, honestidad, conocimiento del otro, respetar la primacía del proceso, esperanza y coraje. En la visión de Mayeroff, los valores morales son inherentes en el proceso de cuidar y crecimiento. Describe ocho componentes del cuidado, que es necesario que toda persona que pretende brindar cuidados, las conozca y aplique para que realmente el usuario se sienta satisfecho del cuidado recibido, así como ella misma.

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

Ritmos Alternados: No puedo cuidar apenas por hábito; debo ser capaz de aprender a partir de mi pasado. Veo cuantos comprenden mis acciones, si ayudé o no, y a la luz de

los resultados, mantengo o modifico mi comportamiento de modo de poder ayudar mejor al otro.

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

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

Confianza: El cuidado implica confiar en el crecimiento del otro en su propio tiempo y de su propia manera. Al cuidar de otra persona confío en que él va a errar y a aprender de sus errores. Confiar en el otro es dejarlo en libertad; esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, y ambos exigen coraje.

Humildad: El hombre que cuida es sinceramente humilde cuando se dispone a aprender más sobre el otro y sobre sí mismo, y sobre aquello que el cuidado comprende. Una actitud de no tener nada más que aprender es incompatible con el cuidado

Esperanza: Existe la esperanza de que el otro crezca a través de mi cuidado. No debe ser confundido con la esperanza irrealizable ni con las expectativas infundadas. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades.

Coraje: Confiar en el crecimiento del otro y en mi propia capacidad de cuidar me da coraje para lanzarme a lo desconocido, pero también es verdad que sin el coraje de los resultados, mantengo o modifico mi comportamiento de modo de poder ayudar mejor al otro. Lanzarme a lo desconocido, tal confianza sería imposible. Es claro que cuanto mayor sea la sensación de lanzarse a lo desconocido, mayor será el coraje exigido para cuidar.

Así mismo el cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es llamada a ayudar al usuario, aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica sino también agente humanitario y moral, como coparticipe en las transacciones de cuidados humanos. Watson (40) refiere que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y el usuario.

Resalta además que el cuidado debe involucrar valores, voluntad y un compromiso en la interacción enfermera-persona, familiar y o comunidad. Este debe fundamentarse como esencia, eje y corazón de la práctica de enfermería, movilizándolo al paciente hacia la armonía entre cuerpo mente y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador; generando conocimiento, respeto y ayuda mutua, rescatando siempre la dignidad humana en la asistencia de enfermería. La esencia de todo profesional de enfermería reside en la habilidad para conectarse o vincularse con las personas, entendiendo que cuidar es ante todo un acto de vida, en el

sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca (34).

En lo que responde a la parte filosófica integramos a Boff (35) filósofo y teólogo, que estudia al cuidado en un afán de humanización, remarca la necesidad de solidaridad, hermandad, amor y respeto. Refiere que humanizar es parte del cuidado. Exhibe una preocupación y dedicación por el cuidado tanto por uno mismo y por lo que nos rodea, buscando el modo de sensibilizarnos para ver al cuidado como algo esencial. Este cuidado humano, sin duda, está imbuido de valores, los cuales independientemente del enfoque, priorizan la paz, la libertad, el respeto y el amor, entre otros aspectos. La paz es la ausencia del conflicto, el amor es cuidado y viceversa. A través del cuidado, se cumple la misión de ayudar, amar y dar cariño. El amor es la expresión más alta del cuidado. Así mismo señala *“se cuida lo que se ama y al cuidar uno se vuelve más amoroso”*, el amor potencializa nuestra capacidad de cuidar. Además describe los comportamientos y actitudes en el cuidado humanizado, integran en una vasta lista de la que se destacan: respeto, gentileza, amabilidad, consideración, comprensión, disponibilidad, responsabilidad, interés, seguridad y ofrecimiento de apoyo, confianza, comodidad y solidaridad.

Nunca debemos olvidar dice Boff, que el amor en la justa medida, la ternura, la caricia, la cordialidad, la convivencia y la compasión son los elementos que garantizan la humanidad de los seres humanos. En tal sentido, El cuidado humano es un acto, una dimensión ontológica, existencial, que se mueve en un proceso de relación, de reciprocidad, de confianza y involucramiento afectivo por otro ser humano.

Boff (36), agrega además que lo que se opone al desinterés y la indiferencia es el cuidado, cuidar señala el autor *“es más que un acto; es una actitud”*. Por lo tanto, abarca más que un momento de atención, de celo y desvelo. Representa una actitud de ocupación, de preocupación de responsabilización y de compromiso afectivo con el otro. Asistir a los demás, entonces vendría a colocarse en una amplia lista de actitudes y comportamientos como: comprometerse, estar presente, reconfortar, preocuparse, tener consideración, y compasión, expresar sentimientos, hacer algo para estar con el otro, tocar, amar, ser paciente, proteger respetar, compartir, comprender, tener habilidad técnica, demostrar conocimiento, seguridad, valorar al otro, ser responsable, guardar silencio, relacionarse espiritualmente; que deberán ser genuinos al momento de ser brindados de otra manera carecería del valor agregado que se desea impartir.

Boff estudia el cuidado catalogándolo como “esencial”, así refiere *“necesitamos del cuidado porque sin él ningún ser humano vive ni sobrevive.”* Menciona que si no cuidamos de nuestra salud, de nuestra formación permanente y de nuestra espiritualidad, lentamente vamos degenerando, enfermamos, nos desactualizamos y embrutecemos. El cuidado para Boff es la mayor fuerza que se opone a la ley suprema de la entropía, es decir, del desgaste natural de las cosas. Todo lo que cuidamos dura mucho más, señala. Así mismo indica que el cuidado es una relación amorosa con la realidad, pues por el cuidado nos involucramos con ella y mostramos nuestro interés y nuestra preocupación por ella.

De la misma manera demuestra preocupación en la existencia de una enorme falta de cuidado en el mundo; dando como resultado el crecimiento del número de pobres en el mundo, de niños condenados a vivir en la calle, de ancianos abandonados,

de millones de personas que mueren antes de tiempo, y como nuestra Madre Tierra, es depredada sistemáticamente poniendo en riesgo nuestro futuro común. Enfatiza que sólo el cuidado, transformado en paradigma de comprensión y de actuación, y articulado con la solidaridad y la responsabilidad podrá salvar la vida, la especie humana y el planeta Tierra. Puntualiza que sin el cuidado no hay paz ni alegría de vivir.

Boff aborda el cuidado desde la ética del cuidado necesario. Plantea que todo paradigma moldea una forma de estar-en-el-mundo-con-otros, lo que, necesariamente, implica una ética. Deduce que los discursos éticos dominantes están marcados por las culturas en las que se han formado, hecho que, ante un paradigma de ámbito universal, requiere una superación de tales planteamientos culturales de espacios más reducidos; es decir: requieren un discurso ético fundamentado en algo realmente universal. Y ese algo es, justamente, el cuidado, ya que pertenece a la esencia concreta del ser humano. Con todo lo expuesto, concretar que el cuidado, comienza por el de uno mismo, el de los otros y el de la tierra. Con la definición de qué somos como humanos, y tener presente que cuidar de sí mismo es acogerse jovialmente tal como se es, sabiendo combinar las aptitudes con las motivaciones, sabiendo y aprendiendo a convivir con la paradoja de nuestra vida ,tener pulsiones de bondad, solidaridad y compasión, sabiendo renunciar y yendo contra ciertas tendencias en nosotros; “cuidar de sí mismo es amarse, acogerse, reconocer nuestra vulnerabilidad, saberse perdonar y desarrollar la resiliencia, que es la capacidad de dar la vuelta y aprender de los errores y contradicciones”(36).

Por otro lado preocuparse por el modo de ser y ejercer el cuidado con nuestras actitudes genuinas e íntegras, desarrollando la amistad y el amor por uno mismo por los demás y por nuestra Casa Común, el planeta Tierra, considerándola como un todo vivo

y orgánico, al que hemos de cuidar en su totalidad y vitalidad, mimando los bienes y servicios que nos facilita gratuitamente, cuidando su belleza, su mejor producción y los sueños que ella suscita en nosotros. Porque cuidar la tierra es, finalmente, cuidar de nosotros mismos que somos Tierra que siente, piensa, ama, cuida y venera.

Boff remarca el cuidar el cuerpo, el propio, el de los otros y el de la Tierra. Biológicamente, somos seres carentes, al no estar dotados de órganos especializados que nos garanticen la supervivencia o nos defiendan de los peligros. En consecuencia, necesitamos del cuidado, que viene de dos fuerzas, una de autoafirmación (instinto de conservación) y otra de integración, por la que nos descubrimos integrados en una red de relaciones sin las cuales, como individuo solo, no viviríamos ni sobreviviríamos.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.2. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo cualitativo. Al respecto Polit (37), señala que los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tiene para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica utilización y recogida de una gran variedad de materiales: Entrevista, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes sonidos, entre otros, aspectos que describan la rutina, experiencias vividas y los significados en la vida de las personas, agrega además que el estudio cualitativo tiene las características de permitir la reflexión de las acciones desarrolladas por el ser humano en situaciones que puede ser expresada y detectada por el sujeto que trabaja con el universo de significados, ideas, sentimientos, aspiraciones motivos, creencias valores actitudes que muchas veces el lado objetivo no permite percibir.

En este sentido Polit (38) establece que una investigación cualitativa es un estudio para explicar y comprender un fenómeno social, como procesos vinculados a un contexto que intenta obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas sienten, viven y piensas. El diseño cualitativo impulsa al investigador a desarrollar un modo de lo que se intuye en un ambiente social y la esencia del problema a estudiar, teniendo como finalidad interpretar y comprender la realidad en este caso la percepción del familiar acompañante del usuario. La investigación cualitativa posee las siguientes características: es flexible, susceptible de adaptarse, se descubre durante la recolección

de la información. Exige gran dedicación al investigador, requiriendo un análisis continuo de la información obtenida. Señala tres fases dentro del estudio cualitativo.

El abordaje cualitativo profundiza los significados de las acciones y relaciones humanas, un lado no perceptible y no captable en ecuaciones, medias y estadísticas. Este tipo de investigación es fuerte en términos de validez interna, cuando se trabaja con investigación cualitativa se obtiene la ventaja de estudiar el fenómeno en el escenario natural, haciendo una comunicación más directa entre el investigador y los investigados. (37).

Así mismo Flick (37) resalta el valor de la investigación cualitativa que se orienta a analizar casos concretos en su particularidad temporal y local, y a partir de las expresiones y actividades de las personas en sus contextos locales. La investigación cualitativa nos permite analizar e interpretar los acontecimientos, hechos y fenómenos relacionados con la percepción del familiar acompañante del paciente que acude a la emergencia de la clínica, es decir se centrada en la búsqueda de explicaciones, percepciones, sentimientos y opiniones de los sujetos de estudio para lo cual se utilizó la entrevista.

Por su parte Rueda (38) incide en la perspectiva interior, desde dentro de la realidad en estudio al tratarse de personas. Las ciencias humanas y sociales se ven implicadas siempre en procesos de comprensión e intervención de realidades que afectan a las personas, por lo que están obligadas a conocer exhaustivamente en el contexto en el que actúan. Además el hecho de estar orientadas hacia la intervención, personas, grupos, comunidades o instituciones, está incluidos conjuntamente en la realidad que estudian, por lo que únicamente desde dentro, metiéndose en la piel de

quienes viven la situación, pueden captarse los significados profundos que estructuran la realidad analizada o intervenida.

3.1.1. Orientación y panorama general: en esta fase el investigador emprende el estudio sin saber qué desconoce. Por lo tanto esta fase consiste en captar lo sobresaliente del fenómeno de interés. En esta etapa podremos determinar la realidad del cuidado de enfermería en el servicio de emergencia, surge la inquietud por el ¿qué? investigar, detectar lo más sobresaliente y delimitarlo.

3.1.2. Exploración centrada: en esta etapa se realiza una exploración profunda de los aspectos del fenómeno que se juzgan como sobresalientes. Se genera un instrumento se formulan las preguntas y se decide el tipo de personas que se inviten a participar en el estudio.

3.1.3. Confirmación y cierre: en esta etapa se establece la confiabilidad de los datos, el análisis de la información obtenida de manera profunda, y se realiza las conclusiones.

3.3. Método de investigación

Este estudio es cualitativo, de método descriptivo y exploratorio por las características que presenta. Según Polit (38) 2006, refiere que el objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de

una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento. La investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice y se centra en medir con la mayor precisión posible.

Así mismo se distingue por examinar a profundidad las características del problema escogido; a fin de clasificar los datos, categorías precisas, que se adecuen al propósito del estudio y permitan poner de manifiesto las semejanzas, diferencias y relaciones significativas. Verifican la validez de las técnicas empleadas para la recolección de datos, realizan observaciones objetivas y exactas, describen, analizan e interpretan los datos obtenidos, en términos claros y precisos (39).

Así éste estudio es de abordaje descriptivo con que se procura describir detalladamente, clasificar interpretar y analizar los acontecimientos, hechos y fenómenos relacionados con el cuidar, es decir se describe a través de entrevistas como es la percepción del familiar acompañante, hacia el cuidado brindado por el profesional de enfermería. La opinión del familiar acerca del cuidado nos permitirá ver desde otro enfoque el significado de cuidado; permitiéndonos develar concepciones y nociones en el proceso del cuidado.

3.4. Sujetos de la investigación

El presente estudio tiene como participantes a los familiares del paciente que acude al servicio de emergencia. Los familiares fueron captados en la sala de espera o en el tópico de atención del paciente en la clínica San Felipe sede Camacho Lima Perú,

desde la primera semana del mes de Junio a la última semana del mes de Agosto del año 2015.

Para delimitar la muestra se hizo uso de la técnica de "saturación", que se refiere a que la indagación culmina cuando las entrevistas empiezan a repetirse en su contenido y significado en su opinión. Los participantes tuvieron los siguientes criterios de inclusión:

Familiares adultos que acepten voluntariamente participar en la investigación y posibiliten la realización de la entrevista.

Padres y cónyuges presentes durante la atención del paciente en servicio de emergencia.

Los participantes deberán tener como requisito vivir y conocer muy cercanamente al paciente.

Criterios de exclusión:

Familiares lejanos, pues los datos que se recogerían no serían pertinentes ya que sus percepciones carecerían de valor al no conocer las necesidades del paciente o tener perspectiva diferente, pues estarían ajenos a sus prioridades.

Familiares menores: hijos menores de edad, pues los datos que se recogerían carecerían de seriedad y objetividad.

3.5. Escenario de estudio

El presente estudio se realizó en la Clínica San Felipe, institución de salud de IV nivel de atención, ubicada en la ciudad de Lima, Av. Avenida Javier Prado Este 4841 - La Molina, Lima.

La Clínica San Felipe brinda los siguientes servicios: Emergencia: Atención continua, Atención Ambulatoria. Una institución de salud de alta tecnología, donde se brinda atención especializada, esta se encuentra categorizada en el cuarto nivel de atención al usuario.

El área de estudio propiamente dicho fue en el servicio de emergencias de la Clínica San Felipe Sede Camacho; esta área consta de 4 módulos o tópicos de atención. Se aisló un tópico y dependiendo la disponibilidad de los familiares, se realizó la entrevista.

3.6. Procedimiento de Recolección de datos cualitativos:

La recolección de datos se realizó a través del método o fuente de datos directos o los relatos de los informantes, se realizó entrevistas semiestructuradas a profundidad al familiar del paciente que acude a la emergencia para su atención. La entrevista cualitativa fue personalizada, flexible y abierta; definiéndola como una reunión de intercambiar información entre una persona y el investigador.

Por lo tanto en la entrevista de preguntas y respuestas se logró una comunicación y una construcción conjunta de significados respecto al cuidado percibido; que en este caso vendría a ser la corporalidad entre enfermera persona cuidada y familiar, en las que se recogieron datos sobre los aspectos pertinentes del estudio.

Las primeras entrevistas fueron entrevistas piloto, las cuales sirvieron para posibles reorientaciones sobre el tema, ya que fueron combinando las notas de campo, las entrevistas, la transcripción y análisis de las mismas, con objeto de reconducir la investigación. Para la recolección de datos se utilizó una entrevista semiestructurada

(Anexo N° 02), elaborada por la investigadora; la cual fue aplicada a los familiares que posibilitaron y aceptaron la aplicación de la misma, previo información de los fines del estudio y aceptación de consentimiento informado.

Para la aplicación del presente estudio de investigación se tramitó la autorización correspondiente de la dirección y del Departamento de Enfermería de la clínica; en primer lugar se solicitó permiso de la institución al jefe del servicio con finalidad de obtener los datos del sujeto de estudio, posteriormente se dialogó con las enfermeras que laboran allí explicándole los objetivos de la investigación.

Una vez identificados los familiares a entrevistar, se procedió a brindar la información pertinente del estudio en curso. Se procedió a firmar el consentimiento informado y luego se realizó la entrevista semi estructurada al familiar del paciente, durante todo este proceso se mostró confianza e interés, una vez realizadas las entrevistas, la investigadora procedió al análisis de los datos.

En un primer paso, la investigadora se presentó e identificó, luego se le explicó los motivos e intenciones de la investigación, así como todos los aspectos éticos: que es voluntario, que se garantiza el anonimato, que será grabada previo consentimiento y que él siempre puede retractarse, si en algún momento no está de acuerdo con algo, es decir el familiar tiene la última palabra. El momento elegido para el contacto y realización de la entrevista, fue justamente después del informe médico al familiar.

Se procedió a realizar la entrevista lanzando las preguntas de rigor, permitiendo que el participante se exprese libremente y sin interrupciones; para que los discursos sean narrados en toda su dimensión. Cuando el sujeto respondió con frases cortas, se procedió a reiterar las preguntas orientadoras o utilizar frases como “¿desea agregar

algo más?”, “Continué”; de tal forma que nos permita llegar a la aprehensión del significado o develamiento del fenómeno.

3.7. Análisis e interpretación de datos

La recolección y análisis de datos constituyen un proceso simultáneo que se va dando de acuerdo a lo que el investigador busca o desea saber. El análisis de datos es la etapa de búsqueda sistemática y reflexiva de la información obtenida través de los instrumentos. Consiste en uno de los momentos más importantes del proceso de la investigación e implica trabajar los datos, recopilarlos, organizarlos en unidades manejables, sintetizarlos, descubrir que es importante y que van aportar a la investigación (40).

Dentro de las etapas para la elaboración de un sistema categorial de análisis de contenidos tenemos, según Levinsohn (38).

El pre análisis, refiere que podemos considerarlo como una etapa de organización de la investigación. En esta, el investigador debe de adoptar una serie de decisiones respecto a los objetivos concretos que va a perseguir, la identificación y la selección de los textos, la selección de la muestra a la cual se le efectuó el análisis, la revisión de la literatura y de investigaciones similares que se hallan realizado sobre la temática de estudio seleccionada.

Durante esta etapa la investigadora desarrolló la revisión exhaustiva de material bibliográfico así mismo se tomó muy en cuenta como sustento las entrevistas que se realizaron todo ello teniendo vista en los objetivos planteados en la presente

investigación. La formación del sistema categorial es la etapa más significativa de la técnica que analizamos, ya que refleja directamente el propósito del investigador y la teoría subyacente que organiza el estudio, además que constituye una de las barreras más difíciles de salvar y en donde ha de ponerse a prueba toda la creatividad del autor. Las categorías pueden ser establecidas por el investigador a partir de diferentes vías, entre las que podemos citar: la revisión teórica y conceptual de su objeto de estudio, otros sistemas categoriales previos formulados por otros autores y el éxito obtenido con su construcción opiniones de expertos y especialistas en el objeto de estudio y un acercamiento a los textos de análisis.

La investigadora tomó criterios para la elaboración de las categorías las cuales serán en base al objeto de estudio, permitiéndonos describir y comprender la manera de pensar, sentir del familiar, para que de esta forma se dé a conocer la naturaleza del cuidado. En la codificación en líneas generales implica la elección de las unidades de análisis o registros y la determinación de los identificadores de codificación que se utilizaron. Las unidades de análisis de registró son los elementos básicos o datos los cuales les será aplicado el sistema categorial elaborado. El análisis de contenido permite, examinar científicamente tanto los significados como los significantes de cualquier texto (38).

3.8. Consideraciones éticas y de rigor científico

La investigación cualitativa se basa en ciertos criterios que tienen como finalidad velar por la calidad y objetividad de la investigación. En el presente trabajo se consideró los siguientes criterios (41).

Rigor: Se consideraron a la credibilidad y auditabilidad como criterios científicos.

Credibilidad: Se seguirán los pasos necesarios para evaluar y mejorar constantemente la confianza en que la información que se obtenga se apege a la verdad y cumpla con el objetivo propuesto. Tratando de contrastar la versión de la investigadora de lo que ella ha creído detectar en las opiniones de personas que tienen conocimiento sobre el sujeto de investigación.

Auditabilidad: Significa que cualquier lector u otro investigador pueden seguir la sucesión de eventos de este estudio en el entendimiento de su lógica.

La transferibilidad: se refiere fundamentalmente a la posibilidad de generalizar los resultados de la población la cual ha sido estudiado. En el caso de la investigación cualitativa solo se puede hacer ciertas inferencias lógicas sobre situaciones o poblaciones que sean similares a la estudiada, al realizar una investigación tras un rigor científico los datos obtenidos son utilizados para generalización a nivel de toda la población y durante otros tiempos.

Estos criterios permitieron la descripción profunda y confiable de la percepción del familiar, la forma de pensar para posteriormente esto pueda ser transferida hacia poblaciones con características comunes, en búsqueda de un cambio en las directrices del proceso del cuidado.

Consideraciones éticas:

Las investigaciones en el área de salud generalmente son realizadas en seres humanos quienes son los participantes de la investigación, es por ello se deberán tomar en cuenta criterios éticos con la finalidad de protección del participante. Se tomó en cuenta los 3 principios éticos del reporte citados por Polit y Hungler (38).

a) Principio de Beneficencia: Los sujetos de la investigación no serán expuestos a situaciones o experiencias con las cuales pudieran resultar perjudicadas por los secretos revelados durante las grabaciones, los cuales son confidenciales y sólo utilizadas para fines de investigación.

b) Principio de Respeto o Dignidad Humana: Cada sujeto decidirá en forma voluntaria su participación o no en la investigación, además de estar en facultad de rehusarse en cualquier momento a continuar dicha participación. Adicionalmente recibirán información completa y clara sobre la investigación a realizar.

c) Principio de Justicia: La información que se recolectará durante el curso de la investigación se mantendrá en estricta confidencia por lo que cualquier información no será reportada en público ni será accesible a otras partes que no sean las involucradas en la investigación.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.2. Presentación de Resultados:

Se entrevistaron 15 participantes, de las cuales 5 son solteras y 10 casada, todas las entrevistadas son mujeres, la mayoría son de procedencia de Lima y solo 3 de provincia; una de Ayacucho, Piura y otra de Arequipa. Según el grado de parentesco 5 son hijas, 9 son madres y una hermana del paciente, sus edades fluctúan entre los 30 y 40 años. En cuanto a la ocupación la mayoría son profesionales y actualmente trabajan, solo 2 tiene grado de instrucción secundaria y 3 se dedican de tiempo completo a sus hogares.

Los diagnósticos de los pacientes participantes fueron: 3 Neumonías, 3 Broncoespasmos, una IRA (Insuficiencia Respiratoria Aguda), 3 pacientes con GECA (Gastro Enterocolitis Aguda), una ITU (Infección del Tracto Urinario), una emergencia traumatológica, una hiperglicemia, una hipoglicemia y un Síndrome febril. Además la gran mayoría de participantes fueron reingresantes, lo que genero mayor accesibilidad en la toma de la información.

Luego del permiso y apertura de la institución de salud al periodo de investigación. Se solicitó la participación del familiar acompañante del paciente, se iniciaron las entrevistas con la pregunta ¿cuál es su percepción acerca del cuidado brindado por el profesional de enfermería?, se solicita al familiar que describa ¿cómo? percibía el cuidado brindado por la enfermera, para poder realizar la selección de las categorías a fin de caracterizar el cuidado brindado.

4.3. Categorías:

Categoría 1: La enfermera brinda cuidados con virtudes, valores, cualidades y sentimientos

Categoría 2: La enfermera educa, enseña y escucha

Categoría 3: La enfermera con compromiso y responsabilidad

Categoría 4: La enfermera con conocimiento y habilidad profesional

Entre las virtudes que destacan a una enfermera está la paciencia que es más que una actitud, una virtud. Así mismo, se mencionan como valores a la calidez. La enfermera señala las cualidades que no deberían faltar al momento de brindar el cuidado: tales como la amabilidad, el carisma, el estar vigilante, el compromiso, la responsabilidad entre otros. Siempre con sentimientos de motivación tanto para el paciente como para el mismo personal en enfermería y el familiar acompañante. Desarticulando cada categoría tenemos:

Categoría 1: La enfermera brinda cuidados con virtudes, valores, cualidades y sentimientos.

Así referimos a la paciencia como la virtud de mantener la calma ante la adversidad y los momentos de necesidad. Es importante destacar que es diferente de la pasividad frente al dolor; por el contrario, la paciencia mantiene la calma para encontrar las soluciones a los momentos difíciles, o por lo menos, para evitar que estos sean peores. Al respecto los familiares señalaron a la paciencia como una característica importante en el momento de brindar el cuidado.

(...) Que sea empática que sienta esa afinidad, que se identifique, que sea comprensiva, porque a veces las mamás queremos saber todo, queremos estar allí mirando ¿no?, no queremos dejar solo al niño, a los hijos, entonces tiene que ser una persona que tenga paciencia que se comprometa que quiera explicar, también que sea muy amable... E1

(...) tienen paciencia, en el caso de mi hijo que es un niño activo, saben llegar a él para que se deje hacer el procedimiento... E2

(...).debería tener mucha paciencia, porque es bebuto, que no lo asusten...algunas enfermeras tienen paciencia, están atentas a la evolución del paciente, conocen al paciente, tienen experiencia, conocen su trabajo, tienen mucho de conocimientos de procedimientos, me explican lo que le van hacer, tienen conciencia de que están atendiendo a un paciente... E4

(...) De características yo pienso experiencia para colocar inyecciones, para colocar vías, preguntar siempre si el paciente es alérgico me parece que es muy importante, verificar dos veces la medicina que va a colocar en el paciente y desde luego también una sonrisa por que el paciente que viene acá es porque se está sintiendo mal, mucha paciencia me parece mucha empatía...la parte emocional de atención de contención al paciente... E5

(...) tener el don de dar, de tener paciencia de tratar muy bien a sus pacientes, contagiar alegría y tener empatía... E6

(...) Es muy importante que la enfermera transmita tranquilidad, que tenga paciencia que explique lo que se le va hacer, en los niños yo creo que para los niños es importante sentir cariño, también que se le hable claro y yo creo que básicamente eso generar ambiente de tranquilidad y de confianza... E7

(...)La enfermera debe estar capacitada y debe trabajar con psicología y paciencia. Siempre informar con un poquito de paciencia, y darle explicación que los tranquilice... E8

(...) en su trato sean cariñosas, que tengan mucha paciencia que tengan trato, mucho amor, creo que una sonrisita les ayuda a levantar el ánimo... E11

(...) el cuidado que se dé con bastante paciencia, cariño y amor, siempre el trato debe ser cortés, profesional, dar calidez, buen trato en todo aspecto... E12

(...) Paciencia amabilidad, buen trato siempre, acercarse con bastante tino delicadeza, con amor, con cariño, paciencia sobre todo...son cariñosas, tienen paciencia... E14

La paciencia es un componente importante del cuidado, yo dejo al otro crecer en su propio tiempo y de su propia manera. Con paciencia, yo doy tiempo y por lo tanto posibilito al otro encontrarse a sí mismo en su propio tiempo. Así mismo la paciencia, significa, soportar las circunstancias con serenidad (42).

Por consiguiente la enfermera ha de ser capaz de sentir el dolor y la angustia del paciente, y desear ayudarlo. Se requiere bondad y mucha paciencia. Siempre debes estar dispuesto ante cualquier requerimiento. La paciencia, es dar tiempo y espacio para la autoexpresión y exploración; comprende el grado de tolerancia ante la desorganización y problemas que limitan el crecimiento de sí mismo y de los otros (43).

Otra característica que señalaron fue el trato cortés y respetuoso, que es de suma importancia durante el proceso del cuidado. El respeto es reconocer al otro como legítimo otro, es decir, que tiene derechos, expectativas, sueños e intereses tan legítimos como los míos. Ese respeto va más allá de la tolerancia, porque el respeto supone

aceptar al otro como interlocutor y aliado en la construcción de la realidad. En la tolerancia yo no agredo al otro. El respeto supone reconocer que tanto el otro como yo somos observadores distintos de la realidad y por eso ambos somos legítimos para recurrir al dialogo como medio efectivo de construir dignidad, cooperación y convergencia. El respeto hace posible las interacciones seguras con los otros que yo no conozco, porque me permite ser reconocido y reconocer al otro como de mi misma naturaleza (36).

Waldow (44), sostiene, para que el cuidado se efectivice en su plenitud la enfermera debe expresar conocimiento, experiencia en el desempeño de las actividades técnicas, así como también conjugar expresiones de interés, consideración, respeto, sensibilidad, demostradas por palabras, tono de voz, postura, gestos y toques. Esa es la verdadera expresión del arte y de la ciencia del cuidado. La enfermera identifica la necesidad de cuidado y verifica los medios disponibles para que este se realice.

Los objetivos del cuidado humanizado abarcan entre otros aliviar, reconfortar, ayudar, favorecer, promover, restablecer, restaurar, dar, hacer, etc. El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y autentica. La enfermera es llamada a ayudar al paciente, aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica sino también agente humanitario y moral, como participe en las transacciones de cuidados humanos (27).

La visión humanística del cuidado según Watson (32), es importante por cuanto cambia la visión de los cuidados de enfermería en los sistemas hospitalarios, el cuidado

debe adquirir una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o de la atención rutinaria día a día, es más bien estar ahí con el otro compartiendo sus sentimientos y emociones. Así mismo menciona el termino transpersonal quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger realzar y conservar la dignidad de la persona, la humanidad la integridad y la armonía interior.

De la misma manera indicaron los familiares que otra característica presente en el cuidado es la amabilidad. El trato amable y servicial es muy importante ya que les generaría un ambiente cómodo y tranquilo. Tal como refiere Ariza (29), que la profesión de enfermería exige una vocación específica que implica ejercer nuestro trabajo con espíritu de servicio sin admitir la mediocridad, sin admitir las cosas mal hechas; debemos estar convencidos de la nobleza de nuestro trabajo. Al respecto los familiares perciben el cuidado como sigue:

(...)Bueno primero yo creo que la enfermera es súper importante porque es siempre el primer contacto, el primer contacto con el paciente entonces tiene que ser una persona que sea muy amable, no solo amable sino una persona que sea muy empática, que se pueda poner en los zapatos del enfermo y no solo del enfermo, sino también del familiar. En mi caso particular siendo que es un niño, es mi hijo; que pueda comprender pues la preocupación de la madre, del padre, del cuidador.... E1

(...) el respeto de ambos lados...el cuidado es cordial, brindan confianza, respeto, están siempre atentas, nos dan seguridad... E2

(...) son amables, te enseñan, saben bastante, eso te da confianza seguridad... E3

(...) me gusta que las enfermeras sean amables me parece que eso es bien importante... son atentas, te explican lo que se le están haciendo, siempre son respetuosas amables... E7

(...) son atentas, amables, te enseñan cómo ayudar al paciente, son respetuosas y carismáticas... siempre un poco de cordialidad... E8

(...) son atentas, brindan calma, son amables, siempre ante todo son respetuosas... Siempre están comunicándole, conversándole, atendiéndole en todo momento. Con mucho respeto y cordialidad ¿no?... E10

(...) Siempre el trato debe ser cortés, profesional, dar calidez, buen trato en todo aspecto... E12

(...) tienen bastante delicadeza con mi hija, entonces no tengo ninguna queja... E14

Otra de las características referidas fue la empatía. El cuidado empático es el reconocimiento del otro; es un elemento primordial en la relación entre el cuidado y el cuidador. La empatía es considerada como la esencia del cuidado. La existencia de la empatía radica en un saber de nosotros mismos y de nuestro prójimo, un saber sobre la vida humana que tiene como base el individualismo (31).

Los participantes concuerdan con esta característica, para ellos también es clave el ser empático al momento de brindar el cuidado. La empatía es la esencia de ser humano, es colocarse en el lugar de otro. Es entender, percibir e identificarse con lo que siente el paciente y el grupo familiar.

De la misma manera señalaron al cuidado con Carisma y Calidez. El carisma es una cualidad o don natural que tiene una persona para atraer a los demás por su presencia, su palabra o su personalidad; es la capacidad de ciertas personas de motivar y suscitar la admiración de sus seguidores gracias a una supuesta cualidad de “magnetismo personal”. Si definimos carisma diríamos deriva del latín charisma y con origen en un vocablo griego que significa “agradar”, el término carisma se refiere a la capacidad de ciertas personas para atraer y cautivar a los demás. Un sujeto carismático logra despertar la admiración del prójimo con facilidad (45).

Por otro lado la calidez se refiere a la cordialidad, al afecto humano. Una persona cálida, se reconoce a millas de distancia, usualmente son aquellos con gran carisma y queridos por muchas personas. Tener calidez implica pensar en el bien propio, el bien ajeno y el bien común. No como objetivo final para buscar siempre ser el siervo y esclavo de la gente, sino para efectivamente contribuir de la mejor manera al mundo, y recibir naturalmente retribución por ello. Es el cariño, amabilidad y afecto que muestran las personas por los demás.

Calidez significa calor, lo cual se traduce en un ambiente alegre y cordial en las relaciones interpersonales. La calidez es un valor humano que tiene bastante relación con la empatía; las personas que tienen empatía piensan en los demás y la manera en cómo se sienten, tomando esa base ajustan su conducta para mostrar calidez humana siendo personas amables, comprensivas y con una alta disposición de servicio. Los familiares indicaron que estas características eran de suma importancia en el momento de cuidado, tal como se evidencia en los siguientes testimonios:

(...) son empáticas, atentas, tienen vocación de servicio, generan confianza, nos explican lo que está pasando... son muy

empática, ... que se pueda poner en los zapatos del enfermo y no solo del enfermo, sino también del familiar. En mi caso particular siendo que es un niño, es mi hijo... que pueda comprender pues la preocupación de la madre, del padre... que vengan pronto, que me expliquen qué es lo que pasa, que tengan mucha empatía... que sea empática que sienta esa afinidad, que se identifique, que sea comprensiva, porque a veces las mamás queremos saber todo, queremos estar allí mirando ¿no?... que lo trate con cuidado y que nos trate con cariño también al familiar que acompaña... E1

(...) que sean sociables y cariñosas y pacientes, que atiendan con juegos para que el niño se deje... que expliquen el procedimiento que se le va a realizar o lo que se le va administrar, o que le están haciendo o poniendo, de manera simple para que puedan entender y saber para una próxima consulta, que nos explique si uno pregunta... que sean atentas, muy atentas... E2

(...) que me avisen que me expliquen que tenga conocimiento que sea carismática... E4

(...) mucha empatía... la parte emocional de atención de contención al paciente... también una sonrisa por que el paciente que viene acá es porque se está sintiendo mal... E5

(...) Tienen que tener el don de dar, de tener paciencia de tratar muy bien a sus pacientes... son muy valiosas muy capacitadas, son pacientes, contagian alegría... un poco de psicología también porque creo que son las más allegadas al paciente, hablarle de una manera que se sienta cómoda confortable... no debería faltarle una sonrisa... contagiar alegría y tener empatía... E6

(...) son carismáticas con los niños... que la enfermera tenga empatía, que tengan un trato suave y tenga paciencia eso es algo que se aprecia muchísimo... E7

(...) son pacientes, atentas, amables, te enseñan cómo ayudar al paciente, son respetuosas y carismáticas...pero particularmente la enfermera debería ser sonriente no tan seria en ciertos momentos... E8

(...)Siempre comunicándole, conversándole, atendiéndole en todo momento. Con mucho respeto y cordialidad ¿no? A veces son muy mandonas yo creo que eso más bien les asusta, deberían ser más sonrientes y bueno siempre son cariñosas eso es bueno ¿no?... E10

(...)Me gustaría que las Licenciadas. en su trato sean cariñosas, que tengan mucha paciencia que tengan trato, mucho amor, creo que una sonrisita les ayuda a levantar el ánimo mucho amor, creo que una sonrisita les ayuda a levantar el ánimo... E11

(...) Siempre el trato debe ser cortés, profesional, dar calidez, buen trato en todo aspecto desde que llega se le educa y se le guía... E12

(...) que sean carismáticas, alegres, que no se rijan tanto a las normas, que sean flexibles... E13

(...)Son cariñosas paciencia trato, son expertas, son hábiles, dentro de todo son atentas, son profesionales, tengo muy buen concepto de las enfermeras no he visto nada en lo que me pueda quejar... E14

(...) La experticia y la humanización van de la mano, ambas cosas tienen que ser, no puede ser solo técnica y su vez deberse a la profesión a la cual ha sido formada que es ciencia de la salud, entonces tienen que ir de la mano ambas, compasión, solidaridad, reciprocidad, empatía o sea todas esas cositas son parte de, lo cual hace que la enfermera cumpla su función. Chequear siempre la atención que se le está brindando.... E15

El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es llamada a ayudar al paciente, aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica sino también agente humanitario y moral, como participe en las transacciones de cuidados humanos (27).

La enfermera brinda cuidados de Calidad con eficacia, precisión y exactitud en la atención brindando trato humano y personalizado: Como sabemos, el cuidado debe fundamentarse como esencia, eje y corazón de la práctica de enfermería, movilizándolo al paciente hacia la armonía entre cuerpo mente y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona y el enfermero; generando conocimiento, respeto y ayuda mutua, rescatando siempre la dignidad humana en la asistencia de enfermería. Al respecto los participantes refirieron:

(...)Algunas enfermeras tienen paciencia están atentas a la evolución del paciente, conocen al paciente, tienen experiencia, conocen su trabajo, tienen mucho de conocimientos de procedimientos, me explican lo que le van hacer, tienen conciencia de que están atendiendo a un paciente... E4

(...) bueno me parece que son bastante cuidadosas mientras el paciente se mantiene en la sala, están entrando constantemente para ver si necesita de algo....y tienen mucho cuidado a la hora de colocar las vías sobre todo...verificar dos veces la medicina que va a colocar en el paciente... E5

(...) muy atenta, muy cuidadosa al momento de proporcionar los medicamentos... E6

(...) Que sea centrada en lo que está haciendo... E8

(...)Que siempre sea responsable, es muy importante y como trabaja con personas humanas que sean sensibles independientemente de la edad... E12

(...) que nos traten como si fuéramos su familia con mucho cuidado, no un trato frío, sino como algo que pudiera pasar a ti a tu hijo como si fuera su familia... E14

(...)A mi molesta mucho cuando no le llaman por su nombre, es otra cosa cuando le llaman por su nombre, es trato personalizado, es más confianza es muy diferente el abordaje que sean más afables, más comunicativas el paciente se siente muy feliz, es muy importante esos detalles, que lo saquen del tiempo, que lo distraigan que le conversen de el de su familia de sus nietos, entonces lo sacas del momento del shock que esta por la enfermedad... E15

Desde el punto de vista del cuidado humano, Waldow (44), sostiene que la calidad no solamente está ligada a los medios, no es sólo cuestión de automatización, tecnología, equipos, conocimientos y habilidades, sino que está ligada fundamentalmente a la aptitud y a la actitud de quienes prestan el servicio. La finalidad de cuidar es prioritariamente aliviar el sufrimiento humano, mantener la dignidad y facilitar medios para manejar la crisis y las expectativas de vivir y de morir. En este sentido el cuidar deja de ser un procedimiento, una intervención únicamente, para ser una relación, donde la ayuda es el sentido de la calidad del otro de ser o de venir a ser, respetándolo, tocándolo de forma más afectiva. Considerando al cuidado como una interacción personal, como una característica humana e inclusive como una intervención

terapéutica; en la que deben estar siempre presente elementos como el respeto, consideración, y comprensión.

Como lo plantea Colliere (46), cuando expresa: “El cuidado humano en Enfermería no es por tanto una simple emoción, preocupación, o un deseo bondadoso. Cuidar es el ideal moral de Enfermería, el fin es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano implica valores, deseos y compromiso de cuidar, conocimiento y acciones de cuidado”. La dinámica del cuidado de Enfermería se orienta a la vida humana integral, respetando los derechos y sentimientos de la persona que se cuida.

Así mismo Boff (36), refiere al respecto que lo que se opone al desinterés y la indiferencia es el cuidado, cuidar es más que un acto; es una actitud. Por lo tanto, abarca más que un momento de atención, de celo y desvelo. Representa una actitud de ocupación, de preocupación de responsabilización y de compromiso afectivo con el otro.

Al respecto Watson señala la importancia de la disposición que tiene el enfermero al estar pendiente del sentir del paciente, de su estado de ánimo, de su dolor, de sus necesidades de cuidado, para actuar y acudir oportuna y eficazmente. Así mismo disponer de tiempo para escucharlos y acudir al llamado, y hacerlo con prontitud, cubrir sus necesidades y vigilar con recelo el tratamiento que recibe (27).

De la misma manera los entrevistados indicaron que las enfermeras vigilan, observan permanentemente brindando un cuidado oportuno, eficiente y seguridad al paciente; tal como lo revelan en los siguientes testimonios:

(...) están atentas a la evolución del paciente, conocen al paciente, me explican lo que le van hacer... que tenga conocimiento que sea carismática... E4

(...) bueno me parece que son bastante cuidadosas mientras el paciente se mantiene en la sala, están entrando constantemente para ver si necesita de algo... E5

(...) porque de esa manera le da confianza y seguridad...hablando de seguridad la enfermera al tratar al paciente debería atenderle con toda seguridad dándole confianza... el cuidado debería ser dado por la enfermera con premura, es decir la enfermera debería estar muy atenta para atender al paciente rápidamente, aun así cuando aparentemente no tuviera nada el paciente solo ansiedad... E10

(...) muy atentas muy amables, muy cariñosas, en todo momento se vio que sabían lo que estaban haciendo...que estén atentas que estén al tanto del paciente... E11

(...) se nota que las enfermeras saben mucho y son muy atentas con los niños apenas se lo solicitamos vienen rápido a verlos son muy buenas, se preocupan por su pacientes... E12

(...) No me puedo quejar, corren por atender al niño, lo apapachan al niño son consentidoras, y saben mucho, son muy atentas... Chequear siempre la atención que se le está brindando...debería ser capacitada, tener conocimiento sobre cada paciente, identificar cada tipo de esquema de paciente y analizar la situación ya sea por la edad... E13

(...) son cariñosas, tienen paciencia, buen trato, son expertas, son hábiles, son profesionales, tengo muy buen concepto, Nos atienden bien, y si tenemos buena referencia de ellas, dentro de

todo son atentas...atentas a lo que el doctor les dice...estar pendientes en la evolución... E14

(...) atento, solícito en todo momento... E15

Los participantes señalaron que era de gran importancia el brindar confianza y seguridad dentro del cuidado. El desarrollo de una relación de ayuda-confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva ser real, honesto, genuino y auténtico. Al respecto Watson refiere que un elemento esencial en el cuidado, es el apoyo a través de un trato cordial y amistoso, con calor humano que permite el desarrollo de una relación de ayuda-confianza, que derivará en sentimientos de bienestar para el usuario.

Categoría 2: La enfermera educa, enseña y escucha al paciente y familiar

La enfermera como agente de educación y enseñanza, brinda condiciones para desarrollar el potencial humano que permite e incrementa la libertad y responsabilidad de la persona. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza–aprendizaje, diseñadas para permitir que el paciente consiga el autocuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente (27). Tal como se evidencia en los testimonios siguientes:

(...) que quiera explicar...de repente necesitamos ayuda de repente a veces los niños vienen con cuadros de vómitos entonces, ayudar, enseñar, mucho de enseñar cómo atender a limpiar al enfermo, hay que limpiar así o asa o para que le duela menos hay que limpiar así o enseñar a colocar las vendas ese tipo de cosas que ayude que oriente al familiar... la enfermera es clave porque es quien puede satisfacer las dudas... E1

(...) que expliquen el procedimiento que se le va a realizar o lo que se le va administrar, o que le están haciendo o poniendo, de manera simple para que puedan entender y saber para una próxima consulta... que nos explique si uno pregunta... comunicativas que informen que expliquen el procedimiento para que no queden dudas... explicar cómo se le va hacer... E2

(...) Que me pidan autorización para realizar un procedimiento, que me avisen que me expliquen que tenga conocimiento que sea carismática... E4

(...)Que el paciente sepa que es lo se le va hacer, explicarle, por ejemplo que sepa lo que se le está haciendo, para que es, o esto debería hacerse, el efecto el tiempo. Porque eso genera tranquilidad en el paciente... E7

(...)Siempre informar con un poquito de paciencia, y darle explicación que los tranquilice... E8

(...) que eduquen a los padres para que apoyen al cuidado del paciente no solamente dentro de la clínica sino también fuera ¿no? ... En el hogar, sería más organizado y seríamos y un gran equipo... E11

(...)Siempre el trato debe ser cortés, profesional, dar calidez, buen trato en todo aspecto desde que llega se le educa y se le guía... E12

(...) que eduquen a los padres como podrían apoyar en el tratamiento de su niño dentro y fuera de la clínica... E13

(...) siempre indicando que se le va a poner de una manera clara... Que eduquen lo que se les están haciendo, explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar... E14

(...) deberían tener conocimiento de cosas naturales, cosas prácticas por ejemplo desinflamantes, o dieta para ayudarle en su recuperación, hoy en día todo es muy natural. Y sería bueno que la enfermera sepa estas cosas para que aconseje al paciente... E15

Los participantes le dieron mucho valor a la educación y enseñanza en el proceso del cuidado, indicando que esto les generaría un ambiente de calma. La promoción de la enseñanza–aprendizaje interpersonal según Watson refiere Es una actividad importante de la enfermería, informar al paciente y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar.

De la misma manera en lo que respecta a que la enfermera comunica y a la vez escucha al paciente, los participantes develaron que la comunicación era una característica clave en el momento del cuidado, a la vez indicaron la importancia de escuchar al paciente para poder satisfacer sus necesidades.

(...) y bueno que también sea amable escuchándolo y atendiéndole en lo que le solicite, Siempre comunicándole, conversándole, atendiéndole en todo momento. Con mucho respeto y cordialidad ¿no?... E10

(...) que sean más afables, más comunicativas el paciente se siente muy feliz, es muy importante esos detalles, que lo saquen del tiempo, que lo distraigan que le conversen de el de su familia de sus nietos, entonces lo sacas del momento del shock que esta por la enfermedad... E15

La enfermera se comunica, aunque no haya necesidad de palabras se sugiere hablar en tono suave, aún con pacientes inconcientes. El cuerpo comunica y en ese

sentido, las variables de la enfermera desempeñan un papel bastante importante, principalmente considerada la motivación y los sentimientos.

Al respecto Poblete refiere que es difícil mantener los valores humanitarios en el acto de cuidar en las instituciones públicas de salud en donde parecen visibilizarse los cuidados de enfermería por las labores biomédicas, es en este entorno donde la enfermera debe mantener aun entonces las virtudes de comunicarse con el otro, ayudarlo y sostenerlo en esta difícil etapa de su vida (3).

Al respecto Waldow (44), señala que la enfermera en el medio hospitalario tiene la oportunidad de interactuar con los usuarios, informándoles sobre diversos aspectos de su salud y/o enfermedad, explicándole adecuadamente los procedimientos de su cuidado físico, permitiéndole hacer preguntas y expresar sus sentimientos; es así , que el paciente comprende y participa en su cuidado, disipa tensiones y dudas, mejora las relaciones interpersonales, sintiéndose cómodo y seguro es estas circunstancias extrañas o atemorizantes como es la hospitalización.

Así mismo Watson (27), hace referencia a todas aquellas acciones positivas que surgen en la interacción de cuidado tales como escuchar, comprender lo que otro siente y ponerse en su lugar (transpersonalizar), estableciéndose una relación cálida, agradable y cercana. El enfermero facilita y dispone para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática con él.

Categoría 3: La Enfermera con compromiso y responsabilidad.

Así pues se menciona a la Enfermera como modelo de limpieza; los familiares indicaron muy particularmente que era importante que sean higiénicas en el cuidado tal como lo refirieron de la siguiente manera:

(...) que sean atentas, muy atentas, que sean muy higiénicas que estén atentas a las vías periféricas... E2

(...)Son cariñosas, tienen paciencia, trato, son expertas, son hábiles, dentro de todo son atentas, son profesionales, tengo muy buen concepto de las enfermeras no he visto nada en lo que me pueda quejar, nos atienden bien, y si tenemos buena referencia de ellas. Son muy higiénicas... E14

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

De la misma manera mencionaron los familiares que La enfermera labora con compromiso y responsabilidad al brindar el cuidado. Asistir a los demás, conlleva a comprometerse, reconfortar, preocuparse, tener consideración y compasión, expresar sentimientos, hacer algo para estar con el otro, tocar, amar, ser paciente, proteger, respetar, compartir, comprender, tener habilidad técnica, demostrar conocimiento, seguridad, valorar al otro, ser responsable, guardar silencio, relacionarse espiritualmente.

Al respecto los familiares respondieron de la siguiente manera:

(...)Que sea empática que sienta esa afinidad, que se identifique, que sea comprensiva, porque a veces las mamás queremos saber todo, queremos estar allí mirando ¿no? no queremos dejar solo al

niño, a los hijos, entonces tiene que ser una persona que tenga paciencia que se comprometa que quiera explicar, también que sea muy amable... E1

(...) sobre todo la atención y bastante responsable porque es una profesión que implica mucha responsabilidad con el pacientes,... mucho compromiso... E6

(...)La enfermera debería tener suficiente experiencia para cuidar. Que siempre sea responsable, es muy importante y como trabaja con personas humanas que sean sensibles independientemente de la edad... E12

La Responsabilidad, que es el ser consciente de los actos y responder a los mismos, a la hora de brindar cuidados al individuo enfermo y en todo momento que desempeñe rol como profesional, como persona, madre, padre y compañero entre otros.

Así mismo Boff (35), refiere lo que se opone al desinterés y la indiferencia es el cuidado, cuidar es más que un acto; es una actitud. Por lo tanto, abarca más que un momento de atención, de celo y desvelo. Representa una actitud de ocupación, de preocupación de responsabilización y de compromiso afectivo con el otro.

Al respecto Watson refiere que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y el paciente. Resalta además que el cuidado debe involucrar valores, voluntad y un compromiso en la interacción enfermera- persona, familiar y o comunidad (32).

Categoría 4: La enfermera con conocimiento y habilidad profesional

La enfermera con experticia y conocimiento, En general, los usuarios no están interesados sólo en recibir un tratamiento cariñoso, ellos quieren sentirse seguros y

confiados de que, además de ser seres humanos, tendrán el equipo de salud desempeñando sus funciones con conocimiento y habilidad. Tal como lo mencionan en estas declaraciones:

(...) responder con lo que sabe con tranquilidad brindar calma, brindar respuesta, apoyo...que me expliquen qué es lo que pasa...la enfermera es el primer punto de apoyo, es la enfermera quien te brinda una sensación de confianza, de seguridad... E1

(...) seguras, porque así es como es la enfermera también da seguridad si vemos eso nosotras nos sentimos seguras... E3

(...) que me avisen que me expliquen, que tenga conocimiento... tienen experiencia, conocen su trabajo, tienen mucho de conocimientos de procedimientos...E4

(...) experiencia para colocar inyecciones, para colocar vías, preguntar siempre si el paciente es alérgico me parece que es muy importante... y tienen mucho cuidado a la hora de colocar las vías sobre todo... E5

(...) definitivamente la enfermera tiene que estar totalmente capacitada en todo el tema de medicamentos en todo el tema de alergias y de cómo tratar a un paciente de acuerdo a la edad...una enfermera a mi opinión tiene que estar tan igual capacitada como un médico... E6

(...) en los niños yo creo que para los niños es importante sentir cariño, también que se le hable claro y yo creo que básicamente eso generar ambiente de tranquilidad y de confianza... E7

(...)La enfermera debe estar capacitada y debe trabajar con psicología y paciencia. Siempre informar con un poquito de paciencia, y darle explicación que los tranquilice... E8

(...) debería tener mucho conocimiento en el cuidado de paciente y destrezas creo que los dos son importantes... tienen mucho conocimiento... E9

(...) porque de esa manera le da confianza y seguridad... hablando de seguridad la enfermera al tratar al paciente debería atenderle con toda seguridad dándole confianza... E10

(...) en todo momento se vio que sabían lo que estaban haciendo...debería también ser más capacitado para que puedan identificar el problema del paciente, que sean analíticas... E11

(...)Se nota que las enfermeras saben mucho y son muy atentas con los niños apenas se lo solicitamos vienen rápido a verlos son muy buenas, se preocupan por su pacientes... la enfermera debería tener suficiente experiencia para cuidar...E12

(...) No me puedo quejar, corren por atender al niño, lo apapachan al niño son consentidoras, saben mucho... debería ser capacitada, tener conocimiento sobre cada paciente, identificar cada tipo de esquema de paciente y analizar la situación ya sea por la edad... E13

La disciplina de enfermería debe guiar y orientar las necesidades de la práctica y ésta, a su vez, aplicar o visualizar su utilidad, como también generar teorías inductivas desde la praxis, formándose así un vínculo de retroalimentación, una conexión fundamental mediatizada por la investigación, actividad que genera y crea los conocimientos derivados de una problemática propia de enfermería. Vital es, entonces, entender las nuevas concepciones teóricas con una visión de cuidados humanos, que puedan movilizar la enseñanza y práctica tradicional de enfermería, es por esto que la teoría de Jean Watson, utilizada en esta investigación, es útil, ya que permite plantear una filosofía de cuidados, un lenguaje teórico propio y una relación entre teoría-

práctica, reconoce que “el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser, este ser es un ser en relación a otro que lo invoca. Este, es la base fundadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería”.

Los participantes dejaron ver que era muy importante que el personal esté totalmente capacitado en todas las áreas, además de que deberían tener la habilidad y certeza de lo que están haciendo; usando siempre el análisis en cada una de sus actividades durante el proceso de cuidado. Señalan que la experticia y conocimiento van de la mano, así mismo refirieron que eran ingredientes inseparables en el momento de cuidado.

(...) Sería interesante que por ejemplo la enfermera estudie un curso de atención al cliente, así como estudian especialidades, maestrías, igual ¿no?. Servicio al cliente, relaciones humanas, que cosas dicen las palabras detrás de, para interpretar un poco de psicología, porque el poder de la mente es totalmente poderoso, parece mentira porque muchos pacientes vienen deprimidos entonces necesitan motivación, conocimiento y educación...E15

El poder de la palabra es transcendental para la recuperación de la salud del paciente. La motivación es una variable importante y constituye la disposición para ser cuidado, para ayudar y su deseo de crecer, incluyendo deseo y voluntad de vivir, aumento de conocimiento y aceptación frente a los misterios de la vida y la muerte. Las expectativas del ser cuidado tienen una gran influencia en la forma como se procesa el cuidado.

Watson (27) señala a la motivación en el término Infundir fe-esperanza. Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud.

Las implicancias de brindar un cuidado óptimo según los requerimientos del paciente así pues podemos señalar que el conocimiento es de suma importancia ya que es toda información (formal e informal), que obtenemos y comprendemos durante todo el proceso de formación como profesional y a lo largo de nuestra práctica, para dar un cuidado, acorde, eficaz y eficiente a cada individuo o paciente. Además para cuidar de alguien, debo conocer muchas cosas. Necesito conocer, por ejemplo, quién es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles sus necesidades, y lo que conduce a su crecimiento; preciso saber cómo responder a las necesidades de él, y cuáles son mis propios poderes y limitaciones. No puedo cuidar apenas por hábito; debo ser capaz de aprender a partir de mi pasado. Veo cuantos comprenden mis acciones, si ayudé o no, y a la luz de los resultados, mantengo o modifico mi comportamiento de modo de poder ayudar mejor al otro. Para lo cual hare uso de estrategias o técnicas que me ayudaran como herramientas en la búsqueda del perfeccionamiento en el proceso de brindar el cuidado.

Viendo las bondades de estas estrategias, introducirlas en el momento de cuidado para sumar una cualidad más, que pueda transformarse en mayores beneficios para los pacientes; obteniendo de esta manera un agregado en el proceso del cuidado e indirectamente en los resultados esperados de cada procedimiento o actividad que se realice para y con el paciente.

CAPITULO V

5. CONSIDERACIONES FINALES:

Antes de concluir este trabajo; mencionar unas reflexiones finales: el cuidado es invisible, cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su camino, son acciones invisibles. Estas actitudes corresponden observarse en la enfermera. Ésta invita a la persona a tomar conciencia de sus elecciones, a actuar y a llevar a cabo las actividades ligadas a la salud. La enfermera es responsable del cuidado del ser humano en promoción y conservación de la salud, así como la recuperación de su equilibrio físico, social, mental y espiritual. Facilitando el bienestar, respetando la dignidad y autonomía; a través del cumplimiento de los deberes, la promoción al máximo del respeto por los seres humanos y la conciencia moral.

Así brindar un cuidado personalizado, teniendo presente que cuando cuidamos al prójimo, crecemos. Respetando sus derechos tal como menciona el artículo 25 de los derechos humanos que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le 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; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. Así mismo el “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano...”

La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 menciona a la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 25). Fue reconocida

nuevamente como derecho humano en 1966 en el [Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales](#) (artículo 11.1) que describe el derecho a la salud como “el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. El derecho a la salud es pertinente para todos, se hace hincapié en el cumplimiento de los derechos humanos que reconoce el derecho a la salud.

Por consiguiente las actividades de la enfermera son múltiples, así como promueve las condiciones necesarias y suficientes para que se proporcione el cuidado, con conciencia y conocimiento científico en el desarrollo del mismo; además de la propia necesidad del cuidado de sí; transforma la ciencia en el “arte de cuidar”, caracterizado por amabilidad, respeto, calidez, desvelo y vigilancia, demostrando asertividad, destreza y experticia en cada uno de los procedimientos realizados, brindan un clima de confianza y seguridad. Así mismo brinda cuidado humanizado, inquiriendo en la satisfacción oportuna de las necesidades y demandas del usuario y/o familiar.

Finalmente la última etapa de esta investigación, momento y lugar oportuno para determinar de destacar los aspectos más relevantes de esta tesis ya señalados en los capítulos anteriores, así como para exponer algunas consideraciones y perspectivas de futuro que nacen de este trabajo. Dado que el presente estudio ha concurrido diferentes análisis, según el mismo orden empleado en los capítulos anteriores.

Durante la recopilación de los datos a la luz de las categorías desarrolladas en este estudio, se encontró que la enfermera de la clínica San Felipe, basa el cuidado, bajo conocimientos, experticia y ética. La empatía, la espiritualidad, entre otros, son características propias, por lo cual el cuidado es interpersonal para dar un trato de excelencia y confort de la persona enferma; pero lo más importante que se observo es la

calidad humana, la moral, el amor por su carrera y el deseo de realizar una buena práctica de enfermería.

En la búsqueda de brindar un cuidado con calidad, la enfermera de la clínica en estudio, demuestra en cada una de sus actividades, el trato humanizado en la atención de los pacientes; esto se refleja en lo que refiere el familiar acompañante al mencionar estar satisfecho con el cuidado percibido. Así mismo, el familiar concuerda en la importancia de no dejar de lado el trato humano y la sensibilidad en cada acto de cuidado. Los comportamientos y actitudes que describe el familiar en el proceso de cuidado integran en una amplia lista de la que se destacan: respeto, gentileza, amabilidad, consideración, comprensión, disponibilidad, responsabilidad, interés, seguridad y ofrecimiento de apoyo, confianza, comodidad y solidaridad entre otras.

Al realizar el análisis e interpretación de la información percibida, se encuentra en este apartado algunas líneas de investigación en las que acreditamos se debería incidir en el futuro inmediato; es necesario mencionar que en algunos momentos en vista de la demanda de pacientes, el personal profesional se torna álgido para poder brindar la atención correcta debida y oportuna, como corresponde. Al respecto cabe resaltar que para que sea óptima la atención de los pacientes se requiere que la infraestructura de la atención de los mismos - debido a la demanda - más aún si son pacientes de atención oportuna y rápida, deberían ser asistidos con premura para lo que se necesitaría proveer con número mayor de tópicos de atención inmediata y así mismo mayor recurso humano para resguardar esta demanda.

Así mismo es preciso mencionar que existe falencia en el profesional de enfermería de conocimiento y/o experticia en áreas a fines como psicología, motivación, uso de estrategias o herramientas para resguardo emocional y/o psico-social del paciente

y/o familiar. Estos saberes reforzarían la calidad en el proceso de cuidado. He aquí la importancia de la formación y capacitación del personal en estas áreas a fines. Así mismo de inquirir en directivas que den como resultado un crecimiento en proceso del cuidado del paciente, tomando como fuente el saber del familiar y la práctica del cuidado humanizado del profesional de enfermería en la institución de salud.

Concluyendo la exposición de esta investigación, indicar que este trabajo ha sido una constante paradoja, las distintas fases de la ejecución aportaron estímulos muy diferentes, adquisición de conocimientos que por momentos parecían dispares, o confusos pero que en el transcurrir del tiempo y análisis de los mismos, llegaron a demostrar que eran complementarios, los que me permitieron conocer en una forma integral y a la vez concisa, al cuidado humano. La teoría y la práctica y como están íntimamente ligadas, llego al final de esta investigación satisfecha por haber cumplido mi compromiso académico y también personal; un trabajo que sin duda alguna ha modificado profundamente mi percepción acerca del cuidado humano y mi desenvolvimiento en la realización del mismo y que a su vez ha presentado un paso más en la búsqueda de mi perfeccionamiento como profesional.

A lo largo de estos años he sido testigo de las carencias y faltas de conocimientos, estas falencias son responsables de la construcción de una imagen equivocada de la enfermera por parte del usuario. Tal vez este trabajo conste, al menos en parte, estos interrogantes, poniendo a manifiesto la importancia de incurrir en la preparación y capacitación en estas áreas a fines.

Destacar que esta tesis refleja apenas parte de los conocimientos, saberes y sentimientos adquiridos en todos los años, una experiencia que ahora la llevo

incorporada y que me acompañara el resto de mi vida, un proyecto que me permitió conocer el sentir del familiar acompañante, el mirar el cuidado humano desde otra perspectiva; este estudio me ha permitido ver con mayor claridad las necesidades del paciente. Finalizo con la esperanza de que estas aportaciones sirvan de inspiración para que otras personas puedan dar continuidad al eterno proceso de adquisición y evolución del conocimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valdebenito, J. Artículo de enfermería: unidades de gestión de cuidado. (2013). Disponible en: <http://colegiodeenfermeras.cl/articulo-de-enfermeria-unidades-de-gestion-del-cuidado-una-realidad-de-la-enfermeria-chilena/>
2. Morris, R.; Arias, A. y Villaseca, M. Necesidades y Demandas de los Cuidadores Primarios de Pacientes terminales de Cáncer en Atención primaria. Artículos. (1995). Disponible en: <http://www.geocities.com/hotsprings/spa/7712/incice.html>.
3. Bromet A. Morir en casa (Sede Web) Colombia 2003 (actualizada el 20 de septiembre del 2009, acceso el 8 de septiembre 2012). Disponible en: <http://hacerfamilia.net/revista/articulo.asp?reportaje=290.n>
4. Campo Martínez., Cotrina Gamboa. Relación de ayuda al familiar del paciente en situación crítica. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2011 Oct [citado 2012 Abr 15]; 10(24): Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412011000400009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000400009>.
5. Ceron Polaco. “Aspectos presentes en la comunicación de la enfermera con el familiar del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo”. Bogotá 2008.
6. Abizanda R. Sobre las necesidades reales de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. Med. Intensiva[revista en la Internet]. 2007 Sep. [citado 2012 Abr. 15]; 31(6): 271-272. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600001&lng=es
7. Urizzi F, Correa A. Vivencias de familiares en terapia intensiva: el otro lado del ingreso. Rev Latino-am Enfermagem [revista en la Internet]. 2007 julio-agosto[citado 2012 Abr. 15]; 15(4) disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a12.pdf

8. Poblete y Valenzuela. Cuidado humanizado un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios; Chile, 2007. disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000400019&script=sci_arttext
9. Barbosa de Pinho, Azevedo Dos Santos. Significados y percepciones sobre el cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Santa Catarina – Brasil, 2006. disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200004
10. Ramírez, R. et al. Ética del cuidado del profesional de enfermería desde la perspectiva del familiar cuidador del paciente en estado crítico HRDLM – Chiclayo 2013.
11. Ceballos, P. Desde los ámbitos de enfermería analizando el cuidado Humanizado. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004
12. Bermúdez, C. Calidad de atención de salud desde la perspectiva del cuidado humano en usuarios hospitalizados en una institución del tercer nivel MINSA Trujillo Perú 2010.
13. De la cruz, E. Percepción del familiar sobre la calidad de la atención que brinda la enfermera al paciente pediátrico internado en el hospital Arzobispo Loayza” Lima 2009 disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/1345>
14. Montoya V, “Relación enfermera – Familiar en la unidad de cuidados intensivos- EsSalud.” (Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería) Chiclayo USAT 2008
15. Cubelli, GR; Muro, M; Neira, J; Punk, O: “Curso Bianual de Emergentología”. Congreso Panamericano de Trauma. Miami, 1997.
16. MINSA / Dgsp V.01 Norma Técnica De Los Servicios De Emergencia De Hospitales del Sector Salud Dirección General de Salud de las Personas Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud 2004.

17. Martínez, C. Cuando la enfermera acompaña a su familiar enfermo. Archivos de la memoria; 1. Fundación Index. (2004). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/anuario1/a0401.php>
18. Rosental, Diccionario filosófico MM, Huascarán (2005)
19. Guillaume, P. (1964) Psicología de la forma. Editorial Psique. Buenos Aires.
20. Gibson, J.J. (1950) Koffka, K. (1922): "Una introducción a la Gestalt-Theorie". En La teoría de la Estructura (K. Koffka), Ediciones de la Lectura, Madrid, 1947
21. Koffka, K. (1935) Principios de Psicología de la Forma. Editorial Paidós, 1953
22. Allport, F. (1955): Theories of Perception and the Concept of Structure. John Wiley & Sons, Inc., New York.
23. Wertheimer M. (1944) "Gestalt Theory", Social Research, 11, 78-99
24. Tortosa Gil (1999): La psicología moderna. Madrid; Bs. As. Editorial Mc Graw.
25. Vargas, M. Los colores lacandonos: un estudio sobre percepción. México, vol I, 1995 página 47 – 53.
26. Barbosa de Pinho, Azevedo dos Santos en su estudio titulado: "Significados y percepciones sobre el cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos (2006). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200004Cohen, revista Journal of Advanced Nursing 1991
27. Watson, J. Ponencia de I congreso internacional de enfermería. Facultad de enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. México; 2007.
28. Watson J. (1988). Ciencia Humana y Cuidado Humano: una teoría de enfermería. New York, National League for Nursing.
29. Ariza C. ¿"Es posible humanizar la atención de Enfermería al paciente en estado crítico"? Actual Enfer. 1998; 1(4)
30. Cornejo M. Infinitud Humana. La grandeza de los valores. México: Grijalba S.A. 1997. Thesaurus linguae, vol4, Leipzig 1909, col145.

31. Pinto N. “Intersubjetividad, Comunicación y Cuidado”. En: Dimensiones del Cuidado. Grupo de Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 1998. Minayo, M. Cuantitativa- Cualitativa, rio de Janeiro 1999.
32. Tomey, M. Modelo y teorías de Enfermería 7ª Ed Madrid-España: Harcourt Brace; 2011.
33. Mayeroff, M. (1971) On Caring. New York: Harper & Row, Publishers.
34. Triana, M et al. Perspectivas del cuidado de enfermería en UCI. ISBN: 978-958-761-252-3, editorial: [Editorial Universidad Nacional de Colombia](#), 2012
35. Boff, L. el cuidado esencial. Ética de lo humano compasión por la tierra editorial Trotta. (2002) disponible en: [off-el-cuidado-esencial-etica-de-lo-humano-compasic3b3n-por-la-tierra-ima.pdf](#)
36. Boff, L. (1999). Saber Cuidar: Ética do humano – compaixao pela terra; Petrópolis, Río de Janeiro. Editora Vozes Ltda
37. Polit, Q. y Hungler, B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5ª Ed. Editorial Mac Graw Hill-Interamericana. México. (1997).
38. Polit, D. Diseño y Método de investigación científica en ciencias de la salud, principios y métodos. 6eta Ed. México: 2003 Navarro, V. Percepción de los padres acerca de la calidad de cuidado que brinda la enfermera al recién nacido en el servicio, de UCIN Neonatal HNDAC Septiembre 2012”. Disponible en: http://cybertesis.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/326/1/navarro_jf.pdf
39. Canales, F. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. México. Linesa Noriega editores 2005.
40. Menga, L. El estudio de Caso: su potencial en educación. Sao Pablo. Editora pedagogica Andre 1988.
41. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico de la investigación cualitativa. Colomb Med 2003; 34(3):164-7.

42. Isaacs D. La Educación de las virtudes humanas y su evaluación. Navarra: Universidad de Navarra; 2003. p. 65, 134, 152, 237, 256, 276, 296, 332, 395.
43. Kerouac S. El Pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 2005. p. 42-6
44. Waldow, V. (1998). Cuidado Humano. O Resgate Necessário. Editorial Sagra Luzzatto. Brasil. p.p. 17-19, 56-62
45. Minayo, M. cuantitativa-cualitativa, Rio de Janeiro 1999
46. Colliere, M. Promover la vida. Editor, McGraw-Hill Interamericana, Madrid 1993.
47. Rivera, L. percepción de comportamientos de cuidado humanizado en enfermería en la clínica del country. Rev. Av. Enferm. 2007 25 (1): 54- 66
48. Nava, G. Zamora, P. Percepción del trato digno de los familiares de los enfermos neurológicos en el Instituto Nacional de Neurología y neurocirugía. (2009). Disponible en: http://www.innm.salud.gob.mx/descargas/ensenanza/ene_abr_10.pdf
49. Marriner A. Modelos y Teorías de Enfermería. Mosby Doyma Libros. España.1994. p. 356.
50. Grupo de Cuidado. Dimensiones del Cuidado. Colombia: Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia; 1998. p. 8-15. 8.
51. Freud, Sigmund (1928). «CLV». En Biblioteca nueva. *El humor. Obras completas*. tomo II. ISBN 9505185979
52. Ramos. F. Et al. Percepción del familiar acompañante con respecto al cuidado de enfermería en hospitalización. México.2012 disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/administracion3.pdf>
53. Navarro, V. Percepción de los padres acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera al recién nacido en el servicio, de UCIN Neonatal HNDAC. Lima Perú. 2012. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/197130064/Condor-i>

54. Ariza Olarte C. Excelencia del Cuidado. Un Reto para Enfermería. En Colombia. [material en línea] 2010. [Consultado 01 de Septiembre 2013] URL en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermeria8105-Editorial.htm>
55. Stephen, H. Análisis del discurso, Manual de conceptos básicos. Disponible en: <http://www-01.sil.org/americas/peru/pubs/spn-AnalisisDiscurso.pdf>
56. Asenjo, MA; Bohigas, LL; Trila, A.; Prat, A: “Gestión diaria del hospital”. Masson S.A. Barcelona, 1999.
57. Del águila Reyes Perú cuidado de enfermería al niño Hospitalizado con cáncer y su familiar acompañante. (2013). Disponible en : www.slideshare.net/patriciadelaguilareyes/proyecto-patricia-21-0113
58. Amescua, M. Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. Cultura de los Cuidados. (2000). Pp: IV (7-8): 60-67.
59. González G, M, Bracho C, Zambrano A, Marquina M, Guerra C. A. El Cuidado Humano como Valor en el Ejercicio de los profesionales de la Salud.[material en línea] [Consultado 30 de Agosto 2013] URL en: <http://es.scribd.com/doc/16008571/Cuidado-Humano>
60. Wesley, R, L. Teorías y Modelos de Enfermería. ed. México. Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1997.
61. Carrasco, A, Delfino M, González P, Margel G, Pi M.V. El Cuidado Humano Reflexiones Interdisciplinarias. 1era ed. Montevideo. 2011 [material en línea] [Consultado 28 de Agosto del 2012] URL en: <http://www.dso.fmed.edu.uy/sites/www.dso1.fmed.edu.uy/files/materiales/El%20Cuidado%20Humano.pdf>
62. Rivera Álvarez L. N. Triana A. Cuidado Humanizado de Enfermería: Visibilizando la Teoría y la Investigación en la Práctica, en la Clínica del Country. Colombia. [material en línea] [Consultado 28 de Agosto del 2013] URL en: <http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs>.



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

ANEXOS

Anexos 1

Ficha de Consentimiento informado

Proyecto de Investigación: PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR QUE ACOMPAÑA AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el año 2002 viene realizando propuestas en lo que respecta seguridad del paciente, para esto se creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el objetivo principal de movilizar esfuerzos globales para la seguridad en el cuidado del usuario hospitalizado. En este contexto el presente estudio de investigación esta direccionado a nutrir la calidad del cuidado del paciente, a partir de la opinión del familiar del usuario, encontraremos respuestas a analizar para la búsqueda de soluciones, siempre bajo el marco de la beneficencia al usuario.

Los objetivos del estudio son:

Describir el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de emergencia. Desde la óptica del familiar acompañante

Analizar la percepción del familiar respecto al cuidado que brinda el enfermero.

La participación en la investigación se dará por medio de la entrevista. El área para la realización de la entrevista o grupo será reservado y garantizará la privacidad de los

participantes. Las informaciones serán grabadas y guardados por cinco años, después serán destruidas.

Todas las informaciones recolectadas sobre la identificación personal serán tratadas confidencialmente. Los resultados de este estudio serán usados para fines científicos, más usted, no será identificada(o) por su nombre, siendo garantizado su anonimato en todos los momentos de la recolección de datos.

El estudio no prevé ningún riesgo a los participantes y/o responsables, podrá sin embargo, presentar algún tipo de disconformidad a los participantes por los temas tratados. La participación es voluntaria y libre.

Los principales beneficios que se puede obtener están relacionados a la calidad del cuidado en salud ofrecido a los usuarios de los servicios, bien como la creación de medidas para garantizar la seguridad del usuario.

En caso de cualquier duda en relación a la investigación o sobre sus derechos, usted podrá constatarlo en la Escuela de Posgrado, Doctorado en Ciencias de Enfermería de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Web -www.uladech.edu.pe

Yo: fui informada (o) de los objetivos de la investigación antes mencionada de manera clara y detallada. Recibí información y aclararon mis dudas. Sé que en cualquier momento podré solicitar nuevas informaciones y modificar mi decisión, si lo deseo. La enfermera: (Investigadora responsable), me aseguró de que todos los datos de identificación personal de ésta investigación serán confidenciales y tendré la libertad de retirar mi consentimiento durante cualquier etapa

de la investigación. Declaro además que recibí una copia del presente término de Consentimiento.

Este formato fue leído para: en
Lima,..... /..... /..... por.....
..... mientras yo estaba presente.

Participante Investigador responsable Asesora

En caso de cualquier duda en cuanto a las cuestiones éticas podrá entrar en contacto con la Escuela de Postgrado – Doctorado en Ciencias de Enfermería ULADECH



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

Anexo 2

Instrumento de Recolección de Datos

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Datos de identificación:

Edad:..... sexo..... estado civil.....

Lugar de nacimiento.....

Grado de instrucción:.....

Diagnóstico de paciente:.....

Grado de parentesco con el paciente:.....

Cuantos integrantes de familia.....

Número de hijos.....

Ocupación.....

Paciente reingresante.....

Pregunta principal:

¿Cuál es su percepción referente al cuidado brindado por el profesional de enfermería?

¿Podría describir el cuidado que brinda la enfermera?

¿Cómo le gustaría que sea el cuidado brindado por el profesional de enfermería?

¿Qué características debería tener el cuidado de enfermería?

En su opinión ¿cómo debería de cuidarse a su familiar?



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

Anexo 3

Cuadro de características de los participantes

N/	Estado civil	Sexo	Lugar Nac.	Parentesco	Edad	Dx	Grado de instrucción	Ocupación
1	Soltera	F	Lima	Hija	30	Neumonía	Superior	Química
2	Casada	F	Lima	Esposa	34	GECA	Superior	Casa
3	Casada	F	Lima	Madre	37	Fx tibia	Superior	Admin
4	Soltera	F	Ayac	Hija	36	IRA	Secundaria	Comercio
5	Casada	F	Lima	Hija	37	ITU	Superior	Secretaria
6	Casada	F	Lima	Madre	36	Broncoesp	Superior	Admin
7	Casada	F	Lima	Madre	46	Broncoesp	Secundaria	Casa
8	Soltera	F	Areq	Madre	43	Neumonía	Superior	Casa
9	Casada	F	Lima	Madre	29	GECA	Superior	Técnica de enfermería
10	Casada	F	Lima	Madre	39	Síndrome febril	Superior	Diseño
11	Soltera	F	Lima	Madre	40	GECA	Superior	Eventuales
12	Soltera	F	Lima	Hija	40	Neumonía	Superior	Profesora
13	Casada	F	Lima	Hermana	67	Hiperglicemia	Superior	Profesora
14	Casada	F	Lima	Hija	48	Hipoglicemia	Superior	Psicóloga
15	Casada	F	Piura	Madre	37	Broncoespasmo	Superior	Ingeniera

Fuente: Relación de participantes y sus características.