



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES

CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE POSGRADO

VIVENCIAS DE LOS ADULTOS JÓVENES CON AUTOIMAGEN

ALTERADA POR ESTRABISMO.

IMPLICANCIAS PARA EL HACER DE ENFERMERÍA

TESIS

PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE

DOCTORA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AUTORA: MARÍA ESTHER MINO YGLESIAS

ASESORA: DRA. NÉLIDA CANTUARIAS NORIEGA

CHIMBOTE - PERÚ

2014

ASESORA

DRA. NÉLIDA CANTUARIAS NORIEGA

JURADO DE TESIS Y ASESOR

DR. FREDY HERNÁN POLO CAMPOS

PRESIDENTE

DRA. MARÍA ELENA GAMARRA SÁNCHEZ

SECRETARIA

DRA. SONIA MARY DEL ÁGUILA PEÑA

MIEMBRO

DRA. NÉLIDA CANTUARIAS NORIEGA

ASESORA

AGRADECIMIENTOS

**A LA UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS
ÁNGELES, CHIMBOTE,** *por haberme
permitido culminar mis estudios de
Doctorado en Ciencias de Enfermería.*

**A LA DOCTORA YOLANDA RODRÍGUEZ
NÚÑEZ,** *Coordinadora del Doctorado en
Ciencias de Enfermería, mi agradecimiento
infinito por las facilidades brindadas para
culminar mis estudios de doctorado.*

**A LA DOCTORA NÉLIDA CANTUARIAS
NORIEGA,** *por su valiosa asesoría, por
compartir su sabiduría e impulsarme a ser
cada día mejor.*

**A LOS PACIENTES QUE PARTICIPARON
EN EL PRESENTE ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN,** *por el valioso tiempo
brindado.*

**AL PERSONAL DEL INSTITUTO
REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA,**
*que de alguna u otra manera,
colaboraron en el presente trabajo de
investigación.*

DEDICATORIA

A DIOS Y A LA VIRGEN MARÍA, por amarme y protegerme cada día, por iluminar mi vida y permitirme cumplir mis grandes anhelos.

CON INMENSO AMOR A MIS PADRES, IGNACIO Y ADELINA, quienes se encuentran en el cielo, por el amor y cuidados que me prodigaron, por sus sabias enseñanzas y ejemplo de superación y perseverancia.

A MI PRIMA Y SOBRINOS ISABEL, JAVIER Y ANGELITA, por alegrar nuestras vidas, por su apoyo constante e incondicional en el momento preciso.

A JESÚS, MI ESPOSO, Y A MIS HIJAS, MARÍA ADELINA, LUCÍA DE JESÚS Y DIANA LOURDES, por su apoyo constante y ser el motor y alegría de mi vida.

A MIS HERMANAS NORMA, AUGUSTA Y MARISELA, por ser un ejemplo de amor fraterno, de valores y bondad; por ser siempre mi gran apoyo y acompañarme en todos los momentos de mi vida.

CON INMENSO AFECTO A MI MAMÁ ISABEL Y, A MIS TÍOS ANGÉLICA, VICTORIA, GRACIELA Y GUILLERMO, quienes se encuentran gozando del cielo. Por el amor, apoyo y sabias enseñanzas que me prodigaron y que iluminaron mi sendero.

DEDICATORIA

CON INMENSA GRATITUD Y AFECTO A

LA DRA. NÉLIDA CANTUARIAS NORIEGA, mi maestra, colega, amiga y asesora de la presente investigación, por sus sabias enseñanzas, dedicación, motivación y perseverancia constante. Por su incentivo permanente y consejos motivadores para la culminación de la presente tesis.

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el objetivo de develar las vivencias de los adultos jóvenes con autoimagen alterada por estrabismo y, sus implicancias para el hacer de enfermería, que concurrieron a la consulta externa del Instituto Regional de Oftalmología de Trujillo. La metodología es cualitativa de modalidad fenomenológica de tipo estructural, dentro de la perspectiva de Martin Heidegger. La muestra estuvo conformada por ocho adultos jóvenes de ambos sexos, entre los veinte y treinta años de edad con estrabismo infantil no corregido, a quienes se les hizo la pregunta de rigor: **¿qué sientes al padecer de estrabismo?** El análisis interpretativo en su primer momento metodológico, de la comprensión vaga y mediana de los testimonios, permitió la construcción de once unidades de significado. La hermenéutica, que fue el segundo momento metodológico, develó las vivencias de los adultos jóvenes con autoimagen alterada por estrabismo, mostrando sus modos de ser en su mundo cotidiano. También, se develó la necesidad de incorporar los hallazgos de este estudio para mejorar la calidad de vida de este tipo de pacientes.

Palabras clave: vivencias, estrabismo, adulto joven.

ABSTRACT

The present study has been undertaken with the aim of revealing the experiences of young adults that suffer from altered self-image because of strabismus as well as its implications in doing nursery. These young adults attended the outpatient clinic of the Ophthalmology Regional Institute of Trujillo. The methodology is qualitative phenomenological, structural mode, within the perspective of Martin Heidegger. The sample consisted of eight young adults of both sexes, between twenty and thirty years old with childhood strabismus uncorrected, who were asked the obligatory question: **¿How do you feel about suffering from strabismus?** The interpretative analysis, in its first methodological moment, of the vague and median understanding of the testimonials, allowed the construction of eleven units of meaning. The hermeneutics, which was the second methodological point, unveiled the experiences of young adults with altered self-image because of strabismus. It showed their way of being in everyday life. On the other hand, the need to incorporate the findings of this study was also revealed to improve the quality of life of these patients.

Keywords: Experiences, strabismus, young adult.

RESUMO

O presente estudo foi realizado com o objetivo de revelar as experiências de jovens adultos que têm autoimagem alterada por estrabismo e suas implicações para o fazer de enfermagem e que participou do ambulatório do Instituto Regional de Oftalmologia de Trujillo. A metodologia é qualitativa de modo estrutural fenomenológica, na perspectiva de Martin Heidegger. A metodologia é qualitativo método fenomenológico de tipo estrutural, dentro da perspectiva de Martin Heidegger. A amostra foi composta por oito jovens adultos de ambos os sexos, entre 20 e 30 anos de idade com estrabismo infantil não corrigido, que foram convidados à pergunta obrigatória: ¿ Que é o que você sente ao padecer de estrabismo? A análise interpretativa em seu primeiro momento metodológico, a compreensão vaga e mediana dos depoimentos, permitiu a construção de 11 unidades de significado. Hermenêutica, foi o segundo tempo metodológico, desvelou as experiências de jovens adultos que têm autoimagem alterada por estrabismo, mostrando suas formas de estar no seu mundo cotidiano. Também foi revelada a necessidade de incorporar os resultados deste estudo para melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Palavras-chave: Experiência, estrabismo, adulto jovem.

SUMARIO

| | |
|--|-----|
| I. INTRODUCCIÓN | 1 |
| I.1. Formulación del problema | 1 |
| I.2. Objeto de estudio | 5 |
| I.3. Pregunta orientadora..... | 6 |
| I.4. Objetivos del estudio | 6 |
| I.5. Justificación y relevancia del estudio | 6 |
| II. CONTEXTO DE ESTUDIO | 9 |
| III. MARCO TEÓRICO FILOSÓFICO | 41 |
| III.1 Antecedentes del estudio..... | 41 |
| III.2 Los conceptos que fundamentan la presente investigación..... | 43 |
| III.3 Consideraciones filosóficas sobre el abordaje fenomenológico..... | 47 |
| III.4 Teoría de Jean Watson: teoría de los cuidados transpersonales..... | 65 |
| IV. ABORDAJE METODOLÓGICO | 74 |
| IV.1 Tipo de investigación..... | 74 |
| IV.2 Método de investigación y justificación de su opción por el método..... | 76 |
| IV.3 Escenario de la investigación (descripción)..... | 76 |
| IV.4 Participantes de la investigación: tamaño de la muestra, criterios de inclusión, exclusión, modo de captación de participantes | 78 |
| IV.5 Procedimiento de recolección de datos..... | 80 |
| IV.6 Procedimiento de análisis de datos..... | 81 |
| IV.7 Principios éticos y de rigor científico..... | 84 |
| V. RESULTADOS..... | 89 |
| V.1 Presentación de resultados..... | 89 |
| V.2 Discusión de hallazgos..... | 90 |
| VI. CONSIDERACIONES FINALES E IMPLICANCIAS PARA LA PRÁCTICA . | 122 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 129 |
| ANEXOS | 138 |

I. INTRODUCCIÓN

I.1 Formulación del problema

El estrabismo es una mala alineación de los ojos en algún momento o en alguna posición de la mirada, se caracteriza por la pérdida de alineamiento de los ejes visuales debido a la interrupción o a la falta de instauración de la visión binocular, provocando, en algunos casos, posición anómala de la cabeza. Es causado por alteraciones de la refracción, problemas sensoriales, alteraciones anatómicas, alteraciones motoras o déficit de inervación. Además, puede ser el resultado de un conjunto de causas, las que por sí solas pueden no determinar la entidad (1)(2).

Esta patología es más común en niños con discapacidad mental (síndrome de Down 40%, parálisis cerebral, disostosis craneofacial), recién nacidos prematuros, y en niños con antecedentes familiares de estrabismo.

El estrabismo puede presentarse desde el nacimiento o aparecer a cualquier edad y en todos los casos requiere un estudio por parte del oftalmólogo lo antes posible. Si se confirma la presencia del estrabismo, debe realizarse un estudio de sus causas y un tratamiento inmediato (3).

En general, los estrabismos no tienen corrección espontánea. El 50% de los niños con estrabismo desarrollan ambliopía (situación en la

que uno o ambos ojos no son capaces de alcanzar una visión adecuada, incluso con la corrección óptica necesaria) y alteración en la profundidad de la percepción o estereopsis, a lo que se agrega, ocasionalmente, retraso del desarrollo psicomotor y dificultades de la percepción visual. Además de los efectos estéticos, que son importantes (2)(3)(4).

Este problema de salud afecta no solo la estructura y fisiología muscular del ojo, sino también, las relaciones de los ojos con el entorno, relaciones retinianas y fenómenos de integración a nivel del sistema nervioso central (1)(4).

Es un trastorno frecuente que afecta del 3 al 5% de la población infantil durante los primeros años de vida, detectándose tardíamente en la edad escolar al tener dificultad al leer o escribir (4)(5)(6).

En el Perú, la principal causa de discapacidad visual es la catarata bilateral (47%); seguida por los errores refractivos no corregidos (15%), glaucoma (14%) y retinopatía diabética con el 5% según un estudio del Instituto Nacional de Oftalmología (INO)(7).

El Servicio de Estadística del Instituto Regional de Oftalmología de Trujillo reportó en el año 2013, novecientos noventa y siete casos de estrabismo, de los cuales: seiscientos veintisiete fueron niños (0-11 años), ciento veintiseis adolescentes (12-17 años), ochenta y cuatro jóvenes (18-29 años); ciento dieciocho adultos (30-59 años) y cuarenta y dos adultos

(más de 60 años)(8).

La motivación más importante para realizar la presente investigación, lo constituye mi experiencia profesional como enfermera asistencial que, a partir de 1984, realicé en el Hospital Regional Docente de Trujillo, donde laboré como enfermera asistencial en los diferentes servicios y como Jefe de enfermeras del Servicio de Oftalmología, el cual a partir de 1994, se independizó como Instituto Regional de Oftalmología (IRO) para atender exclusivamente los problemas oftalmológicos del norte del país.

En esta nueva institución, me desempeñé como enfermera asistencial, directora del Departamento de Enfermería y continué laborando hasta la actualidad como enfermera asistencial. En este diario quehacer, fui recreando mi aprendizaje y especializándome en la atención al paciente con problemas visuales afectado por enfermedades de diferente complejidad que, muchas veces, dejaron como secuela una severa discapacidad visual.

En el cotidiano, observo diferentes particularidades, conductas, creencias y expresiones de gran emotividad en los pacientes; algunas veces, manifestadas por sentimientos positivos o negativos, ante la recuperación o pérdida parcial o total de la visión, que indudablemente influye en su personalidad y desempeño personal.

El querer contribuir a brindar una atención de enfermería de calidad a pacientes con problemas visuales, me llevó a realizar la tesis titulada «Entre la luz y la oscuridad», en la maestría de Enfermería con mención en Salud del Adulto en la Universidad Nacional de Trujillo, estudio cualitativo de abordaje fenomenológico en adultos mayores que padecían catarata bilateral con deterioro visual severo, y cuyo propósito fue develar el fenómeno de la pérdida y recuperación visual desde el punto de vista del paciente afectado, a fin de comprender, en su totalidad profunda, la esencia del fenómeno mediante una actitud dialógica.

Esa investigación fue una experiencia enriquecedora para mí, porque, desde su inicio, me ayudó a comprender al ser humano, sobre todo a aquel que padece ceguera, como una existencia singular en su situación, luchando y rivalizando con sus compañeros y entorno para sobrevivir, y confirmar su existencia, comprenderlo y brindarle cuidado humanizado. Continuando con mi labor en el Instituto Regional de Oftalmología, me interesé por los jóvenes que concurrían al servicio de estrabismo; al interactuar con ellos, pude conocer que algunos acudían por primera vez a la consulta oftalmológica, otros habían sido tratados a edades tempranas pero habían llevado un tratamiento irregular o lo habían abandonado entre otras razones, por desconocimiento de la importancia del tratamiento oportuno del estrabismo en el desarrollo visual.

Por un lado, observé que, en muchos de estos pacientes jóvenes,

afloraban sentimientos de preocupación, resignación, cólera, tristeza, etc., ante su estado de salud ocular. Otros querían hallar una pronta solución a la baja visión y a la desviación ocular que presentaban ya que, les ocasionaba dificultades en su vida diaria, etc. Estos hechos me llevaron a preguntar, ¿qué sentirán estos jóvenes que padecen estrabismo?, ¿qué dificultades en su vida diaria les ocasiona el padecer esta enfermedad?, ¿qué sentimientos guardarán en su experiencia?, ¿qué sienten al padecer de estrabismo?

Estas experiencias vividas en la cotidianidad de mi ejercicio profesional y la oportunidad de estudiar el Doctorado en Ciencias de Enfermería, me motivaron a realizar la presente investigación de abordaje cualitativo fenomenológico, con la finalidad de acercarme a la realidad del paciente adulto joven estrábico y tratar de conocerlo en su integridad para contribuir a mejorar la calidad del cuidado de enfermería.

I.2 OBJETO DE ESTUDIO

Vivencias de los adultos jóvenes con autoimagen alterada por estrabismo. Implicancias para el hacer de enfermería.

I.3 PREGUNTA ORIENTADORA

¿Qué sientes al padecer de estrabismo?

I.4 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

I.4.1 Comprender las vivencias de los adultos jóvenes con autoimagen alterada por estrabismo. I.4.2 Determinar las implicancias para el hacer de enfermería.

I.5 JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA DEL ESTUDIO

En el IRO diariamente se atienden niños, jóvenes y adultos con diferentes patologías entre las que podemos citar la ambliopía y estrabismo. Ante estas formas de mal funcionamiento visual, los infantes verán amenazada su capacidad para desarrollar habilidades complejas que requieran visión binocular (9).

El retraso o la negligencia en el tratamiento, además de producir efectos antiestéticos indeseables, puede ocasionar baja autoestima, traumas psíquicos y el deterioro permanente de la visión del ojo desviado. Con consecuencias muy adversas para el individuo, la sociedad y la situación económica, limitando el desarrollo adecuado en los niños y niñas con repercusión en el rendimiento escolar y; la productividad en

los adultos por el deterioro funcional que afecta la calidad de vida (10)(11)(12).

La presente investigación se justifica por lo expresado y la falta de publicaciones cualitativas en este área; sin embargo, al indagar en la literatura, se hallaron un sinnúmero de investigaciones cuantitativas, muchas de ellas referidas en su mayoría al diagnóstico y tratamiento médico quirúrgico del estrabismo, y otras que abordaban los aspectos psicosociales del mismo.

Los resultados de la presente investigación:

Contribuirán con la línea de investigación vivencias del adulto joven con autoimagen alterada por estrabismo, empleando el método de investigación fenomenológico desde la perspectiva heideggeriana.

Nos permitirán documentar el problema desde una visión holístico-humanista de la persona afectada de estrabismo. Este conocimiento proporcionará a la enfermera una base para mejorar la calidad de cuidado que brinda a este tipo de pacientes.

Este nuevo conocimiento generado puede constituir el inicio para reflexionar acerca de las políticas, programas y prácticas de salud, junto a la comunidad peruana. Así como, elaborar y/o reestructurar las propuestas de intervención actuales para mejorar el cuidado integral de las personas afectadas y contribuir a promover la salud visual, prevenir enfermedades

oculares y reducir la ceguera prevenible o curable.

Así, también, fortalecerá el cuerpo de conocimientos de enfermería e impulsará a continuar buscando evidencias epistemológicas que permitan mejorar las propuestas actuales en relación al desempeño, competencia y desarrollo profesional y práctico de las enfermeras. Esto, a su vez, contribuirá a enriquecer las ciencias de la salud y afines para su aplicación en la docencia, asistencia e investigación.

II. CONTEXTO DE ESTUDIO

SITUACIÓN DE SALUD EN EL PERÚ

La población peruana se estima en veintiocho millones de habitantes, siendo Lima la región que concentra casi el 30% de la población nacional. Mientras que las regiones de Piura, La Libertad, Cajamarca, Puno, Junín y Cuzcoo en conjunto, concentran el 31%.

En los últimos años, se han observado cambios importantes en la composición de la población lo que ha ocasionado que los adultos mayores sean cada vez más. Entre los cuales podemos mencionar los siguientes:

En los últimos cincuenta años, casi se ha duplicado el índice de envejecimiento y se espera que este índice se duplique en veinte años más. La esperanza de vida al nacer está en 71,2 años y todas las regiones han mostrado incremento de este indicador en los últimos treinta años.

Desde 1950, la tasa bruta de mortalidad ha descendido progresivamente, atribuida, en parte, a la disminución de la mortalidad infantil. La edad promedio de fallecimiento de un peruano es de cincuenta y dos años, mientras que la mitad de las muertes que ocurren en el país se presentan antes de los sesenta y tres años, cifras que varían al interior del país. Sin embargo, en las regiones de Ucayali, Madre de Dios, Pasco, y Huánuco, el promedio está por debajo de los cuarenta y cinco años y la mitad de muertes ocurren antes de los cincuenta años.

Las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades del sistema urinario y las enfermedades del aparato circulatorio son las principales causas de muerte con tasas de 83,5, 28,0 y 25,9 por mil habitantes. Las muertes por cirrosis, los eventos de intención no determinada (principalmente accidentes de tránsito), el VIH sida y la tuberculosis, son mayores en los hombres que en las mujeres.

En la zona rural, las muertes producidas por los eventos de intención no determinada, los trastornos respiratorios del periodo perinatal y la patología quirúrgica de emergencia como las apendicitis, presentan tasas de mortalidad superiores al promedio nacional.

Con respecto a la morbilidad, las enfermedades de las vías respiratorias superiores ocupan el primer lugar como causa de consulta externa en los establecimientos del Ministerio de Salud y de EsSalud. Comportamiento que se observa en todos los ámbitos de pobreza y en los ámbitos urbano y rural.

En los establecimientos del Ministerio de Salud, aparecen, además, como principales causas las afecciones bucodentales, enfermedades infecciosas intestinales y parasitarias y las enfermedades de la piel. Mientras que, en EsSalud, son las dorsopatías, las enfermedades de la piel, la hipertensión arterial y la gastritis.

Según los resultados de Carga de Enfermedad del Perú del 2004, se perdieron aproximadamente 5557,669 años de vida saludables debido a discapacidad, lo que representa una pérdida de 201,8 por cada mil habitantes; siendo mayor en los hombres. Las enfermedades no transmisibles (60,1%) son la principal causa de pérdida de AVISA seguida de las enfermedades transmisibles maternas, perinatales y

nutricionales (27,6%); en tercer lugar, están los accidentes y lesiones (12,2%). La mayor carga de la enfermedad se presenta en el grupo de los menores de cinco años y en los mayores de sesenta . En el primer caso, las primeras causas corresponden a anoxia, asfixia, trauma al nacimiento, infecciones respiratorias bajas y bajo peso al nacer/prematuridad, anomalías congénitas cardíacas, malnutrición y diarreas. En el segundo caso, en su mayoría, son enfermedades no transmisibles, tales como infecciones de vías respiratorias bajas, enfermedad cerebrovascular, la degeneración cerebral, demencia, enfermedad cardiovascular isquémica, nefritis, nefrosis, diabetes mellitus, cataratas, cirrosis y tumor maligno del estómago.

Durante el año 2004, las enfermedades no transmisibles representaron el 60,11% del total de AVISA perdidos. Las enfermedades de los órganos de los sentidos, representaron el 1,33% del total de AVISA perdidos.

Dentro de la categoría de afecciones a los órganos de los sentidos, la catarata, representó solo el 0,6% del total de AVISA perdidos y fue responsable del 45,14% de la carga de enfermedad de esta categoría. En el estudio retrospectivo efectuado en el Instituto Nacional de Salud del Niño, (del año 1998 al 2001), se halló que las enfermedades perinatales (44,9%) son la causa principal de ceguera infantil en la población estudiada, seguidas de enfermedades intrauterinas (29,6%), las adquiridas en la infancia (13,3%) y las hereditarias (12,2%). El porcentaje de pacientes referidos por el pediatra al oftalmólogo para prevención o diagnóstico fue de solo 61%, lo que incrementa el riesgo de tratamiento tardío. Estos resultados difieren de los reportados en países desarrollados, donde las principales causas que ocasiona ceguera infantil son las hereditarias; siendo las perinatales e intrauterinas prevenibles. En el Instituto

Especializado Materno Perinatal en el año 2003, la incidencia de ROP de cualquier grado en la población de sobrevivientes nacidos con un peso menor de 1500g al nacer fue de 70,6% (5,45 x 1000 nacidos vivos); alta en relación a otros países (15). Dentro de las categorías, la principal causa de AVISA corresponde a las enfermedades neuropsiquiátricas (36 x 1000), seguido de las no intencionales (22,8 x 1000), infecciosas y parasitarias (21,3 x 1000), tumores malignos (16,1 x 1000), enfermedades respiratorias (15 x 1000), condiciones perinatales (12,6 x 1000). En las subcategorías, las infecciosas como otras septicemias, VIH, hepatitis B, helmintiasis, bartonelosis, leishmaniasis, malaria y otras, son las que predominan. El 80% de los casos de dengue proceden de Loreto, Jaén, Lambayeque, Lima norte y Bagua. Actualmente, esta enfermedad es notificada por veintisiete direcciones de salud. La mayor proporción de casos de malaria se presenta en la selva Amazónica (76,5%) y en la selva Central (17%). La malaria vivax es notificada por veintiocho direcciones de salud y la malaria falciparum en diez.

Las regiones con mayor riesgo de tuberculosis son Madre de Dios, Lima, Callao, Ucayali, Tacna, Loreto, Ica y Moquegua.

Con respecto al sida, se han notificado 17 863 casos desde que se inició la epidemia y 24 018 infecciones por VIH. La vía de transmisión más frecuente es la sexual (96%), el 71,5% de los casos proceden de Lima y Callao, siendo las más afectadas las regiones de la costa y la selva.

El sistema de salud es ofertado por dos subsectores: el público (MINSA, EsSalud y Sanidad de Fuerzas Armadas y Policiales) y privado (entidades prestadoras de salud, clínicas, consultorios, etc.)

Los médicos, enfermeras y obstetras se concentran en los departamentos de mayor desarrollo. El Ministerio de Salud administra el 84,7% del total de establecimientos del sector.

Desde hace diez años, las coberturas de vacunas se encuentran sobre el 85%. La cobertura de la atención prenatal (cuatro a más controles) es del 87%, mientras que el parto institucional es de 70,4%, el uso de la anticoncepción es alto en el país. El 70,5% de mujeres en edad fértil actualmente unidas usa algún método anticonceptivo.

La cobertura del seguro integral de salud se ha ido incrementando desde su creación. Así, en el 2005, se afiliaron aproximadamente 3,5 millones de personas siendo mayor en el ámbito rural en el quintil más pobre.

Con respecto al gasto en salud, se observa que el porcentaje de participación en el presupuesto público del sector salud en el PBI es del 1,3% del Ministerio de Salud mientras que, con relación al presupuesto general de la República, es del 4,4%.

Problemas Sanitarios:

- **Alta tasa de mortalidad materna.**

Prioritariamente en territorios más pobres y excluidos del país, debido al elevado porcentaje de embarazo adolescente, complicaciones del embarazo, parto y puerperio e inaccesibilidad a métodos de planificación familiar.

- **Alta mortalidad infantil.**

Causada principalmente por problemas perinatales, enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratorias agudas prioritariamente en territorios más pobres y excluidos del país.

- **Alto porcentaje de desnutrición crónica infantil.**

Proteico-calórica y deficiencia de micronutrientes prioritariamente en territorios más pobres y excluidos del país.

- **Deficiente salud mental en la población.**

Alta prevalencia de violencia intrafamiliar, pandillaje, violencia social, adicciones, enfermedades neuropsiquiátricas (depresión, psicosis, intento de suicidio).

- **Alta prevalencia de enfermedades transmisibles.**

Malaria, tuberculosis, VIH- sida.

- **Alta prevalencia de enfermedades transmisibles regionales.**

Dengue, bartonelosis, Chagas, leishmaniasis, peste.

- **Alta mortalidad por cáncer.**

Cuello uterino, mama, próstata, estómago, pulmón, piel y boca.

- **Incremento de enfermedades crónico degenerativas.**

Diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio, accidente cerebrovascular, ceguera por catarata.

- **Persistencia de enfermedades inmunoprevenibles.**

Hepatitis B, fiebre amarilla, TBC, pertussis, difteria y tétanos neonatal.

- **Incremento de enfermedades por causas externas.**

Accidentes, lesiones intencionales.

- **Incremento de la discapacidad o minusvalía física.**

- **Alta prevalencia de enfermedades de la cavidad bucal.**

PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SALUD

- **Insuficiente aseguramiento en salud.**

Población desprotegida que no accede a servicios de salud por falta de recursos económicos.

- **Descentralización del sector salud incompleta.**

Mantenimiento en el nivel central de funciones y competencias de los niveles regionales y locales y, deficiencia de las capacidades para el ejercicio de las funciones que se transfieren.

- **Insuficiente calidad de los servicios.**

Débil garantía de la calidad y seguridad del paciente, falta de acreditación de servicios, falta de auditoría de la calidad y falta de manejo estandarizado.

- **Inadecuada oferta de servicios.**

Infraestructura y equipamiento insuficiente, servicios fragmentados, deficiente organización de las redes.

- **Insuficiente atención a poblaciones excluidas y dispersas.**

- **Inadecuado desarrollo de recursos humanos.**

Localización inequitativa de recursos humanos calificados en salud, falta de regulación de la formación profesional, falta de conciliación entre necesidades y demandas.

- **Deficiente acceso y disponibilidad de medicamentos.**

En los sectores más pobres, deficiente calidad de medicamentos y alto gasto de bolsillo.

- **Deficiente financiamiento en salud.**

Bajo gasto en salud, distribución inequitativa del financiamiento y gasto ineficiente en salud.

- **Deficiente rectoría.**

Falta desarrollar y fortalecer el rol rector (planificación, articulación, supervisión, regulación y financiamiento) del MINSA en el contexto de la descentralización y modernización del Estado.

- **Deficientes sistemas de información,**

que dificultan la toma de decisiones para la gestión de la salud pública.

- **Poca participación ciudadana.**

En el desarrollo de propuestas en el establecimiento de compromisos, en el quehacer sanitario, en la gestión en salud y en la vigilancia.

PROBLEMAS DE LOS DETERMINANTES

Los determinantes de la salud tienen un gran potencial para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. Estos pueden dividirse en las siguientes categorías: comportamiento y estilo de vida personal;

influencias dentro de las comunidades que pueden reforzar la salud o dañarla, las condiciones de vida y trabajo, el acceso a los servicios sanitarios y, las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales.

La situación de los determinantes en salud puede estar limitando el desarrollo humano de las poblaciones más pobres, reduciendo sus oportunidades y el goce de sus derechos y capacidades. estos son los siguientes:

- **Saneamiento básico:** deficiente saneamiento básico, inadecuada eliminación de excretas y disposición de la basura.
- **Exclusión social:** pobreza, ingreso y empleo.
- **Medioambiente:** contaminación medioambiental.
- **Salud ocupacional y seguridad en el trabajo:** desconocimiento en comportamientos saludables y seguridad ocupacional.
- **Seguridad alimentaria y nutrición:** deficiencia e inseguridad alimentaria.
- **Seguridad ciudadana:** lesiones inducidas por terceros y accidentes de tránsito.
- **Educación:** bajos niveles educativos y elevadas brechas educativas en mujeres rurales.

El panorama arriba descrito nos da una idea de la situación de salud en el Perú. Donde podemos apreciar que todavía persisten un conjunto de determinantes sociales que establecen grandes diferencias entre los habitantes de las zonas urbanas de la costa

y de las áreas rurales de la sierra y selva. Esta situación de inequidad y falta de oportunidad, repercute también de una u otra forma en la salud ocular de la sociedad peruana, teniendo como resultante un número apreciable de ciegos y personas con baja visión que está contribuyendo a aumentar las estadísticas por carga de enfermedad y pérdida de vida de años saludables además de contribuir a perpetuar su situación de pobreza y pobreza extrema, exclusión social y falta de ejercicio de sus derechos fundamentales a la educación, la salud, y al trabajo entre otros (13).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo, hay aproximadamente doscientos ochenta y cinco millones de personas con discapacidad visual, de las cuales treinta y nueve millones son ciegas y, doscientos cuarenta y seis millones presentan baja visión. Aproximadamente un 90% de la carga mundial de discapacidad visual se concentra en los países en desarrollo. El 82% de las personas que padecen ceguera tienen cincuenta años o más.

Sostiene también, que las principales causas de discapacidad visual en el mundo son los errores refractivos (miopía, hipermetropía o astigmatismo) no corregidos (43%), las cataratas no operadas (33%) y, glaucoma (2%). Aproximadamente un 90% de las personas con discapacidad visual que hay en el mundo viven en países en desarrollo.

A nivel mundial, las principales enfermedades que generan ceguera son: catarata (51%), glaucoma (8%), degeneración macular (5%) y errores refractivos (3%).

Estas personas con discapacidad visual y ceguera enfrentan limitaciones en sus actividades de la vida diaria, acentuando su condición socioeconómica de pobreza y

extrema pobreza, generando una carga familiar y social. Por otro lado, cerca del 80% de los casos podrían haberse evitado, curado o tratado (14).

En el Perú, los problemas visuales son la segunda causa de discapacidad a nivel nacional, involucrando a cerca de 300 000 personas con severa discapacidad visual, en adición a 160 000 ciegos por diversas causas; con un alto componente de invalidez para las personas que la padecen (15).

En el Estudio poblacional de evaluación rápida de la ceguera del Perú –ERCE (2011) se halló que las principales causas de impedimento visual severo fueron: la catarata no tratada (59,3%), los errores refractivos (24,7%), glaucoma (6,2%) y degeneración macular relacionada a la edad (6,2%). Evidenció también, que las principales causas de ceguera en personas de cincuenta a más años son catarata (58%), glaucoma (14%), degeneración macular relacionada con la edad (11,5%), errores refractivos no corregidos (5%), y retinopatía Ddiabética, entre otros.

Las causas evitables de la ceguera y discapacidad visual (tratables, prevenibles y potencialmente prevenibles) correspondieron el 92,6% a los casos de compromiso moderado de la visión, el 93,8% a los casos de compromiso severo, y el 83,2% a los casos de ceguera.

Frente a esta situación de la salud ocular, la respuesta social no es muy alentadora en lo que se refiere al sistema de salud y los recursos humanos.

En el país, hay ochocientos treinta oftalmólogos a nivel nacional. Se estima que hay un oftalmólogo por cada 34 000 habitantes, 98% en las grandes urbes (100 000 o

mayor) y 2% en ciudades intermedias o menores (< 100 000 habitantes). Hay 1 000 optómetras a nivel nacional, 90% de ellos en grandes urbes (100 000 o más habitantes) y 10% en ciudades intermedias o menores (menos 100 000 habitantes).

Existen ciento veintiocho servicios oftalmológicos públicos con cuatrocientos tres oftalmólogos. El 44,2% de servicios oftalmológicos se ubican en regiones de Lima y Callao (capital), 30,8% en otras regiones de la costa, el 25% restante cobertura catorce regiones de la sierra y selva. El 64,8% de los oftalmólogos públicos laboran en regiones de Lima y Callao (capital), 23,9% en otras regiones de la costa y 11,3% en regiones de sierra y selva.

El 64,1% de las lámparas de hendidura y 53,2% de los microscopios quirúrgicos se encuentran en las regiones de Lima y Callao (capital). Más del 50% del instrumental para cirugías de catarata, pterigión y chalazión a nivel nacional se encuentran en regiones de Lima y Callao (capital).

Frente a esta compleja situación de salud del poblador peruano, el Ministerio de Salud del Perú, como ente rector del sector salud, ha propuesto el Plan Nacional Concertado de Salud que fue aprobado por el Consejo Nacional en su sesión N.º 55 mediante el acuerdo N.º 327. El mismo que se constituirá en un instrumento de gestión y de implementación de las políticas de salud, estableciendo las bases para la acción concertada del Estado, orientada a mejorar la salud de la población y que a continuación se detalla.

El Plan Nacional Concertado de Salud se sostiene en los compromisos que el Estado ha asumido en materia de salud, en los objetivos de desarrollo del milenio, en las

prioridades de salud, que fueron determinadas en el Acuerdo Nacional del año 2002 y en el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud realizado el año 2006.

Principios rectores que guiarán el Plan Nacional Concertado de Salud

- **Universalidad:**

Es uno de los pilares sobre el cual el Estado debe garantizar el bienestar para todos.

- **Inclusión social:**

El estado brinda los servicios de salud e implementa estrategias que permiten a las personas acceder a ellos, sin discriminación de sexo, raza, religión, condición social o económica.

- **Equidad:**

Es la oportunidad para todos de acceder a los servicios esenciales de salud, privilegiando a los sectores más vulnerables para el desarrollo de sus potencialidades y alcanzar una vida saludable.

- **Integralidad:**

El Estado asume que el estado de salud de la persona es consecuencia de su carácter multidimensional y biopsicosocial; por tanto, una mirada integral implica reconocer

las necesidades de salud de las personas y su resolución requiere que las acciones de salud se amplíen a su entorno: familia y comunidad.

- **Complementariedad:**

La salud tiene diversas dimensiones o factores que la afectan, por tanto, requiere de un esfuerzo intersectorial mancomunado de las diferentes entidades públicas y privadas que, de manera articulada, podrán tener mayor eficiencia e impacto.

- **Eficiencia:**

Porque se espera que las intervenciones y estrategias tengan la capacidad para lograr beneficios en la salud empleando los mejores medios posibles y maximizando el uso de los recursos, las estrategias deberían estar basadas en evidencias y, los resultados deberían estar expresados en metas mensurables basados en principios de calidad y solidaridad.

- **Calidad:**

El servicio satisface las necesidades del individuo de forma oportuna y eficaz respetando sus derechos.

- **Solidaridad:**

Este principio exige que los que más ganan, contribuyan por los más pobres: el más sano por el menos sano y el más joven por el de mayor edad.

- **Sostenibilidad:**

Garantiza la continuidad de las políticas y los compromisos asumidos tanto por el Estado como por la sociedad en su conjunto.

Enfoques:

El Plan Concertado de Salud, considera los siguientes enfoques que cruzan cada uno de sus componentes y que se expresarán en las intervenciones y estrategias:

- **Derecho a la salud:**

Basado en el respeto a la dignidad de la persona que implica la obligación estatal inmediata de brindar garantías para la igualdad en el trato y la no discriminación en la atención de la salud. Lo cual es fundamental para garantizar el acceso de la población excluida y más vulnerable a servicios de salud oportunos y de calidad. El enfoque de los derechos, constituye el conjunto de procesos y prácticas mediante los cuales la gente hace que los derechos sean una realidad: se garanticen, se respeten y se protejan de manera eficaz y universal.

- **Equidad de género:**

El Estado garantiza la salud de la mujer, para tal efecto establece políticas que garanticen su pleno derecho a la salud, en especial en su condición de mujer y madre.

➤ **Interculturalidad:**

Consiste en adecuar los servicios de salud a las expectativas de los usuarios, ofreciendo servicios de calidad que respeten las creencias locales e incorporen sus costumbres a la atención.

➤ **Participación social:**

Permite ampliar la base del capital social en las acciones a favor de la salud de la población, definir prioridades, generar compromisos y vigilar su cumplimiento.

➤ **Comunicación en salud:**

La comunicación para la salud, es un proceso estratégico social y político que desarrolla, incrementa y promueve la educación en el derecho a la salud de la sociedad para lograr una vida plena de todos nuestros ciudadanos, a través de prácticas transparentes de transmisión y difusión de información que garanticen el acceso a conocimientos y permitan cambios de actitudes y prácticas saludables.

VISIÓN

Salud para todos y todas

En el año 2020 los habitantes del Perú gozarán de salud plena física, mental y social, como consecuencia de una óptima respuesta del Estado, basada en los principios de universalidad, equidad, solidaridad, de un enfoque de derecho a la salud e interculturalidad, y de una activa participación ciudadana.

Con una sociedad civil organizada, gobiernos locales, gobiernos regionales y gobierno nacional que logren ejecutar acuerdos concertados para el bien común.

Asimismo, las instituciones del sector salud se articularán para lograr un sistema de salud fortalecido, integrado, eficiente, que brinden servicios de calidad y accesibles, que garanticen un plan universal de prestaciones integrales de salud a través de aseguramiento universal y un sistema de protección social.

LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE SALUD 2007-2020.

1. Atención integral de salud a la mujer y al niño privilegiando las acciones de promoción y prevención

Atención integral de salud sexual y reproductiva de la mujer, en todos los servicios de salud del país de manera integral, considerando el enfoque de género y la adecuación cultural de los servicios en el ámbito donde sea necesario y, respetando sus derechos sexuales y reproductivos, promoción del parto institucional en el país, fortalecer las intervenciones de planificación familiar, atención integral de las adolescentes y reducción de las muertes maternas.

Atención al niño desde su concepción, prevención y tamizaje de enfermedades y enfrentar las principales causas de enfermar y morir de este grupo.

2. Vigilancia, prevención, y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles

Intensificar la vigilancia, así como, el monitoreo y evaluación de resultados e impactos a través de estadísticas periódicas o encuestas nacionales poniendo énfasis en el abordaje desde el primer nivel de atención que busca la detección precoz y el tratamiento oportuno, evitando las complicaciones tardías de diabetes Mellitus, hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio, accidentes cerebrovasculares y las neoplasias más frecuentes.

3. Aseguramiento universal

Todos los peruanos tendrán acceso a un seguro de salud, a través del acceso a un plan de salud que garantice para todo un conjunto de prestaciones, independientes del sistema de aseguramiento que elijan. Este aseguramiento será progresivo empezando con la población en pobreza y extrema pobreza para continuar con los demás segmentos de población.

Las modalidades de regímenes son: subsidiada, semicontributiva y contributiva.

4. Descentralización de la función salud al nivel de los gobiernos regional y local

La descentralización será ejercida de manera compartida entre los tres niveles de gobierno: nacional, regional y local; adecuadamente articulado, alcanzando el logro de los servicios de salud con eficacia, calidad y eficiencia.

La descentralización en salud a los gobiernos locales se desarrollará de manera progresiva y, a través de proyectos piloto, que permitan identificar las fortalezas y debilidades así como, los arreglos institucionales que se tienen que realizar para el ejercicio de funciones y facultades por este nivel de gobierno.

5. Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad

Para garantizar la atención de salud a la población y el acceso universal equitativo y solidario a los servicios de salud, es necesaria la articulación efectiva del sistema de salud en función de la atención a la demanda y necesidades básicas de salud de la población.

Para tal efecto, los diferentes integrantes del sistema de salud, tanto público como privado, deben establecer redes funcionales de servicios de salud que permitan un intercambio de prestaciones, ofertándolos con el mismo estándar de calidad y sin discriminación de la condición económica de los beneficiarios.

Estarán organizados a través de una cartera de servicios acreditados por establecimiento, respetando la autonomía y recursos de las instituciones que lo integran.

La ampliación de la cobertura de los servicios garantizará la entrega de un conjunto de prestaciones universales, combinando distintas estrategias de actuación de las instituciones del sector.

6. Desarrollo de los recursos humanos

La gestión del desarrollo de recursos humanos debe responder a las necesidades del sistema de salud; para lo cual, debe garantizarse una adecuada formación de recursos humanos que permita conocimiento y habilidades de la ciencia médica complementada con destrezas que permitan enfrentar la heterogeneidad de la realidad sanitaria.

7. Medicamentos de calidad para todos

Para esto se requiere una efectiva función reguladora del Estado, así mismo, de mecanismos de economía de escala que permita precios accesibles a las diferentes economías de la población.

Así, también, debe asegurarse el uso racional del medicamento asegurando la existencia de un petitorio nacional de medicamento moderno eficaz y, que responda a las necesidades de la población.

8. Financiamiento en función de resultados

El financiamiento tiene que estar ligado al logro de resultados en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en el marco de los objetivos institucionales. Por ello, se implementará de manera progresiva en los servicios públicos el presupuesto por resultados. Se propondrá un conjunto de incentivos ligados al cumplimiento de resultados. El financiamiento será progresivo e incrementado en función de los resultados obtenidos.

9. Desarrollo de la rectoría del sistema de salud

Las funciones de conducción, regulación, armonización de la provisión, vigilancia del aseguramiento, financiamiento y desarrollo de las funciones esenciales de salud pública serán desarrolladas por el MINSA de manera clara en todo el sector salud.

Por ello, se realizará la adecuación organizacional del Ministerio de Salud, haciendo los cambios que sean necesarios en su marco legal.

Se realizarán evaluaciones periódicas a la Autoridad Sanitaria a fin de hacer los ajustes necesarios en el sistema de salud.

El sistema de Información en Salud será un instrumento de gestión que permitirá la toma de decisiones, para ello se articularán los sistemas de información y se estandarizarán los datos en salud.

10. Participación Ciudadana en Salud.

La participación ciudadana es el pilar más importante para el logro de la democratización de la salud; por ello, se realizará la promoción y consolidación de la participación ciudadana en la defensa de políticas de salud, implementación de las mismas así como su vigilancia y contra.

11. Mejora de otros determinantes en salud.

Lo más rentable para el país es evitar el daño y la enfermedad, por lo que es necesario priorizar las acciones de prevención con estrategias que generen resultados a corto plazo, con gran impacto y bajo costo.

Así, también, se deben desarrollar acciones de promoción de estilos de vida saludable, de cuidado del ambiente y del entorno sociocultural que deberán dirigirse a los determinantes de la salud de manera sostenible.

OBJETIVOS SANITARIOS NACIONALES 2007-2020.

1. Reducir la mortalidad materna.

Reducir el embarazo en adolescentes.

Reducir complicaciones del embarazo, parto, posparto.

Ampliar el acceso a la planificación familiar.

2. Reducir la mortalidad infantil.

Reducir la enfermedad y la muerte por neumonía, diarrea y problemas vinculados al nacimiento, con énfasis en las zonas de mayor exclusión social y económica.

3. Reducir la desnutrición infantil.

Reducir la prevalencia de desnutrición crónica y anemia en niñas y niños menores de cinco años especialmente en las regiones de mayor pobreza.

4. Controlar las enfermedades transmisibles.

Controlar la tuberculosis, la infección por el virus del VIH, el sida y la malaria.

5. Controlar las enfermedades transmisibles regionales.

6. Control del dengue, leishmaniasis, enfermedad de Chagas y bartonelosis. Mejorar la salud mental.

Mejorar la salud mental de la población como derecho fundamental a la persona, componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano.

7. Controlar las enfermedades crónico degenerativas.

Prevención y control de la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad isquémica del miocardio y accidente cerebrovascular.

8. Reducir la mortalidad por cáncer.

Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de estómago, próstata y pulmón.

9. Reducir la mortalidad por accidentes y lesiones intencionales.

Reducir la mortalidad por accidente de tránsito mediante la prevención y educación.

10. Mejorar la calidad de vida del discapacitado.

Disminuir la discapacidad de rehabilitación y ampliar el acceso de las personas con discapacidad a una atención integral de salud.

11. Mejorar la salud bucal.

Disminuir las enfermedades de la cavidad bucal.

OBJETIVOS DEL SISTEMA DE SALUD 2007-2011.

1. Aseguramiento universal

Lograr el aseguramiento universal en salud otorgando prestaciones con las garantías de oportunidad y calidad.

2. Descentralización

Gobiernos regionales y locales ejercen plenamente sus funciones en materia de salud.

3. Mejora de la oferta y la calidad de los servicios

Ampliar la oferta, mejorar la calidad y la organización de los servicios de salud del sector según las necesidades y demanda de los usuarios.

4. Rectoría

Consolidar la rectoría de la Autoridad Sanitaria.

5. Financiamiento

Incrementar el financiamiento y mejorar la calidad del gasto en salud.

6. Recursos humanos

Identificar, desarrollar y mantener recursos humanos competentes, asignados equitativamente y comprometidos para atender las necesidades de salud de la población.

7. Medicamentos

Asegurar el acceso universal a medicamentos de calidad garantizada; así como, el uso racional de los mismos.

8. Participación ciudadana

Crear las condiciones en el sistema de salud que garantice la participación ciudadana en la gestión de la atención de salud y en el cumplimiento de sus deberes y derechos.

OBJETIVOS DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

1. Saneamiento básico

Ampliar el acceso a los servicios de agua potable y saneamiento básico con énfasis en la infraestructura a través de la coordinación intersectorial y la participación comprometida de la población.

2. Pobreza y programas sociales

Mejorar las condiciones de inclusión social de las familias y comunidades sobre todo de las zonas de pobreza y pobreza extrema a través de la implementación de políticas públicas y la fusión, integración y articulación de los programas sociales.

3. Medioambiente

Promover un ambiente saludable, control de vectores transmisores de enfermedades, para mejorar las condiciones de salud de la población, de manera multisectorial y descentralizada con participación de los actores sociales.

4. Salud ocupacional

Proteger y promover la salud en el lugar de trabajo para reducir la carga de mortalidad y discapacidad debida a exposición ocupacional.

5. Seguridad alimentaria y nutricional

Prácticas de alimentación y nutrición saludable en las familias con niños menores de cinco años, mujeres gestantes y madres que dan de lactar.

6. Seguridad ciudadana

Mejorar la seguridad ciudadana, reduciendo los niveles de violencia urbana y delitos de alto impacto, para mejorar el bienestar de la población.

7. Educación

Desarrollar una política de Estado que consolide la promoción de una cultura de salud (estilos de vida y entornos saludables) intrasectorial, con una población activa de la sociedad en general.

METAS, ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES

En el presente estudio de investigación solo abordaremos la estrategia de mejorar la vida del discapacitado, que se relaciona con el tema motivo de estudio y que, a continuación detallamos.

MEJORAR LA VIDA DEL DISCAPACITADO

Objetivo sanitario:

Disminuir la discapacidad de rehabilitación y ampliar el acceso de las personas a una atención integral de salud.

Metas 2011.

El 100% de los pacientes con ceguera por catarata acceden a cirugía de rehabilitación, reduciendo la discapacidad por ceguera.

1. Rehabilitar el 80% de las discapacidades congénitas más frecuentes (labio leporino, catarata y displasia de cadera) de la población en situación de pobreza y extrema pobreza.
2. El 80% de la población pobre discapacitada accede al Plan Aseguramiento SIS.

Estrategias e intervenciones:

1. Implementar el plan nacional para la eliminación de ceguera por cataratas.
2. Incorporar a las personas pobres discapacitadas al plan de aseguramiento.
3. Incorporar de manera progresiva al plan universal de aseguramiento las prestaciones de prevención y rehabilitación de las discapacidades más frecuentes.
4. Ampliar la oferta de servicios de rehabilitación integral en el primer nivel de atención para la identificación y manejo precoz.
5. Las regiones en pobreza contarán al menos con un servicio de rehabilitación integral.

Es menester mencionar que, en este rubro, en lo que respecta a la salud ocular, actualmente se cuenta con el Plan Estratégico Nacional de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera Evitable 2014-2021 que se encuentra en proceso de aprobación.

Es una herramienta de política pública orientada a mejorar la gestión y respuesta clínicas de la salud ocular, definido por el modelo de atención integral de salud basado en la familia y la comunidad (MAIS); a nivel nacional, regional y local como parte del derecho a la salud, la inclusión social y el respeto a los derechos humanos fundamentales. El mismo que ha sido elaborado a través de un proceso participativo con los actores más relevantes de la salud ocular en el país: sector salud (MINSA, ESSALUD, Sanidad Policial, Sanidad de Fuerzas Armadas y de la Marina), asociaciones especializadas del sector privado, asociaciones de la sociedad civil (Colegio Médico, Sociedad Peruana de Oftalmología, Organizaciones No Gubernamentales, Agencias de Cooperación Internacional y otros).

Su objetivo general es contribuir a disminuir la discapacidad visual e incrementar la prevención de la ceguera como problemas de salud pública evitables, sin ninguna distinción de género, cultura, estrato socioeconómico y edad.

Su objetivo específico es mejorar la respuesta del sector salud ampliando el acceso a los servicios oftalmológicos de calidad para la población peruana en el marco del modelo integral e inclusivo de atención primaria en salud, a nivel nacional y descentralizado en el 2021.

OBJETIVOS, ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES

Así, también, se ha implementado:

- ✓ El Plan Nacional de Lucha Contra la Ceguera por catarata 2007-2010, aprobado por RM N.º 492-2007-MINSA, como parte de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles y en el marco del Programa Nacional de Prevención y Control de la Ceguera; con la finalidad de reducir la ceguera por catarata en adultos y adultos mayores en situación de pobreza y extrema pobreza para mejorar su calidad de vida. Estas acciones han permitido que hasta octubre del 2009 sean más de **veinticinco mil** personas beneficiadas con cirugías gratuitas a nivel nacional.
- ✓ Desde el año 2013, el Ministerio de Salud considera los problemas de discapacidad visual (errores refractivos y ceguera por catarata) como prioridad y por ello, busca fortalecer las intervenciones en dos grupos vulnerables (niños y adultos mayores de cincuenta años) en situación de pobreza y extrema pobreza. Para lo cual, el Estado viene implementando progresivamente en las diferentes regiones del país el Proyecto de Detección de Errores Refractivos en los escolares de seis a once años a través del Programa de Salud Escolar.
- ✓ El MINSA ha elaborado la «Guía de Práctica Clínica para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2», no existiendo aún una guía nacional para tratar la retinopatía diabética ni tampoco, un plan estratégico nacional de lucha contra la diabetes y retinopatía diabética. El Instituto Regional de Oftalmología financiado por la ONG internacional Orbis, ha implementado el

programa de prevención y tratamiento para retinopatía diabética, en el cual se brinda diagnóstico y tratamiento gratuito a personas en pobreza y extrema pobreza. También se oferta tratamiento láser gratuito a estos pacientes, subvencionado por el Club de Leones de la localidad.

- ✓ Desde el 2007, se cuenta con «Guía de Práctica Clínica de Retinopatía de la Prematuridad». El IRO, gracias al apoyo de Orbis Internacional y en coordinación con retinólogos de reconocida trayectoria en el país, ha implementado un programa de diagnóstico y tratamiento de la retinopatía de la prematuridad, que viene funcionando en algunas regiones como Lima, Lambayeque, La Libertad y Arequipa, con la finalidad de hacer el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de los niños afectados por esta patología.
- ✓ En lo referente a los pacientes con estrabismo, solo se cuenta con una guía de atención de estrabismo publicado por el Instituto Nacional de Oftalmología, pero no se cuenta con una guía de práctica clínica normada por el Ministerio de Salud, tampoco existe un Plan Nacional que aborde esta patología. Sin embargo, a través del Plan Nacional de salud ocular, se vienen dando tratamiento a las causas, como catarata, retinopatía de la prematuridad, defectos refractivos, etc. y/o, cirugía de los músculos extra oculares, los que son cubiertos casi en su totalidad por el SIS, contribuyendo a disminuir la prevalencia e incidencia de esta enfermedad (14)(15)(16)(17)(18).

III. MARCO TEÓRICO FILOSÓFICO

No se encontraron estudios cualitativos en esta temática, solo estudios cuantitativos y son los que se presentan en este estudio.

III.1. Antecedentes del estudio

Sarah R. *et al.* en el estudio « Los efectos del estrabismo en la calidad de vida de los adultos », hallaron que el estrabismo afecta la calidad de vida de los adultos. La frecuencia y tipo de preocupaciones confirman la importancia de la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud como un aspecto importante en el tratamiento del estrabismo (19).

Maroto, S. *et al.* en el estudio «Efectos psicológicos del estrabismo en el adulto: estudio experimental» hallaron que el estrabismo causa alteraciones psicosociales en el adulto y su corrección quirúrgica mejora no solo la estética, sino también, la autoestima de la persona, las relaciones interpersonales y diversos aspectos psicológicos (ansiedad, obsesión, somatización y depresión). En resumen, influye positivamente en la "calidad de vida" de estas personas(20).

Jinling Xu. *et al.* en la investigación «Los efectos psicosociales del estrabismo antes y después de la corrección quirúrgica en los adolescentes y los adultos chinos», evaluaron la función psicosocial antes y después de la cirugía en cincuenta y seis pacientes con estrabismo. Hallaron que muchos de los sujetos de investigación que tenían algunos problemas

psicosociales, mejoraron la confianza en sí mismos, la autoestima y las relaciones con los amigos después de la cirugía. Los autores concluyen que los adolescentes y adultos chinos que padecen estrabismo tienen baja autoconfianza y autoestima, y tienen dificultades para interactuar en situaciones sociales. La cirugía correctiva mejora la función psicosocial (21).

Burke J. P., Leach C. M. y Davis H. en el estudio «Implicancias psicosociales de la cirugía de estrabismo en adultos» evaluaron el impacto del estrabismo en adultos y los efectos psicosociales de la corrección quirúrgica, hallando que, antes de la cirugía, la mayoría de los sujetos de investigación refirió tener dificultades psicosociales debido al estrabismo pero, después de la cirugía, afirmaron que hubo una mejora significativa de las relaciones interpersonales y, concluyen que la cirugía, al mejorar la alineación ocular, parece anunciar importantes mejoras en la calidad del funcionamiento psicosocial para la mayoría de los adultos sometidos a estos procedimientos quirúrgicos (22).

Satterfield D., Kelner J. L., Morrison T. L. en la investigación «Aspectos psicosociales del estudio de estrabismo», los autores evaluaron las consecuencias psicosociales de crecer y vivir con estrabismo. Utilizaron el cuestionario Hopkins Symptom Checklist. La muestra estuvo conformada por cuarenta y tres sujetos mayores de quince años que tenían antecedentes de estrabismo infantil corregido o mayores de trece años con corrección incompleta. Hallaron que el estrabismo ha tenido un impacto

negativo en muchos aspectos de la vida de estos sujetos. Ellos reportan dificultades, con la imagen de sí mismo, seguridad en el empleo, relaciones interpersonales, la escuela, el trabajo y los deportes. Por otra parte, las dificultades encontradas no desaparecieron después de la infancia, más bien, los problemas encontrados en los sujetos de investigación se intensificó en los años adolescentes y adultos. Los sujetos demostraron niveles altos y generalizados de angustia según el Hopkins Symptom Checklist (23).

Finalmente, concluyen que las dificultades psicosociales relacionadas con el estrabismo notorio no solo son un problema para los escolares sino también, para adolescentes y adultos. La corrección de estrabismo en el adolescente o adulto puede ofrecerles la mejora en el funcionamiento psicosocial, un beneficio que no se ha informado en la literatura.

III.2. Los conceptos que fundamentan la presente investigación son:

Estrabismo, adulto joven, autoimagen, investigación cualitativa fenomenológica según Heidegger, vivencias, teoría social, cuidado humano de Jean Watson, hacer de enfermería.

El estrabismo es un padecimiento oftalmológico frecuente que afecta del 2 al 4% de la población infantil, provoca una desviación del

globo ocular, alteración de los movimientos oculares y, en algunos casos, posición anómala de la cabeza. También afecta el área sensorial produciendo supresión, ambliopía y diplopía. Lo que favorece que los niños y adultos con estrabismo frecuentemente sufran de varias consecuencias emocionales y psicosociales (24).

Adulto joven:

Es la persona que se encuentra entre dieciocho años y los veintinueve años, onces meses y veintinueve días. Según la clasificación establecida por el Ministerio de Salud del Perú (25).

Otros autores consideran que la etapa de adulto joven comienza alrededor de los veinte años y, concluye cerca de los cuarenta, cuya característica principal es que, el individuo debe comenzar a asumir roles sociales y familiares; es decir, hacerse responsable de su vida y de la de quienes le acompañan en la conformación de una familia. Hay consolidación de la identidad y comienzo de la realización del proyecto de vida.

En la adultez joven, se toman muchas responsabilidades. Las tareas propias de la edad tienen que ver con el mundo social (pareja, trabajo, hijos, etc.). El rol activo que se asume, es el término de la moratoria psicosocial (según Erikson). Hay construcción y establecimiento de un estilo de vida, se organiza la vida de forma práctica, se llevan a cabo propósitos (26).

La **autoimagen** es la imagen o representación mental que se tiene de uno mismo, se refiere a la manera en que uno se describe a sí mismo, el tipo de persona que uno piensa que es. Generalmente, es resistente al cambio, y no representa solamente los detalles que pueden estar disponibles a la investigación u observación objetiva de otros (como la altura, peso, color del cabello, género, IQ, etc.), sino también, los elementos propios que se han aprendido acerca de sí mismo, ya sea por experiencias personales o por la internalización de los juicios de los demás. Cuando se pide a las personas que respondan a la pregunta ¿quién soy yo?, esto produce dos categorías principales de respuesta. Los roles sociales son aspectos bastante objetivos de la propia autoimagen (p.ej., hijo, hija, hermano, hermana, estudiante), son hechos y otras personas lo pueden verificar.

Los rasgos de personalidad son más una cuestión de opinión y de juicio y, lo que se piensa acerca de cómo es uno mismo puede ser diferente de la manera en que otros lo ven a uno. Pero, la forma en que los demás se comportan hacia uno tiene una importante influencia sobre la autopercepción.

Al igual que los roles sociales y los rasgos de personalidad, con frecuencia las personas hacen referencia a sus características físicas en respuesta a la pregunta ¿quién soy yo? (como alto, bajo, gordo, flaco, de ojos azules, cabello castaño). estas son partes de la propia imagen corporal o self corporal, el “yo corporal” que también incluye sensaciones físicas

como dolor, frío y hambre. Un rasgo más permanente de la imagen corporal tiene que ver con lo que se considera como parte del propio cuerpo (y de allí que nos pertenezca) y lo que no lo es.

Se puede sentir que se ha perdido parte de uno mismo cuando se tiene el cabello muy largo y se corta. Siempre que el cuerpo cambia de cualquier modo, también cambia la imagen corporal. En casos extremos (cuando se pierde un miembro o cuando una persona queda marcada con una cicatriz por causa de un accidente o se someta a cirugía estética), se esperaría un cambio drástico correspondiente a la imagen corporal.

Mientras que en esencia, la autoimagen es descriptiva, la autoestima (o auto-respeto) es, esencialmente, evaluativa: se refiere al grado en el cual la persona se agrada y acepta o aprueba a sí misma, que tan valiosa se considera. Coopersmith (1967), la definió como “el juicio de valor personal, que se expresa en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo”.

El modo en que la persona se agrada o valora a sí misma puede constituir un juicio general o, puede relacionarse con áreas específicas de su vida. Por ejemplo, se puede tener una opinión generalmente elevada de uno mismo y aún no sentir agrado por ciertas características o atributos (como el cabello ondulado si se desea tenerlo lacio, o la falta de asertividad si se desea ser más asertivo). Es decir, puede ser imposible o muy difícil tener una autoestima general alta si se sufre una grave

desfiguración o se es tímido en extremo(27).

La autoimagen se puede clasificar en tres tipos:

Autoimagen: resultante de cómo el individuo se ve a sí mismo.

Autoimagen: resultante de la forma en que otros ven a la persona.

Autoimagen: resultante de la forma en que el individuo percibe lo que ven los demás de sí mismo.

Estos tres tipos pueden, o no, configurar una representación exacta de la persona. Aunque todos, algunos o ninguno de ellos pueden ser ciertos (27)(28).

III.3. Consideraciones filosóficas sobre el abordaje fenomenológico.

La fenomenología en el siglo XX, es un nombre que se dio a un movimiento cuyo objetivo principal es la investigación y la descripción de los fenómenos que son experimentados por la conciencia, sin teorías sobre su explicación causal y libre de presupuestos y preconceptos (29).

La fenomenología, como una filosofía, surgió y creció en el pensamiento del filósofo y lógico alemán Edmund Husserl (1859-1938) quien lo desarrolló gradualmente y lo transformó de manera continua y

que, sin duda, ha fecundado amplia y profundamente casi toda la filosofía continental europea de esa centuria. En torno a él, se reunió un grupo de jóvenes filósofos, al que sucedieron pensadores individuales de la talla de Martin Heidegger (1889-1976) y muchos otros, recibiendo el influjo de Husserl; también tras su muerte, mediante su impresionante legado póstumo(29) (30) (31) (32).

En Martins (30) y Silva (33), la fenomenología es una palabra de origen griego, derivada de *phainomenon*, que significa aquello que se muestra a sí mismo, y *logos*, que significa discurso esclarecedor, fue creada por Lambert y definida en Alemania con los estudios de Edmund Husserl. Husserl define la fenomenología como el estudio de las esencias, concebida como la naturaleza propia de aquello que interrogamos. Pero, la esencia no es el objeto final de la fenomenología, su objeto final es la existencia. La esencia no es lo mismo que la existencia. La existencia está ligada al mundo. El mundo es aquello que nosotros percibimos, no es solo aquello que pensamos sino también, lo que vivimos, y es justo esa relación con el mundo la que debe ser comprendida y conceptualizada; y no cree que se pueda comprender al hombre y al mundo sino a partir de su facticidad, es decir, de su manera de ser en el mundo, sujeto a las contingencias frente a las cuales necesita luchar para encontrarse.

La fenomenología es tanto una filosofía como un método de investigación. El propósito de la investigación fenomenológica es describir las experiencias tal como son vividas, en términos fenomenológicos:

captar la “experiencia vivida” por los participantes en el estudio (34).

En la fenomenología, el mundo se percibe solo a través de nuestra conciencia, excluyendo todo lo externo a nuestra experiencia inmediata. Por eso, es la ciencia de los fenómenos puros. Es decir, que no podemos estar seguros de la existencia de las cosas independientes de nosotros, pero sí de cómo se presentan en nuestra conciencia. Por ende, nuestra conciencia juega un rol activo, dado que no registra el mundo de manera pasiva sino que lo constituye. Para Husserl y otros fenomenólogos, el objeto no existe sin el sujeto humano para contemplarlo. Como solo podemos confiar en la existencia de lo que percibe nuestra conciencia, esta filosofía pone al sujeto humano en una posición central y creador del universo. Un ejemplo común es si un árbol cae en un bosque y no hay testigos, es como si no hubiera pasado (35).

La presente investigación trata de un estudio fenomenológico con el objetivo de comprender las vivencias de los adultos jóvenes con autoimagen alterada por estrabismo y las implicancias para el hacer de enfermería. Tuvo como referencial teórico filosófico el enfoque fenomenológico desarrollado por Martin Heidegger. La fenomenología interpretativa o hermenéutica fue propuesta por Martin Heidegger en 1927 con el objetivo de lograr un acceso metódico adecuado al fenómeno originario de la vida. Sostenía que la significatividad y la movilidad constitutivas de esta última, no pueden aprehenderse en el marco de la filosofía de la conciencia.

El modelo clásico de un sujeto de conocimiento puro contrapuesto a la realidad del mundo exterior no satisface la exigencia fenomenológica de ir a las cosas mismas. Una fenomenología transformada en términos hermenéuticos es ahora el mundo circundante inmediato en el que se da toda vivencia, y su tarea consiste en “aprehender la vida en su pleno sentido de realización”. En este sentido, Heidegger redefine la filosofía como una ciencia originaria de la vida (36).

Las lecciones que inauguran la actividad académica de Heidegger en pleno período de la posguerra plantean el reto de elaborar un nuevo concepto de filosofía que no limite y someta el fenómeno de la vida a los patrones científicos del conocimiento y, dice que la existencia humana se nos va de las manos cuando pretendemos captarla en actitud teórica; pues, en el pensamiento objetivante, desaparece la riqueza de matices del mundo de la vida. Por lo que el problema metodológico, que tiene que resolver la filosofía, es la de hacer transparentes y comprensivas las relaciones que la vida establece con su mundo cotidiano inmediato. Heidegger, en su afán de hallar las verdaderas estructuras ontológicas de la vida humana, lleva a cabo innumerables análisis del tejido ontológico de la existencia humana. Así, en 1919, habla de una ciencia originaria de la vida, en 1922, de una ontología fenomenológica de la vida fáctica; en 1923, de una hermenéutica de la facticidad; en 1925 y 1927, de una analítica existencial del *dasein*; en 1928, de una metafísica del *dasein*; hasta su publicación de «Ser y Tiempo», donde muestra

fenomenológicamente las diferentes formas de ser del *dasein* para, desde ahí, aprehender el sentido del ser desde el horizonte de la historicidad y la temporalidad.

La vida humana y su comprensión previa al ser constituyen los temas principales que sustentan la obra temprana de Heidegger la cual se estructura alrededor de dos ejes fundamentales. Uno gira en torno al análisis sistemático de las estructuras ontológicas del *dasein*, que constituye el inicio y el hilo conductor de la pregunta por el sentido del ser en general; y, otro aborda la destrucción de la historia de la metafísica y la transformación hermenéutica de la fenomenología. La fenomenología hermenéutica de Heidegger debe entenderse como un intento de articular conceptualmente la comprensión que la vida tiene de sí misma (36).

El pensamiento de Heidegger se desarrolla a partir de la discusión con dos corrientes filosóficas en boga durante las primeras décadas del siglo XX: el neokantismo, centrado en la reflexión acerca de la lógica, la teoría del conocimiento y de los valores; y, el vitalismo de Nietzsche, Bergson y Dilthey. Heidegger manifiesta una clara preferencia por la filosofía de la vida, pues le parece que responde mejor a la crisis espiritual de su tiempo, cuya manifestación más evidente es la Primera Guerra Mundial. En el pensamiento de Heidegger, incide además, de manera decisiva, su original formación religiosa, que lo hace ocuparse intensamente con el Nuevo Testamento, los Padres de la Iglesia, Lutero, y

en general, la reflexión sobre la vida y la historicidad que, por lo demás, en los años previos a la Gran Guerra, eran omnipresentes en la literatura y la filosofía.

En este contexto, se desarrolla también la filosofía fenomenológica, cuyo fundador, Edmund Husserl, se propone la misión de superar la crisis de la ciencia positivista que había dominado casi sin contrapeso la escena cultural europea durante gran parte de la segunda mitad del siglo XIX. El sentido de esta crisis consiste, para Husserl, en que la ciencia ha dejado de tener significado para el hombre, pues no le proporciona orientación sobre los problemas acuciantes del presente, ni criterios rigurosos para guiar su conducta. La fenomenología se presenta como una reflexión filosófica que quiere fundamentar firmemente la objetividad del saber mediante un método, cuya principal regla es dejar que las cosas mismas se hagan patentes en su contenido esencial, a través de una mirada intuitiva que haga presente las cosas tal como se dan inmediatamente para el que las vive y, poniendo entre paréntesis el juicio sobre la validez de los presupuestos, opiniones o interpretaciones acerca de ellas.

La conciencia no es para la fenomenología algo cerrado en sí mismo, sino que, está definida por la intencionalidad, es decir, por la particularidad de estar siempre abierta y referida a algo como su correlato objetivo. El análisis fenomenológico muestra, además, que los objetos no se dan a la conciencia aisladamente, sino insertos en un contexto mayor, en

el que se destacan como lo que son. Este contexto es el mundo, horizonte general de todo lo que es y puede llegar a ser contenido de la experiencia. Husserl distingue dos formas de relación de la conciencia con el mundo. La primera es la forma natural o ingenua en que todos nos desenvolvemos en el mundo en el que nacemos, trabajamos, pensamos y morimos, y que, por lo tanto, se nos presenta como realmente existente. La segunda se refiere al mundo visto con la perspectiva del fenomenólogo, que ya no da por supuesto su existencia, sino que, la tematiza en forma crítica y reflexiva como instituida por actos intencionales de una conciencia pura. Pero, es precisamente esa exigencia metodológica de la *epoché* (suspensión) que, en la fenomenología de Husserl, se redefine como poner entre paréntesis la existencia del mundo y de los sujetos y objetos reales para quedarse únicamente con la experiencia de la conciencia pura, analizable por un observador desinteresado; lo que Heidegger, a partir de 1918, terminaría por rechazar para orientar la fenomenología hacia la hermenéutica (37).

La fenomenología interpretativa o hermenéutica fue propuesta por Martín Heidegger como una metodología filosófica para descubrir el significado del ser (ente) o existencia de los seres humanos en una manera diferente a la tradición positivista. La fenomenología de Heidegger critica la visión cartesiana del ser humano que los considera desde el punto de vista epistemológico y no ontológico. El principal objetivo de Heidegger fue entender lo que significa ser una persona y cómo el mundo es

inteligible para los seres humanos. La fenomenología mira las cosas por sí mismas. Un fenómeno para Heidegger es lo que se muestra por sí mismo, lo que se hace manifiesto y visible por sí mismo. Una entidad puede manifestarse por sí misma de diferentes maneras dependiendo del acceso que se tenga a esta.

Heidegger está de acuerdo con Husserl en relación al concepto de intencionalidad. Que la conciencia está directa e inmediatamente dirigida a su objeto -el cual nunca es un ingrediente de la propia conciencia-; pero, a diferencia de Husserl, no considera que el flujo de las vivencias intencionales constituya un ámbito que deba ser investigado por sí mismo.

Heidegger es crítico respecto a la pretensión husserliana de captar esencias de un modo inmediato. La apertura de un fenómeno solo es posible sobre la base de una *precomprensión* del mismo, la cual se revelará como inadecuada si conduce a distorsiones y encubrimientos; y como adecuada, si muestra ser fecunda en el sentido de tener la fuerza suficiente para abrir el fenómeno que se quiere comprender. Nuestra propia existencia encarna una determinada representación e interpretación del mundo. El ser es lenguaje y tiempo, y nuestro contacto con las cosas está siempre mediado por prejuicios y expectativas como consecuencia del uso del lenguaje. Cualquier respuesta a una pregunta acerca de la realidad se halla manipulada de antemano, ya que siempre existe una *precomprensión* acerca de todo lo que se piensa (37).

Que la vida fáctica procure comprenderse a sí misma de un modo pre-teórico, es una cierta forma de ser en una peculiar relación con todas las otras cosas que son, y al ocuparse de sí misma está presente esa comprensión de su propio ser. Pero, Heidegger no solo comienza a identificar la filosofía fenomenológica con la ontología, sino también, a esta última como: hermenéutica de la facticidad; y define su tarea como interpretación que la facticidad hace de sí misma o, el darse a conocer la vida fáctica (real) a sí misma. Sostiene, también, que el movimiento hermenéutico de la autointerpretación, está esencialmente determinado por el hecho de que la vida fáctica se da de un modo distorsionado, pues siempre está encubriéndose a sí misma. Este encubrimiento es tan originario como la noticia que la vida originaria tiene de sí misma. No es un encubrimiento absoluto, sino una especie de desfiguración. Eso es lo que hace posible la comprensión. El problema de la hermenéutica consiste en encontrar una interpretación que disuelva este encubrimiento originario. La hermenéutica de la facticidad comienza preguntándose por la situación hermenéutica a partir de la cual comprender el ser de la vida fáctica. Heidegger convierte explícitamente la cuestión ontológica del sentido del ser en la pregunta central de su filosofar.

Para Heidegger, el nuevo concepto de fenomenología será el de fenomenología hermenéutica, suponiendo ello un cambio de paradigma dentro de la fenomenología: del paradigma de la conciencia basado en la percepción, se pasa al paradigma de la hermenéutica basada en la

comprensión. De la fenomenología husserliana mantiene su radicalismo, la necesidad de partir de lo inmediato. Pero, Heidegger sustituye “conciencia trascendental” por “vida en su factualidad” lo que implica descender al mundo de la existencia. Sostiene que la relación inmediata con el mundo es el de la comprensión, componiéndose el mundo de cosas, objetos, útiles que en cada caso puedo comprender o no comprender. Por ello, la fenomenología se transforma en fenomenología hermenéutica y se caracteriza por:

✓ La fenomenología no ha de partir de la *intuición* si esta intuición se entiende como intuición de objetos, sino del entender.

✓ Sustituye el yo trascendental por la vida fáctica, por ello, la esfera del tiempo y la historicidad pasan a primer plano: la vida fáctica es histórica y es históricamente como se entiende a sí misma. Así, la historia pasada se convierte en el hilo conductor de la investigación fenomenológica.

La pregunta por el *ser* y la primacía de la existencia para la investigación fenomenológica convergerán en un punto, este es el ente hacia el que hay que dirigir la pregunta por el ser, es el único que existe, que existiendo “precomprende” la esencia de todas las cosas que conforman el mundo. A este ente que somos en cada caso nosotros mismos, lo llamaremos *dasein*. El planteamiento explícito y transparente de la pregunta por el sentido del ser exige la previa y adecuada exposición de un ente (del *dasein*) en lo que respecta a su ser.

Heidegger expresamente sigue el método fenomenológico, aunque con serias modificaciones, pues no acepta la *epojé* del ser de las cosas, que es justamente el tema central de la Filosofía.

Su intención es tratar el ser, en toda su amplitud y en cuanto tal.

Desde un principio, Heidegger trata de colocarse en el plano del ser, elevándose por encima del plano de los entes. Los entes son las cosas, los existentes, los objetos. En cambio, el ser es lo que le da inteligibilidad y sentido a las cosas. El ser es fundamento de los entes.

La diferencia entre el ser y el ente es ontológica. Para Heidegger, el plano o nivel óntico es el que se refiere a los entes y, el nivel ontológico es el que se refiere al ser.

Heidegger se propone, expresamente, la elucidación del ser, y trata a los autores llamados existencialistas, porque se reducen a un plano puramente óntico.

Heidegger se opone a Husserl dado que la *epojé* fenomenológica quiere poner entre paréntesis, o dejar sin consideración, el ser o existencia real de los objetos. Pero, lo considera un grave error, pues otra vez la filosofía se quedaría en el plano óntico y no alcanzaría el plano ontológico.

Sin embargo, con respecto al ser, no es mucho lo que puede decir. El ser, por lo pronto, no es Dios, ni tampoco es la causa del mundo. El ser,

en último término, se puede confundir con la nada, puesto que no es ningún ente. Heidegger, considera al ser como finito.

Para abordar al ser, Heidegger quiere tratar primero la filosofía del hombre, porque este es quien se pregunta por el ser. Preguntarse por el ser significa que ya se tiene un conocimiento atemático del ser. El hombre es el lugar en donde el ser se esclarece y se manifiesta. Por esto, Heidegger llama *dasein* a la realidad humana. Este término significa, literalmente, “ser-ahí” y quiere señalar la especial vinculación del hombre con el ser.

Una importante tesis heideggeriana acerca del hombre es la siguiente proposición: “la esencia del *dasein* es la existencia”. Significa que lo típico del hombre es existir, es estar lanzado hacia algo, es dar sentido a las cosas con el mismo ser que lleva consigo. Existencia Heidegger la escribe “Ex - sistencia”; lo cual expresa más gráficamente el sentido de lo que quiere expresar. *Ex - sistencia* es estar fuera de sí (las mismas raíces de éxtasis), es proyectarse hacia algo.

Respecto al *das Man* y la existencia inauténtica, sostiene que la gran mayoría de la gente lleva una existencia banal, inauténtica. esta se caracteriza por lo impersonal de la vida, se usa. No se vive, pues, la propia existencia, sino la existencia impersonal, que no es la mía ni la de nadie, sino, la que se estila como un modelo estándar.

Das Man significa, literalmente, “él se” (pronombre impersonal). Como se dice, se hace, se usa. Quiere significar lo impersonal de la

existencia inauténtica. La masa vive sometida al *das Man*, vive esclavizada, alienada a patrones completamente anónimos, pero, imperiosamente subyugantes. El poder de la moda, de las costumbres, del qué dirán, es un ejemplo de ello.

Respecto a la muerte y la existencia auténtica, en sentido opuesto a lo anterior, Heidegger sostiene que la existencia auténtica es la que caracteriza porque escoge sus posibilidades reales, vive con una conciencia lúcida de lo que es. Y, asume la angustia ante la nada de la muerte, que es la posibilidad más cierta e inminente que todo hombre posee.

Mientras que la existencia banal trata de eludir la muerte, las conversaciones acerca de la muerte y hasta la proximidad de la muerte al enfermo desahuciado, el hombre auténtico es un ser para la muerte, es decir, vive su contingencia, su finitud, su limitación; sabe que con la muerte termina todo, se anticipa a ella, y da sentido real a cada instante que vive.

Desde que el hombre nace, continuamente muere, cada instante vivido es un instante menos en su existencia precaria y efímera. Vivir esta limitación en donde se asoma la nada, continuamente, produce angustia. El hombre auténtico asume su limitación y su angustia (38).

La fenomenología y la hermenéutica en «Ser y Tiempo», se basan en la filosofía ontológica de Heidegger y, como tal, están interesadas en entender los fenómenos en sus propios términos. Para lograr esto, se

deben descubrir y entender los significados, hábitos y prácticas del ser humano. La fenomenología interpretativa o hermenéutica se fundamenta en los siguientes supuestos filosóficos sobre la persona o ser humano:

1. Los seres humanos tienen mundo. Para Heidegger, estar en el mundo es existir, es estar involucrado, comprometido. Habitar o vivir en el mundo, es la forma básica de ser en el mundo del ser humano. El mundo está constituido y es constitutivo del ser. Los seres humanos tienen un mundo que es diferente al ambiente, la naturaleza o el universo donde ellos viven. Este mundo es un conjunto de relaciones, prácticas y compromisos adquiridos en una cultura. El mundo es el todo en el cual los seres humanos se hallan inmersos en, y rodeados por. Heidegger dice que el mundo es dado por nuestra cultura y lenguaje y, hace posible el entendimiento de nosotros mismos y de los demás. El lenguaje hace posible las diferentes formas particulares de relacionarse y sentir que tienen valor en una cultura. Habilidades, significados y prácticas tienen sentido gracias al mundo compartido, dado por la cultura y articulado por el lenguaje. Este conocimiento o familiaridad es lo que Heidegger llama mundo. El mundo se da por sentado, es decir, es obvio e ignorado por los seres humanos; solo se nota en situaciones de ruptura o destrucción como en el caso de la enfermedad en un hijo. Los mundos en los que vive la gente no son universales y atemporales, por el contrario, son diferentes según la cultura, el tiempo o época histórica, y la familia en que se nace.

El mundo es esa red de relaciones, formada por los objetos que están a la mano; cada uno remite a los demás. Y, ese conjunto de relaciones forma parte integrante del ser de cada hombre. En otras palabras, no se podría comprender a una persona determinada, sin ese mundo peculiar que lo rodea.

Heidegger explica los existenciales del hombre, o sea, sus características más importantes, que se podrían reducir a cuatro: cuidado, libertad, trascendencia y temporalidad. El hombre es cuidado, es decir, está lanzado hacia las cosas o instrumentos del mundo. La libertad es el hecho de proyectarse hacia sus propias posibilidades; la trascendencia es lo mismo que la libertad, pues el hombre surge por encima de las cosas, se escoge y se hace su propio ser, en oposición a los objetos, cuya esencia está hecha y terminada.

La temporalidad consiste en que el hombre no está en el tiempo, sino que, es un proceso de temporalización, cuyos éxtasis, o salidas del mundo, originan los tres momentos del tiempo entendido corrientemente.

2. La persona como un ser para quien las cosas tienen significado. La manera fundamental de vivir las personas en el mundo es a través de la actividad práctica. Heidegger describe dos modos en los cuales los seres humanos están involucrados en el mundo. El primero es aquel en el cual las personas están completamente involucradas o sumergidas en la actividad diaria sin notar su existencia. En contraste, el segundo modo es

aquel en el cual las personas son conscientes de su existencia y de lo que realizan.

3. La persona es un ser auto interpretativo pero, en una forma no teórica. Lo es porque las cosas tienen importancia para él. Estos intereses de la persona nos muestran lo que es importante o preocupante en una situación específica. Conocer y comprender lo que rodea al ser humano, es una manera fundamental de ser en el mundo. Las personas entienden y captan significados de lo que les rodea mediante el lenguaje. Los seres humanos son y están constituidos por el conocimiento y comprensión del mundo. Por lo que, el lenguaje sirve para representarse a sí mismo y al mundo, pero también, constituye la vida. Ciertas maneras de ser, sentir y de relacionarse con los demás, son solamente posibles con ciertos recursos lingüísticos. El lenguaje representa, articula y hace que las cosas se manifiesten y, al hacerlo, moldea nuestras vidas.

4. La persona como corporalidad. La concepción fenomenológica de la persona incluye una visión del cuerpo diferente de la visión cartesiana, la cual considera que la persona tiene un cuerpo que está separado de la mente y carente de inteligencia y poder para responder al mundo. Para la fenomenología, más que tener un cuerpo, la persona es corporal. Ser humano es tener una inteligencia corporal que hace posible involucrarse hábilmente en las situaciones. Las prácticas comunes se basan en capacidades perceptuales corporales compartidas.

La persona vive el mundo como un cuerpo hábil, su inteligencia corporal le permite responder a las necesidades, por ejemplo, de un hijo enfermo de una manera muy hábil, aún en ausencia de comunicación verbal.

5. La persona como un ser temporal. Heidegger concibió a la persona como ser en el tiempo. Pero no en un tiempo lineal o la sucesión infinita de ahora, como generalmente se piensa en las culturas occidentales. Heidegger llama al tiempo temporalidad y según él, el tiempo es constitutivo del ser o existencia. El tiempo lineal dificulta concebir la continuidad o transición: hace creer que los seres y cosas son estáticas y atemporales. En la tradición científica positivista, esta concepción del tiempo lleva a un sistema de leyes que también, se suponen son atemporales. Merleau-Ponty en 1962 también consideraba el tiempo como una dimensión del ser, de la existencia que resulta de mi relación con las cosas. Entre las cosas, el futuro no es aún, el pasado ya no es, solamente el presente es: cada presente afirma la presencia de todo el pasado que suplanta y anticipa todo lo que vendrá.

Actualmente, en la sociedad, se concibe el tiempo de manera lineal. Para los profesionales de la salud, pacientes, familiares y otros, el tiempo es muy importante. Hay muchas cosas relevantes para hacer en cierto tiempo o momento. La espera de resultados de laboratorio, el inicio de un tratamiento, etc., hacen que el tiempo sea importante.

Los supuestos filosóficos descritos aplican tanto a los participantes de la investigación como a los investigadores. El investigador es un ser auto representativo que es y tiene su mundo, para quien las cosas tienen significado, que tiene inteligencia corporal y que, vive en el tiempo. Su lugar es el mundo, su compromiso es el mundo, sus intereses y compromisos moldearán sus proyectos de investigación.

La fenomenología de Heidegger considera que no es posible tener un comportamiento objetivo sobre el ser humano, porque todo el conocimiento es generado por personas que son y están en un mundo, que tratan de entender con algo que ya se conoce. Entender es circular; se está siempre en un círculo hermenéutico o de interpretación. Una frase, por ejemplo, es una unidad de entendimiento. Las palabras se entienden con relación al significado de toda la frase. El significado de la frase depende del significado de las palabras individuales en la frase. La lógica no es suficiente para el entendimiento.

La interpretación dentro de lo ya comprendido se nutre de ello, entonces se mueve en un círculo hermenéutico. Es decir, es un círculo en el que hay que entrar de manera adecuada. El cual, lejos de hacer caducar las cosas mismas, conlleva, la exigencia de legitimar la interpretación desde las cosas mismas. Esta precomprensión de las cosas produce una circularidad natural en la comprensión que va de lo incomprendido a lo comprendido, y que ha sido denominada "círculo hermenéutico". Por ejemplo, para responder a la pregunta ¿qué es una obra de arte?, es

necesario saber previamente qué es el arte; ahora bien, ¿cómo conozco este si no reconozco las obras? El círculo hermenéutico no es exactamente un límite o un error del conocimiento, sino algo intrínseco al hombre e inevitable, pero que se constituye como una oportunidad que nos permite conocer el todo a través de las partes y viceversa.

El objetivo en fenomenología interpretativa es comprender las habilidades, prácticas y experiencias cotidianas y articular las similitudes y diferencias en los significados, compromisos, prácticas, habilidades y experiencias. Por eso, intenta desarrollar un entendimiento e interpretación del ser humano basado en sus compromisos, significado y prácticas. Sin embargo, los seres humanos como seres históricos, situados y multifacéticos, son comprendidos en aspectos finitos y específicos. Comprender o entender a los seres humanos, exige escuchar sus voces, sus historias y experiencias. Ver y decir lo que es, y, lo que no es, no es suficiente para interpretar las experiencias humanas porque, dan un entendimiento incompleto de estas. La ética de los investigadores interpretativos se basa en el respeto por la voz y la experiencia descrita en el texto (por la persona participante). La ética guía ese ser verdadero frente al texto o las voces de los participantes (37) (39).

III.4. Teoría de Jean Watson: “teoría de los cuidados transpersonales”.

Desde principios del siglo XX y en las últimas décadas, la enfermería no se consideraba ni una disciplina académica, ni una profesión, pero se ha venido trabajando arduamente en los últimos tiempos, motivando a las nuevas generaciones a compartir el reconocimiento de la ciencia del cuidado como una práctica digna que enaltezca el espíritu de quien cuida y de quien es cuidado (40).

El hecho de proporcionar cuidados enfermeros en el contexto de los establecimientos de salud oftalmológicos, obliga a las enfermeras a reflexionar sobre la naturaleza de las relaciones del cuidar y la filosofía de las organizaciones. A través de nuestra experiencia profesional como enfermeras dedicadas al cuidado del paciente con afecciones oftalmológicas, palpamos diariamente que este cuidar no siempre responde a la demanda de los pacientes ni a las expectativas de los profesionales. Las instituciones hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo, reducen lo humano a lo biológico, alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado, lo que favorece que queden relegadas acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y familia, en forma cercana, denominado por Watson: cuidado transpersonal; y, que son acciones valorizadas por los usuarios.

Pensar en los cuidados enfermeros en las instituciones oftalmológicas, requiere revisar su historia, analizar el presente y realizar

un análisis crítico de nuestro actuar para detectar los puntos críticos y efectuar cambios.

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

Jean Margaret Watson, nacida en los Estados Unidos de Norteamérica en 1940 licenciada en Enfermería, con maestría en Salud mental y Psiquiatría, y con un doctorado en Psicología de la educación y Consejería; académica en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Colorado y fundadora del Centro de Cuidados Humanos. Ha publicado libros en los que ha venido enfatizando en la trayectoria del cuidado humano de enfermería como una forma de relación con el otro ser, con el mundo y como una forma de vivir plenamente.

Entre su obra, podemos destacar el primer libro «Nursing: The Philosophy and Science of Caring» (La Filosofía y Ciencia de los Cuidados), en el que expone su teoría, con la cual pretende otorgar un nuevo significado y dignidad al mundo de la enfermería y al cuidado de los pacientes; y el más reciente: «Caring Science as Sacred Science» (Ciencia del Cuidado como Ciencia Sagrada), donde la autora, invita a

reflexionar sobre el fundamento moral y metafísico de la conducta profesional de enfermería (41).

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 paciente.

El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a 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, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos. Ella, con muchas teorías, ha venido mostrando la razón de ser del cuidado, como una forma trascendental de prevalecer en el corazón y la mente de aquel que se cuida (42).

La doctora Watson (1985) desarrolló diez factores caritativos, los cuales consideró el punto central del proceso del cuidado humano. Su tesis central está basada en que “los humanos no pueden ser tratados como objetos y no deben ser separados de sí mismos, de su naturaleza y del universo”. estos son los siguientes:

1. La formación de un sistema de valores humano–altruista. Menciona que estos se aprenden pronto en la vida pero pueden recibir una gran influencia de las enfermeras educadoras.
2. Inculcar la fe y la esperanza hacia la persona cuidada.
3. Cultivar la sensibilidad ante uno mismo y los demás.
4. Desarrollar una relación de ayuda y confianza.
5. Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.
6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.
7. Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal.
8. Provisión de un entorno de apoyo, protección y/o corrección en el plano mental, físico, sociocultural y espiritual.
9. Asistencia satisfactoria de las necesidades humanas, tanto de uno mismo como del paciente.
10. Fomento de las fuerzas existenciales fenomenológicas.

Sostiene también, que las enfermeras tienen mayores responsabilidades que las que se recogen en estos diez factores asistenciales: que faciliten el desarrollo de los pacientes en la promoción y

prevención de la salud a través de la enseñanza, que los capaciten para asumir cambios personales en favor de su salud, les ofrezcan un apoyo en cada situación y esforzarse y adaptarse a las pérdidas que experimenten.

Todos estos factores caritativos motivan a conocer el comportamiento humano, las respuestas y necesidades del individuo pero, requiere que el profesional en enfermería aprenda a reconfortar, a tener compasión, empatía, a que exista una verdadera comunión con el ser cuidado. Es decir, que las enfermeras brinden un cuidado humano al más alto nivel de abstracción, sentido de personalidad, espiritualidad y completa trascendencia, lo que le da el verdadero sentido a la ciencia y arte del cuidado humano.

Los seres humanos tienen la capacidad de vivir experiencias interpersonales, en donde se potencia el acto o momento de cuidado el uno del otro. Watson sostiene que las enfermeras deben, conocer el cuidado, vivir y comprender la propia experiencia de la persona que se cuida, lo cual no solo se enseñaría mediante foros, paneles de discusión, exposiciones y seminarios.

Cree que, para que exista desarrollo del núcleo disciplinar, primero se debe empezar por mantener una conducta de completa conciencia de lo que se está haciendo (enseñando), y es allí donde el estudiante empezaría a adoptar posturas y modelos emitidos de parte del formador profesional en Enfermería. Sostiene también, que vale la pena

reconocer la individualidad de la experiencia, el desarrollo y habilidad del estudiante para integrar el conocimiento, y la actitud en el orden de ideas, implementar un plan y evaluar la práctica.

Finalmente, expone que es necesario hacer una total sensibilización hacia la conceptualización del cuidado, donde se tome como base el verdadero concepto de cuidado basado en la experiencia de salud con las personas cuidadas, con el entorno familiar y el contexto del mismo; para así, convertir el cuidado en un arte transformador, con un componente generador de experiencias humanas que logren el crecimiento del profesional que cuida y de la persona cuidada, y los pueda llevar a una total realización como seres humanos.

Watson entiende el cuidado como la esencia de la práctica enfermera, pero el cuidado entendido como una idea moral más que una actitud orientada al trabajo. Resalta que el enfoque fenomenológico de Carl Rogers, con su visión de que las enfermeras están para entender y no para manipular y controlar a los pacientes, influyó sobremanera en un momento en que esta *clinicalización* se consideraba la norma.

Dentro de los metaparadigmas considerados en la teoría, tenemos los siguientes:

Enfermería: está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Para Watson, la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos

sentimientos; y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante a lo que la otra persona experimenta. Se preocupa de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Está interesada en comprender la salud, la enfermedad y la experiencia humana. Define la enfermería como una disciplina interrelacionada con la calidad de vida, incluida la muerte, y con la prolongación de la existencia.

Los procesos caritas clínicos ayudan a la enfermera a brindar cuidado a los pacientes. Cada uno de estos factores describe el proceso por el que un paciente alcanza o mantiene un buen estado de salud, o muere en paz.

Persona: considera a la persona como única, como “un ser en el mundo”, “una unidad de mente/cuerpo/espíritu/naturaleza”. Entiende que el cuidador es capaz de percibir los sentimientos de esa persona y ayudarla a comprender el significado de su experiencia.

Salud: la definió como una unidad y armonía entre la mente, el cuerpo y el alma y está relacionada con el grado de coherencia entre lo que percibe y experimenta uno mismo. Sostiene que dolencia no es necesariamente enfermedad; es una confusión o desarmonía subjetiva en el yo interior o el alma de una persona en cierto nivel de desarmonía en las esferas de la persona, (mente, cuerpo y alma), de forma consciente o inconsciente. La dolencia puede producir una enfermedad, pero dolencia y salud son un fenómeno que no se ve necesariamente como un continuo. Los procesos de

enfermedad pueden deberse a vulnerabilidades genéticas, constitucionales y manifestarse si existe una desarmonía. A su vez, la enfermedad crea más desarmonía.

Entorno: las enfermeras deben reconocer la influencia que tiene el entorno interno (bienestar mental y espiritual, y las convicciones socioculturales), y externo (variables epidemiológicas, la comodidad, confidencialidad, seguridad y ambiente estético y limpio), sobre la salud y la enfermedad de las personas. Por ello, se debe proveer un entorno de apoyo, protección y/o corrección en el plano mental, físico, sociocultural y espiritual. Enfatiza que el entorno y la persona están conectados: “la ciencia del cuidado no es solo para mantener la humanidad, sino también para mantener el planeta. Pertenecer a un mundo espiritual infinito de naturaleza y todas las cosas vivas; en el tiempo y el espacio, fronteras y nacionalidades”.

La teoría de Watson continúa ofreciendo una orientación metafísica importante y útil para el suministro del cuidado enfermero. Los conceptos teóricos de Watson, como el conocimiento de uno mismo, las necesidades identificadas por el paciente, el proceso de cuidado y el sentido espiritual del ser humano pueden ayudar a las enfermeras y a sus pacientes a encontrar un significado y una armonía en sus acciones en un periodo de creciente complejidad. El conocimiento rico y variado de la filosofía, el arte, las ciencias humanas y las ciencias tradicionales que caracterizan a Watson, unido a su gran capacidad para comunicarse, ha

permitido que profesionales de numerosas disciplinas compartan y reconozcan su labor (43)(44).

IV. ABORDAJE METODOLÓGICO

IV.1. Tipo de investigación:

La presente investigación es de tipo cualitativo fenomenológico.

Leininger, Munhall, Silva y Rothbart en Burns sostienen que la investigación cualitativa es una aproximación sistemática y subjetiva que permite describir las experiencias de vida y darles significado (34). El interés de las profesionales de enfermería por este tipo de investigación empezó en la década de los setenta.

La investigación cualitativa se centra en la comprensión de la globalidad de la persona. Es decir, de la persona definida como un sistema abierto, que posee características biológicas, cognitivas, emotivas, sociales y espirituales, interrelacionadas y en constante interacción con el entorno, con el que existe un intercambio de información, energía y materia. En otros términos, podríamos decir que la persona es un organismo biológico capaz de percibir, pensar, vivir emociones, hacer elecciones y actuar. Lo cual es congruente con la filosofía holística de la

enfermería.

La investigación cualitativa fenomenológica, desde el punto de vista holístico, explora la globalidad, la profundidad, la riqueza y la complejidad inherentes a un fenómeno; busca la comprensión y no la explicación de los fenómenos o experiencias humanas, no se preocupa de hacer generalizaciones; el centro de su atención es lo específico, lo peculiar, lo individual. Considera que no existe una realidad única. La realidad se basa en percepciones, que son diferentes para cada persona y cambian con el tiempo, aquello que conocemos tiene significado en una situación o contexto dado, cada fenómeno social es cualitativamente único y diferente.

El punto de partida en la investigación son las observaciones empíricas y las experiencias vividas acerca de un fenómeno. El objetivo es analizar la realidad de modo teórico desde el inicio para develar su significado, comprenderlo y entender las experiencias humanas (29)(34)(45).

Este enfoque contribuye a la construcción del conocimiento de enfermería, permite desarrollar el pensamiento crítico, guía la práctica en la atención de enfermería y de salud de la comunidad a través de los diferentes niveles de atención primaria de la salud (46).

IV.2.Método de investigación y justificación de su opción por el método:

El método de investigación utilizado en el presente estudio es la fenomenología basada en las ideas del filósofo alemán Martin Heidegger, uno de los máximos representantes del existencialismo filosófico.

La utilización del método fenomenológico se justifica porque facilita la comprensión de las experiencias humanas desde la perspectiva de un investigador individual. En el presente estudio, nos facilitará comprender las vivencias de los adultos jóvenes con autoimagen alterada por estrabismo y lo que esta experiencia significa para el individuo y el impacto que tiene en su vida cotidiana.

IV.3.Escenario de la investigación (descripción):

La presente investigación se realizó en los ambientes del Instituto Regional de Oftalmología (IRO).

El Instituto Regional de Oftalmología (IRO) se encuentra ubicado en Trujillo, ciudad de la costa norte del Perú, capital de la provincia de Trujillo y del departamento de La Libertad. Es un órgano desconcentrado de la gerencia regional de salud de La Libertad, considerado ente rector de la salud ocular en la región norte del país, y centro de referencia macro regional. Ofrece servicios altamente especializados a la población en materia de salud ocular, desarrolla actividades de investigación científica e

innovación de la metodología y tecnología, así como, docencia en pregrado y posgrado.

Cuenta con médicos especialistas u oftalmólogos asistentes, médicos residentes de oftalmología, enfermeras con especialidad en oftalmología, técnicos de enfermería, psicóloga, asistentes sociales, farmacéuticas, estadístico, fisioterapeuta y personal que desempeña actividades administrativas, seguridad y limpieza.

Ofrece los servicios de consulta externa, procedimientos especiales, centro quirúrgico y central de esterilización, emergencia, farmacia, laboratorio clínico, archivo y estadística, logística, planeamiento estratégico, caja y admisión.

Los consultorios son individuales, cuentan con sala de espera, para la entrevista se utilizó un consultorio de oftalmopediatría, cercano al consultorio de estrabismo donde se realiza la atención a los niños y adultos afectados por este mal.

En el centro quirúrgico se realizan: trasplantes de córnea, cirugías de catarata, de retina y vítreo, glaucoma, óculo plástica, corrección de estrabismo, y cirugías menores: pterigión, chalazión. También, aplicación de antiangiogénicos intraoculares y de rayos láser.

En la atención comunitaria, se realizan actividades de prevención de ceguera y promoción de la salud ocular.

IV.4. Participantes de la investigación: tamaño de la muestra, criterios de inclusión, exclusión, modo de captación de participantes.

Tamaño de la muestra:

La muestra del estudio estuvo conformada por ocho adultos jóvenes con diagnóstico de estrabismo infantil que acudieron a la consulta externa en el Instituto Regional de Oftalmología de Trujillo, durante los meses de julio a octubre del 2012. Para identificarlos y determinar si reunían los criterios de selección especificados, se tuvo en cuenta la historia clínica de los pacientes.

La entrevista estuvo condicionada a la decisión voluntaria de participar en la investigación, previa explicación y firma del consentimiento informado por el colaborador.

Un total de ocho colaboradores constituyeron la muestra final de estudio, que fue determinada teniendo en cuenta la saturación de los discursos, es decir, cuando los relatos expresados empezaron a repetirse y ya no proporcionaron nueva información. En estos momentos, se consideró la muestra suficiente y adecuada para develar el fenómeno bajo

estudio.

Criterios de Inclusión:

- Adulto joven de ambos sexos, entre veinte y treinta años.
- Con diagnóstico de estrabismo infantil.
- Que no hayan sido sometidos a cirugía de estrabismo.
- Sin dificultades para expresarse.
- De buena salud física y mental.
- Que asistan a la consulta ambulatoria de estrabismo en el IRO.
- Que acepten participar voluntariamente en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Adulto joven mayor de treinta años.
- Con diagnóstico de estrabismo infantil y que haya sido sometido a cirugía de estrabismo.
- Pacientes con estrabismo y comorbilidades.
- Que no asista a la consulta ambulatoria de estrabismo en el IRO.
- Con dificultades para expresarse.
- Que no acepte participar voluntariamente en la investigación.

IV.5. Procedimiento de recolección de datos.

Las descripciones fueron obtenidas a través de los datos de los discursos de los participantes de la investigación, la misma que se realizó inmediatamente después de la consulta médica en uno de los consultorios de oftalmopediatría del Instituto Regional de Oftalmología que reunió condiciones de privacidad, comodidad y seguridad.

Se hizo uso de una grabadora para preservar la fidelidad de los datos obtenidos y lograr obtener los discursos completos que faciliten el análisis posterior, evitando las interpretaciones subjetivas de la investigadora.

Establecido el primer contacto con el colaborador, se les explicó la finalidad de la entrevista y se les aseguró mantener la confidencialidad de la información, así como, mantener en reserva su identidad por lo que se les puso nombres ficticios. Se les hizo firmar el consentimiento informado habiéndoles dado previamente una explicación detallada del mismo.

Finalmente se le realizó la pregunta de rigor:

¿Qué sientes al padecer de estrabismo?

Dejándoles que expresen libremente y sin interferencias.

Cuando el sujeto respondió con frases únicas o muy cortas, se procedió a reiterar la pregunta, precedida de la frase “y que más” para propiciar que el colaborador exprese sus vivencias con amplitud. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de veinte a cuarenta minutos.

IV.6. Procedimiento de análisis de datos.

Se realizó siguiendo los momentos de la trayectoria fenomenológica: descripción, reducción, interpretación vaga y mediana, y análisis hermenéutico.

a) DESCRIPCIÓN FENOMENOLÓGICA.

En este primer momento de la trayectoria, se identificó a los adultos jóvenes afectados de estrabismo infantil a los cuales, se les realizó la pregunta de rigor ¿cómo te sientes al padecer de estrabismo?, y se dejó que expresen libremente sus vivencias.

Los discursos fueron obtenidos a través de entrevistas grabadas a los participantes, evitando las ideas preconcebidas por parte del investigador.

Se realizó la descripción fenomenológica que constituyó el resultado de una reacción dialógica que se dio entre el sujeto y el

investigador. A medida que el investigador se fue familiarizando con las descripciones a través de repetidas lecturas sobre su contenido, fueron surgiendo unidades de significado, que fueron atribuidas por el investigador sobre percepciones que el sujeto tiene de su experiencia vivida. estas están contenidas en sus discursos y constituyeron los elementos estructurales del fenómeno vivencias de adulto joven con autoimagen alterada por estrabismo; son descripciones ingenuas, espontáneas y son presentadas tal y como se muestran al investigador.

La búsqueda de significados consistió en identificar las proposiciones o categorías que permitieron comprender la esencia del fenómeno a partir del discurso del sujeto. Luego se procedió al siguiente momento.

b) **REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA.**

El segundo momento de la trayectoria tuvo como objetivo determinar y seleccionar las partes esenciales de la descripción y de interés para el investigador; sin cambiar el sentido de lo expresado referente a lo interrogado para lograr comprender lo esencial del fenómeno de estudio.

La técnica común para realizar la reducción fenomenológica es la variación imaginativa que solo se da cuando el investigador se coloca en el lugar del sujeto para reflexionar sobre las partes de la experiencia que parecen poseer significados cognitivos y afectivos e imaginarlas como si

estuvieran presentes o ausentes en la experiencia. Esto permitirá rescatar la esencia del fenómeno interrogado.

c) INTERPRETACIÓN O COMPRENSIÓN VAGA Y MEDIANA.

La comprensión fenomenológica o tercer momento surge siempre en conjunto con la interpretación de convergencias. Este momento es un intento de especificar las unidades de significado, que es esencial en la descripción y reducción, como una forma de investigación de la experiencia.

Las unidades de significado representan una aproximación a la comprensión de la experiencia vivida por los participantes de la investigación.

El investigador, usando el recurso de la fenomenología, asume el resultado de la reducción como un conjunto de afirmaciones significativas para el investigador, que se refieren a la experiencia del sujeto. Es la interpretación de aquello expresado en los discursos. Consiste en develar los significados psicológicos presentes en los discursos de los sujetos que participaron en la investigación.

d) ANÁLISIS HERMENÉUTICO.

Constituye la última fase de este proceso en el cual se hace el análisis comprensivo propiamente dicho, se analizan los hallazgos y el análisis previo realizado en la etapa de análisis vago y mediano; para

develar el fenómeno y comprender la situación ontológica del ser en un *existenciario* marcado por las vicisitudes de un *dasein* que se nos muestra aún desconocido; pero, que poco a poco, se va develando en su existencia dentro de un modo de la presencia que caracteriza su *ex-sistir*.

IV.7. Principios éticos y de rigor científico.

PRINCIPIOS ÉTICOS.

El presente estudio de investigación se ejecutó bajo las normas o códigos internacionales/nacionales que tienen como base tres principios fundamentales de la ética:

a) Principio de beneficencia:

Uno de los principios éticos fundamentales en la investigación es el de beneficencia, cuyo lema es “sobre todo, no dañar”. Este principio contiene múltiples dimensiones como:

✓ Garantiza que no sufrirán daño:

Se refiere a que los participantes no serán expuestos a experiencias que puedan causarle un daño serio o permanente. Por eso, la presente investigación se llevó a cabo por personas calificadas. El investigador estuvo preparado para

finalizar la entrevista si detectara indicios de que continuar pudiese causar consecuencias psicológicas o malestar innecesario en los participantes.

✓ **Garantía de no explotación:**

Los sujetos que participaron en el estudio de investigación, no fueron colocados en desventaja ni expuestos a situaciones para las cuales no fueron preparados previamente. Se les aseguró que la información que proporcionasen no sería utilizada en su contra. La relación especial que estableció el investigador con los sujetos de investigación no fue explotada para fines distintos a los estipulados en la investigación.

b) Principio de respeto a la dignidad humana:

Este principio incluye el derecho a la autodeterminación y a la información completa, lo que incluye la libertad de decidir de forma voluntaria si se participa o no en la investigación, o de retirarse en el momento que se desee sin temor a repercusiones o manipulaciones. Así también, las personas que por alguna razón (edad, enfermedad, discapacidad mental, pérdida de libertad y cualquier otra situación física, mental, social o cultural) tengan esta capacidad disminuida, deben tener protección especial en el medio de la investigación. El derecho a la autodeterminación y a la información completa son elementos de base del consentimiento

informado.

Este principio implica el uso del:

✓ **Consentimiento informado.**

Es el consentimiento libre y esclarecido, es un procedimiento formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente. Mediante este documento se les informó a los sujetos de investigación que los datos obtenidos serán tratados de forma rigurosa y confidencial y solo tendrán acceso a ellos la investigadora y colaboradores.

Se les leyó previamente el consentimiento informado y luego, se procedió a hacerlos firmar a aquellos participantes que voluntariamente desearon participar en el estudio.

c) Principio de justicia:

Este principio incluye el derecho del sujeto a un trato justo y equitativo antes, durante y después de participar en el estudio. A preservar su intimidad. Este principio incluye:

✓ **Privacidad:**

Se garantizó el anonimato a los usuarios participantes desde el inicio de la investigación. Los datos obtenidos fueron utilizados solo para la investigación.

✓ **Confidencialidad:**

Se refiere a que los secretos que emitieron los colaboradores, no fueron revelados y las grabaciones realizadas fueron de carácter confidencial y solo fueron utilizados para los fines de la investigación (47) (48) (49).

PRINCIPIOS DE RIGOR CIENTÍFICO.

✓ **Credibilidad / validez interna / valor verdadero.**

Se refiere a la veracidad con que el investigador reconstruye los significados, vivencias y conceptos que ha captado de los participantes bajo estudio (46) (47).

Este criterio en la aplicación, se logra cuando el investigador realiza la entrevista en profundidad a los participantes y recolecta la información que produce hallazgos que son reconocidos por ellos como una apropiada reconstrucción de su realidad.

✓ **Transferencia / validez externa / aplicabilidad.**

Es la aplicación o posibilidad de algún tipo de transferencia de los resultados de la investigación a otros contextos, dependiendo del grado de similitud de los mismos (46)(48).

Los resultados de la investigación sobre las vivencias de los adultos jóvenes con estrabismo, pueden servir de referencia a otros investigadores que aborden temas relacionados.

Aunque el abordaje del paciente estrábico no es fácil, su variabilidad clínica y el carácter único de cada fenómeno exigen que se haga un análisis exhaustivo e interpretación de los datos que facilitarán su aplicabilidad a otros contextos.

✓ **Dependencia / confiabilidad / neutralidad / auditabilidad.**

Grado en que diferentes investigadores, después de haber realizado el mismo análisis de los datos recolectados, generan resultados similares y demuestran la consistencia lógica de una investigación (47).

La dependencia estará presente durante todas las etapas de la investigación: planificación, ejecución é informe final.

✓ **Confirmabilidad / objetividad / neutralidad.**

Trata de demostrar que los resultados de la investigación han sido determinados por los informantes y no por las tendencias o prejuicios del investigador(47).

En el presente estudio, se aplicará al momento de elaborar las conclusiones finales previo análisis de los datos obtenidos y con el

asesoramiento de expertos en la materia.

V. RESULTADOS

V.1. Presentación de resultados:

Las unidades de significado obtenidas en la presente investigación son las siguientes:

1. Siento nostalgia, me siento mal, es incómodo.
2. Me da miedo, mi vista se desvía cada vez más, veo doble, borroso y no puedo leer por más que lo intento.
3. Me siento frustrada, discriminada, no quise ir al colegio, no pude terminar mis estudios, ni seguir una profesión.
4. Me arrepiento, me siento mal conmigo mismo por no haber recibido tratamiento por falta de medios económicos, desconocimiento, creencias.
5. Siento vergüenza, me deprimó, tengo la autoestima baja.
6. Tengo ganas de llorar, me da rabia, ponen apodos “ciego”, “cuatro ojos”, “faroles de carro”, “ojos *wingos*”, “gallina ciega”, “virola”.
7. Quiero que me traten el estrabismo para poder ver bien.
8. Me siento discriminado en el aspecto sentimental y laboral: muchas

veces fui rechazado por las chicas, en el trabajo y en el ejército.

9. Deseo que eduquen a las personas para evitar prejuicios y discriminación.

10. Agradezco a Dios por la oportunidad para tratarme el estrabismo.

V.2. Discusión de hallazgos:

V.2.1. Unidades de significado. Análisis comprensivo.

Comprensión vaga y mediana.

Unidad de significado I: siento nostalgia, me siento mal, es incómodo.

Siento nostalgia cuando no puedo ver y digo: ¿cómo podemos llegar a esto?, pero con un control continuo y con un vivir tranquilo, tengo que evitar perder la visión, y si así fuera ¡qué voy a hacer!, ¡lo dejo a Dios!

¡La vista es un órgano esencial que Dios nos ha dado!, ¿qué haríamos ciegos?, ¿quién viviría feliz sin tenerla? Nos permite ir a trabajar y caminar sin que nadie me lleve de la mano o me diga ¡vamos!

CARTUCHO.

Siento tristeza de padecer estrabismo porque la gente cree que tengo retardo mental, se fijan en lo físico de otros y no se miran ellos, me considero una persona capaz, solamente padezco estrabismo.

BEGONIA

Me da tristeza, me siento mal, me preocupa padecer de estrabismo, porque es una enfermedad que puede avanzar y aunque no me han puesto apodos, se nota en las fotos y no quiero llegar al punto que mi vista se desvíe tanto.

JAZMÍN

Padecer estrabismo, es bastante incómodo, tienes que vivirlo para saber lo que se siente. No puedes ver las cosas así aunque estés con lentes. Tienes que estar en pleno sol para poder ver bien. Mi visión es muy corta.

AMAPOLA

A través de estos discursos, se percibe que los pacientes con estrabismo tienen dificultades en la ejecución de sus actividades cotidianas, laborales, y en su vida de relación ante la baja visión que les ocasiona esta patología y que describen como incomodidad, fastidio y muestran en mayor o menor medida trastornos emocionales o depresivos como: tristeza, ansiedad, nostalgia, malestar, preocupación, etc., ante el posible avance de la enfermedad que podría modificar en forma muy notoria su autoimagen. Tienen mucha angustia porque no saben cuánto tiempo les va a durar la visión.

Estas dificultades visuales que presentan los participantes de la investigación, son repercusiones debido a la falta de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno de los errores refractivos; ambliopía y/o estrabismo. Cuando las personas que padecen estrabismo reciben tratamiento antes de los cinco años de edad, tienen como beneficios potenciales, además de la alineación ocular y su efecto sobre las relaciones óculo-faciales y el contacto visual con las demás personas, evitar la ambliopía, lograr el desarrollo de la agudeza visual normal, así como de la mejor visión binocular posible (útil en la mayoría de las actividades profesionales, deportivas y de la vida diaria) y mejoras en la calidad de vida(2)(50).

El paciente estrábico tiene gran dificultad para realizar la binocularidad pudiendo presentar: diplopía (imagen doble); anular o suprimir la imagen del ojo desviado, visión monocular; baja agudeza

visual en el ojo desviado; bajo confort visual para la lectura, la televisión, etc.; visión borrosa o confusión visual; dificultades para el diseño y actividades que requieran visión tridimensional; parpadean mucho y tienen dificultades para conducir de noche. Como respuesta a estos acontecimientos internos y externos, pueden surgir diversas emociones en la persona como: tristeza y ansiedad, que aseguran nuestra supervivencia y adaptación frente a los problemas de la existencia, siempre y cuando las expresemos (50) (51) (52).

De acuerdo a los presupuestos filosóficos de Heidegger, el paciente estrábico es un ser para quien las cosas tienen significado. Ellos son conscientes de su existencia, de que padecen estrabismo, notan todo en su vida diaria, en su existencia, así como las dificultades visuales que el estrabismo les ocasiona, son más conscientes de su vulnerabilidad y una serie de emociones e incertidumbre rodean su vida. Como ya no es normal, muchas cosas se han hecho visibles e importantes para su existencia como: recuperar la visión, así como, su autoimagen que antes pasaba totalmente inadvertida.

Watson sostiene que la labor del profesional de enfermería es permitir expresar los sentimientos positivos y negativos lo cual ayudará a la enfermera a conectarse con la espiritualidad del ser que cuida y a usar el proceso de enfermería para elaborar las estrategias de cuidado.

Unidad de significado II: me da miedo, mi vista se desvía cada vez más, veo doble, borroso y no puedo leer por más que lo intento.

El estrabismo me ocasiona visión borrosa y doble en todo momento, mi vista se desvía cada vez más. Con la vista izquierda, no veo nada, no puedo leer por más que lo intento y eso me da miedo. Quisiera mirar con los dos ojos, pero no puedo. Tengo dolores de cabeza y me molesta.

BEGONIA

Yo creía que veía con los dos ojos, pero cuando la doctora me examinó, me dijo que yo solo veía con un ojo, y eso me hizo sentir como un cíclope. Solo veo con el ojo izquierdo, porque con el derecho, veo borroso. Bueno, si puedo ver con un ojo, tengo que seguir adelante.

AMARILIS

A través de este discurso se aprecia que una de las pacientes no puede ver con ambos ojos. La otra colaboradora expresa que se siente como un cíclope debido a que el médico le dijo que veía solo con un ojo y ella, hasta ese momento, no había notado la deficiencia que lo

aquejaba.

Las personas, al ser conscientes de la sintomatología visual que los afecta, refieren sentir miedo de que su visión empeore progresivamente e inclusive puedan perder la visión. Otros pueden percibirse con una autoimagen alterada diferente a los seres del mundo que lo rodean y en las cuales está inmersa. Sin embargo, vive el mundo como un cuerpo hábil, su inteligencia corporal le permite utilizar diferentes recursos para involucrarse y desenvolverse hábilmente en diferentes situaciones sin hacer notoria su deficiencia ante los demás. Por ejemplo, puede acercarse más para leer o captar alguna imagen u objeto, o utilizar otros sentidos como el oído y el tacto para aprehender: aprender y comprender aquello que no puede ver.

La enfermera debe tener siempre presente la inteligencia corporal de los seres, para crear un ambiente de cuidado en todos los niveles: físico, mental, espiritual y sociocultural. A partir del cual, surgen necesidades, que de ser satisfechas, alivian el dolor, o mejoran el sentido de adecuación y bienestar, por lo tanto, la salud del individuo como lo sostiene Watson.

Unidad de significado III: me siento frustrada, discriminada, no quise ir al colegio, no pude terminar mis estudios ni seguir una profesión.

Cuando estuve en el colegio, no veía prácticamente nada, tenía que acercarme a la pizarra y no quería ir al colegio. Logré terminar la secundaria pero no pude seguir una profesión porque mis ojos se irritaban y me cansaba demasiado cuando leía, no podía leer mis cuadernos ni los libros y eso me afligía. Di mis exámenes solo de lo que el profesor explicaba, por eso prestaba más atención al profesor y me alejé de las amigas. Quise ser abogada.

AMAPOLA

Voy a cumplir veintitrés años y no puedo continuar estudiando, Quise terminar mis estudios secundarios, pero no puedo porque veo doble con la vista izquierda, la del estrabismo; es como si ese ojo no existiera. En el colegio, me he sentido discriminada por los alumnos. ¡Pero quién los corrige!, ¡el profesor les llamaba la atención, pero les daba igual!.

BEGONIA

En esta unidad, se pueden percibir las dificultades visuales que experimentan en el aula los jóvenes que padecen estrabismo. Las cuales les motivaron a no querer ir al colegio y, que al final, se convirtieron en un impedimento de fuerza mayor para que pudieran seguir una profesión. Esta situación podría haber ocasionado temor, angustia, depresión, ansiedad, frustración, etc. en ellos, al no poder realizar los proyectos de futuro que se habían trazado y por las dificultades que la baja visión les ocasiona en su existir. Una de ellas manifiesta haber sido discriminada en el colegio; al respecto, podemos decir que dentro de los escolares existe una realidad discriminatoria que, a los ojos de muchos docentes, parece inexistente, es decir, los profesores no perciben a simple vista que hay actitudes y comportamientos en los niños, y hasta en el profesorado, que evidencian algún tipo de discriminación, generalmente aprendidos en su mismo entorno social y cultural en el que viven y que han pasado como normales.

Según el Diccionario de la Real Academia Española, discriminar significa dar trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, etc. También, se entiende por discriminación todo acto de distinción, exclusión, restricción o preferencia fundada en la raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas, posición económica o de nacimiento, que tiene por finalidad o por efecto destruir o alterar la igualdad de trato en la esfera de enseñanza. Esto ocasiona problemas

dentro de la unión en la sala de clases, ya que, algunos son excluidos por estas discriminaciones creando problemas de autoestima, inseguridades que ocasionan rechazo al curso, inclusive al colegio, creando problemas de aprendizaje que contribuyen al fracaso escolar y que, tienen repercusiones de diversa índole: unas afectan a la personalidad del niño y su comportamiento ulterior, otras motivan el abandono de los estudios; la familia se ve también afectada por los resultados escolares; a su vez, el abandono prematuro de la escuela, contribuye al analfabetismo. Aumenta el costo de la enseñanza que puede llegar a ser muy importante en donde el número de alumnos repetidores es elevado.

La discriminación es un problema que impone la sociedad, ya que, esta pone las reglas para “juzgar” a los demás que nos rodean; los niños no han aprendido a discriminar por algo personal sino, por las pautas que existen en una sociedad para calificar a los demás. Las actitudes y palabras que dicen los mayores, afectan y repercuten en los niños, repitiendo ellos lo que ven y escuchan; tales prácticas deshumanizan a las personas por atacar la dignidad misma del ser humano y son un obstáculo para la integración y cohesión social.

La discriminación se encuentra ligada con el prejuicio, actitud arraigada en las convicciones personales que considera a un determinado grupo humano como inferior; lo cual, genera en el espacio público diversas formas de restricción de derechos, recursos y acceso a servicio

de ciertas personas , alimentando, inevitablemente, la discriminación(53)
(54)(55).

El maestro es el profesional central del equipo educativo y debe tener conocimientos sobre los principales problemas visuales y la manera en que estos afectan al desarrollo y el aprendizaje del niño. estos le permitirán utilizar las estrategias y herramientas necesarias para ayudar a los alumnos en general, y en especial, a aquellos con déficit visual; a aprender no solo habilidades en el campo académico, primero, y en el laboral, después, sino también, habilidades para desenvolverse en la vida y para una comunicación eficiente con los demás(56)(57).

Heidegger afirma que los seres humanos tienen un mundo, estar en el mundo es existir, es estar involucrado y comprometido. El mundo del paciente con estrabismo es el todo en el cual se halla inmerso y está dado por nuestra cultura y lenguaje, el cual nos ha permitido entender la discriminación y frustración que vivencian.

Watson sostiene que la enfermera debe brindar asistencia satisfactoria de las necesidades humanas al individuo, familia y comunidad; desde el punto de vista holístico e integral, para ayudar a las personas a alcanzar un mayor grado de armonía con la mente, el cuerpo y el alma, lo que hace que tengan lugar procesos de autoconocimiento, respeto propio, auto-curativos y de atención a uno mismo, los que le van a permitir mantener o mejorar su salud.

Unidad de significado IV: me arrepiento, me siento mal conmigo mismo por no haber recibido tratamiento adecuado por falta de medios económicos, desconocimiento, creencias.

Cuando era niña, no recibí tratamiento a pesar de que notaron mis ojos desviados, no usé lentes porque creyeron que los niños se iban a burlar de mí, o que no los iba a usar. Mi mamá no me llevó al doctor pero, cometió un error sin saberlo, se descuidó ¡ya pues!..

AMAPOLA

No consideré el estrabismo como algo importante, porque desconocía sobre la enfermedad, hasta que me di cuenta que mi ojo izquierdo se desviaba. Me siento mal conmigo mismo por no haber ido al médico, cuando noté que no podía ver, tenía el estrabismo.

CARTUCHO

Mis padres supieron que tenía la vista desviada y que era corta de vista pero, no me trataron por falta de medios económicos.

JAZMÍN

Mi familia me preocupa porque cree en mitos. Tenía doce años cuando a mi mamá alguien le dijo que los lentes no se cambiaban y lo creyó. Por eso, año y medio me pasé con un par de lentes, no me traía a la consulta y eso me hizo mal. Cuando el médico me atendió, me indicó que cambiara los lentes. Por eso yo recomendaría a la gente que no se deje llevar por los mitos.

LIRIO

Cuando tenía catorce años y me di cuenta que tenía los ojos desviados, quise ir al oculista, pero no tuve los medios económicos para hacerlo. Mis padres no me trajeron antes porque creían que era caro. A los diecinueve años, recién vine al médico.

AMARILIS

Antes no he venido al médico porque no tuve los medios económicos, no le di importancia y mis padres se descuidaron, porque son personas que viven en el campo y no conocen sobre la enfermedad.

GLADIOLO

A través de estas unidades, podemos apreciar que los pacientes han tenido una gestión ineficaz de la propia salud debido a que no han recibido tratamiento por una serie de factores como: desconocimiento de la enfermedad y la importancia del tratamiento oportuno, falta de medios económicos, creencias erróneas y para evitar las burlas de los niños ante el uso de lentes, etc. Además, la influencia negativa que el estrabismo ocasiona sobre la imagen corporal, las relaciones sociales y familiares de la persona que lo padece favorece a que estos jóvenes se sientan mal, se arrepientan de no haber recibido un tratamiento oportuno y, experimenten altos niveles de ansiedad, depresión etc., que afectan a su función psicosocial y calidad de vida.

El acceso a la atención sanitaria es el resultado del ajuste entre la oferta del sistema de salud y las necesidades de salud expresadas como demanda. En nuestro país, todavía adolecemos de una seria problemática en salud que se agrava por los problemas de los determinantes en salud que, en este caso específico, serían: el insuficiente aseguramiento en salud, en la calidad de los servicios, inadecuada oferta de servicios oftalmológicos, deficiente acceso y disponibilidad de medicamentos; deficientes sistemas de información y, en lo que se refiere a los determinantes: exclusión social, bajos niveles educativos y elevadas brechas educativas en mujeres rurales, que condicionan, a su vez, grandes diferencias entre los pobladores de las zonas urbanas de la costa y áreas

rurales de la selva. Esto profundiza aún más la brecha en las barreras socioeconómicas, geográficas y culturales. Tanahashi sostiene que, para mejorar esta situación en salud, se debe mantener el equilibrio entre la oferta de salud y las necesidades de salud de la población e incorpora este modelo en su «Modelo de cobertura efectiva»; definiendo *cobertura efectiva* como la proporción de la población que recibe atención eficaz (donde el rendimiento del servicio entregado se aprecia como satisfactorio, en la medida que logra un resultado específico).

Tanahashi considera cuatro etapas en el proceso de acceso para obtener cobertura efectiva y son:

-Disponibilidad de los servicios de salud (infraestructura, horarios, recursos humanos, equipos, medicamentos);

-Accesibilidad socioeconómica, geográfica y cultural,

-Aceptabilidad de los servicios que dependen de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros;

-Contacto con el servicio, continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y, por la calidad de la atención.

Por ello, sostiene que es necesario diseñar y ejecutar políticas sanitarias participativas e intersectoriales, que reduzcan o eliminen las

barreras que son responsabilidad de sectores distintos al sector salud, con el fin de lograr el acceso equitativo a la atención de la salud(57)(59).

Heidegger concibió a la persona como un ser temporal, un ser en el tiempo. Este tiempo no es el tiempo lineal o la sucesión infinita de *ahoras* como generalmente se piensa en las culturas occidentales. Heidegger llama al tiempo temporalidad y considera que el tiempo es constitutivo del ser o existencia, que resulta de su relación con las cosas.

El tiempo lineal dificulta concebir la continuidad o transición: hace creer que las cosas que existen son estáticas y atemporales. La visión ontológica del tiempo defendida por Heidegger y Merleau Ponty, es diferente de la visión óptica del tiempo que prevalece en la sociedad. Los profesionales de la salud y los pacientes con estrabismo conciben el tiempo de manera lineal. Para estos últimos, el tiempo es importante. Hay muchas cosas por hacer en un cierto tiempo o momento. Ellos lamentan no haber recibido un tratamiento oportuno para el mal que los aqueja.

Ahora viven un presente no muy satisfactorio por las secuelas que el estrabismo les ha ocasionado.

Unidad de significado V: siento vergüenza, me deprimó, tengo la autoestima baja.

El padecer estrabismo no me hace diferente a los demás, cuando se

burlan de mí, me siento mal, triste, me deprimó bastante, me bajan la autoestima. Pero, en el fondo, se que valgo más que ellos. ¡Esto va a pasar!, ¡no voy a morir con esto!

BEGONIA

Antes tenía la autoestima bien baja, comía bastante aunque esté llena, me engordé y me encerraba, no salía de casa, me sentía sola.

JAZMÍN

Tengo vergüenza frente a los demás y me pregunto ¿por qué estoy así?, ¿así me voy a quedar? ¡Yo quiero mejorar!

DALIA

A los diecinueve años, cuando me enteré que tenía estrabismo, me bajó la autoestima, pero me duró poquísimo. Me deprimí sentía tristeza, cólera, pero no lloraba, me sentía rara y recordaba lo que los niños me decían. Padecer estrabismo no es para deprimirse tanto. No es un dolor

físico. Es algo interno que te baja la autoestima.

AMARILIS

Me siento mal y disminuido porque en la calle algunas personas hacen que te sientas mal, te baja la autoestima porque padeces estrabismo. Tengo vergüenza cuando estoy con jóvenes como yo, porque no soy como ellos. Se fijan en lo externo y no en la belleza espiritual que llevamos por dentro. No se dan cuenta que nadie está libre de padecerlo.

GLADIOLO

A través de lo expresado por los pacientes, se percibe que tienen vergüenza de su autoimagen, se sienten mal y tristes, sobre todo cuando les ponen apodosos y, refieren que les bajan la autoestima.

Maestre sostiene que la autoestima, es el poder de amarse a sí mismo, en el concepto que tenemos de nuestra valía, y, es una necesidad muy importante para el ser humano; es *básica* y efectúa una contribución esencial al proceso de la vida; es "indispensable para el desarrollo normal y sano, tiene valor de supervivencia". Se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos recogemos durante nuestra vida: es un aspecto del mundo psíquico que

necesita ser sostenido a lo largo del tiempo y es frágil y vulnerable, sobre todo, si se acerca a ciertos contenidos de la primera infancia.

La personalidad tiende a ser estable, una estructura más o menos consolidada, pero la autoestima no funciona igual. Es un sentimiento que no queda establecido indefinidamente; pues, puede ser destruido con un acto de desamor o de violencia en cualquiera de sus manifestaciones.

El concepto del *yo* y de la autoestima se construye y desarrolla gradualmente durante toda la vida, empezando en la infancia y pasando por diversas etapas. Cada etapa aporta impresiones y sentimientos. El resultado de las múltiples experiencias vividas es un sentimiento generalizado de valía o de incapacidad.

La imagen se va formando desde que el niño nace y, estará asociada a sentimientos de aceptación que le darán la posibilidad de sentirse querido y le proveerán de seguridad. Por este motivo, diversas enfermedades, entre ellas, las malformaciones, el estrabismo, etc., amenazan desde temprana edad la autoestima de los niños y jóvenes.

La calidad de vínculos y experiencias que los seres humanos construimos con los seres de nuestro entorno, *toca* el mundo interior de la otra.

Los seres humanos crean y recrean grupos e instituciones que dan pertenencia –identidad– y protección a las personas pero, inicialmente, es

el hogar el ente que la proporciona. Cuando se trata de un hogar disfuncional, la tendencia humana es salir a buscarla afuera, pudiéndolo lograr en los grupos y vínculos que la persona funda o ingresa.

Una persona con autoestima negativa, es decir que no se ama a sí mismo; se experimentará insegura, incapaz y conflictiva. Al no sentirse satisfecha consigo misma, se inclinará siempre por el derrotismo y negativismo en todo lo que emprenda, esto significa que las potencialidades con las que nace pueden incrementarse. Si fomentamos la mediocridad, fracaso y la dependencia, tendremos adultos con sentimientos de inferioridad, baja resistencia a la frustración, incapaces y poco exitosos. La auto estimación comprende dos procesos socio-psicológicos distintos: la autovaloración y autoevaluación.

Fomentar una autoestima alta, ayuda a las personas a aprender con mayor facilidad y a hacerlo con confianza y entusiasmo; desarrollando un sentido amplio de responsabilidad en las actividades que realiza. Ayuda a superar las dificultades, apoya la creatividad, determina la autonomía personal y permite relaciones sociales saludables; están más inclinados a tratar a los demás con respeto, buenos deseos y justicia, creciendo sus expectativas de superación.

Para humanizar el mundo y crear una cultura de paz, la familia, la escuela y la sociedad en general deben promover la enseñanza y práctica de los valores morales. Así, para humanizar la asistencia, además, la

enfermera debe hacer uso de principios del cuidado utilizados por Watson, los cuales son referidos al amor, apoyo emocional, apoyo físico y espiritual; crear ayuda y confianza que permita asistir las necesidades humanas en su totalidad. El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y, debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera/o es la llamada a ayudar al paciente, a 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, el cuidado no solo requiere que la enfermera/o sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos(60)(61).

Unidad de Significado VI: tengo ganas de llorar, me da rabia, ponen apodoso ciego, cuatro ojos, faroles de carro, ojos wingos, gallina ciega, virola.

La gente se burla, me dicen “virola” y me siento mal, siento tristeza por lo que me dicen y porque, los demás pueden ver y yo no. Pero no les hago caso. ¡Ay!...que digan lo que quieran!

DALIA

¡Ay!... se burlan te insultan, te ponen apodosos, “ojo extraviado”, “faroles

de carro”, y eso me deprime, me siento muy mal, ¡me da rabia!, ¡cólera!, ¡tengo ganas de llorar! Y digo, ¡no me van a vencer!, ¡No me van a ver llorar!, ¡yo me siento igual que los demás!

BEGONIA

Los niños me insultaban y me decían “virola” o torcían los ojos y me sentía mal, sentía cólera y tristeza, y me decía ¡porqué!, ¡si yo no soy así! Pero, no me deprimí, los miraba muy enojada y les gritaba que les iba a dar un cocacho para que no me fastidien. Solo recibí insultos de los niños porque ellos te dicen las cosas de frente, son más sinceros. Pero de los adultos o personas de mi edad no.

AMARILIS

A través de lo expresado en estas unidades por los pacientes, se percibe en ellos el desarrollo de sentimientos negativos como: cólera, ira, frustración, ante la agresión verbal que reciben a través de los sobrenombres con los cuales los llaman y, que hacen notoriedad de sus defectos corporales; en este caso, al estrabismo que padecen.

El sobrenombre es una forma aparentemente cariñosa de agredir y discriminar; significa el intento de rebajar al otro a la altura del que se atreve a etiquetarlo, subrayando usualmente una falla, un defecto o una característica física anormal, expresando la disposición de no considerarlo digno de ser llamado por su propio nombre.

El acoso escolar o *bullying* es un acto intimidatorio físico y psicológico, iniciado y mantenido durante un tiempo considerable por parte de una o varias personas contra otra más débil.

El *bullying* no solo se da entre los estudiantes, sino también, surge en las interacciones entre la plana docente, administrativa y directiva del mismo colegio o institución y el alumnado(62).

El acoso escolar puede presentarse de diferentes formas: acoso físico es el que se muestra con acciones o agresiones físicas ya sean patadas, peleas, zancadillas, tirones de pelo, etc.; acoso no físico o psicológico que puede ser tanto verbal (insultos, burlas, motes), como no verbal (hacer gestos groseros, despreciar, ignorar, aislar, enviar notas ofensivas, etc.).

Resulta perjudicial poner apodos a las personas, peor si estos son peyorativos, alusivos a algún defecto corporal. En los adolescentes o niños, les afecta a la autoestima o autoimagen.

Ser estigmatizado afecta al niño y se produce una especie de

escasez de recursos, pierde la confianza en poder ser o actuar de otra manera. Sufrir acoso escolar puede acabar en fracaso escolar, o fobia al colegio, con lo que configura una personalidad insegura para el desarrollo óptimo de la persona, a nivel personal y social. Y, la peor consecuencia de todas: el suicidio, como única vía para escapar de la situación.

En las víctimas de acoso escolar, se encuentran daños físicos evidentes, pero también, daños sociales como la inhibición o el retraimiento, daños psicosomáticos como pesadillas, falta de apetito, trastornos gastrointestinales, etc.; así como, psicológicos (síntomas de depresión, ansiedad, frustración) y conductuales en forma de agresión, irritación o rutinas obsesivas(63).

El abordaje de esta problemática debe ser multidisciplinaria, en ella, la enfermera ocupa una posición estratégica por su continuo contacto a través del programa de salud infantil y escolar, donde puede optimizar en forma temprana la conducta pro social a través de la educación o guías para padres, cuidadores, profesores, o directamente para niños y adolescentes. Todos los profesionales de la salud y especialmente las enfermeras deben estar comprometidos con el proyecto de humanización de los servicios de salud, infundiéndoles un dinamismo más humano como exigencia principal.

El *bullying* puede abordarse desde tres campos de estudio: desde

el campo de la salud, como un problema médico psicológico y físico; desde el campo de la sociología, como un fenómeno o hecho social que afecta la convivencia en el ámbito escolar y trasciende al ámbito familiar y a la comunidad o sociedad en la que se presenta y, desde el campo del derecho, como una conducta antisocial llevada a cabo por menores de edad con poca o nula regulación al respecto(64)(65).

Unidad de significado VII: quiero que me traten el estrabismo para poder ver bien.

Padecer de estrabismo me da tristeza, por eso, he venido a tratarme acá en el IRO que hay buenos médicos.

JAZMÍN

Vine al IRO porque quiero que me corrijan el estrabismo, quiero que me midan la vista para poder ver bien.

DALIA

A través de estos discursos, se aprecia la decisión de los pacientes

de recibir tratamiento para mejorar su visión. Los ojos del niño con estrabismo deben examinarse tan pronto como sea posible para reducir las posibilidades de desarrollar ambliopía (ojo perezoso) y permitir el buen desarrollo de la visión binocular. Ningún niño es demasiado joven para ser examinado y el cuidado temprano puede impedir problemas que más tarde, no pueden ser corregidos. El tratamiento es más efectivo cuando se comienza antes. Después de los siete años, las posibilidades son más pobres.

El estrabismo se puede tratar con cirugía de los músculos oculares, el uso de gafas o prismas ópticos, oclusiones con parches, o ejercicios oculares. Los objetivos con los niños, son lograr un aspecto normal en los ojos, pero con una buena visión en cada ojo (con o sin la corrección óptica), una buena visión binocular y percepción de profundidad. Si un adulto tiene un estrabismo desde la niñez que no fue tratado, disminuye (pero no elimina) el porcentaje de éxito en la recuperación de la ambliopía y de la estereopsis. Para un adulto, la meta puede ser simplemente estética.

Las gafas, con o sin oclusión, son frecuentemente el primer tratamiento, especialmente para las esotropías acomodativas, en las que la acomodación juega un papel decisivo. Si después de esto, todavía existe una desviación de los ojos residual, se tendrá que recurrir a la cirugía. Las gafas afectan la posición al cambiar la reacción de la persona al enfoque.

Los prismas cambian la dirección de la luz y, por consiguiente, las imágenes, lo que provoca el cambio en la posición del ojo(66).

En adultos con alineamiento visual normal, el comienzo del estrabismo normalmente provoca diplopía. Es recomendable realizar una visita al oftalmólogo para revisar la salud ocular durante el primer año de vida y otra entre los tres y seis años de edad. En un estrabismo, la vigilancia y control deben extenderse hasta la adolescencia, aunque la situación estética sea normal(67).

Unidad de significado VIII: me siento discriminado en el aspecto sentimental y laboral, muchas veces fui rechazado por las chicas, en el trabajo y en el ejército.

Una vez solicité trabajo en una empresa extranjera y no me entrevistaron porque tengo mis ojos desviados, me dijeron que personas así no requerían, agradecí y me retiré.

Cuando trabajé en seguridad, mis compañeros me preguntaban si veía doble. Al declararle mi amor a algunas chicas he sido rechazado, aunque no me lo decían de frente sino con gestos, me sentía un poco mal, creo que era por mis ojos desviados. Me presenté al ejército y me declararon no apto por el estrabismo. Pero hay que darle tiempo al tiempo, esto lo he vivido muchas veces y me he acostumbrado.

A través de esta unidad, el paciente refiere haber tenido dificultades para conseguir enamorada, un trabajo, y ser admitido en el ejército porque en todas las situaciones fue rechazado, lo que ocasionó que se sintiera mal y triste, pero trató de superar. Posiblemente, estos rechazos se debieron a la imagen personal negativa que proyectaba el paciente, o a lo mejor, las personas con las cuales interactuó pensaron que no tenía habilidades suficientes para desempeñarse en el trabajo o en el ejército.

El estrabismo está asociado no solo con un déficit funcional, sino también, con problemas psicosociales, una imagen personal negativa, menor calidad de vida y mayor tendencia a la ansiedad y la depresión. Mojón refiere que la influencia negativa del estrabismo puede eliminarse mediante una cirugía.

Las personas con estrabismo son consideradas no solo menos atractivas e inteligentes, sino también, menos eróticas, agradables, interesantes, exitosas y deportivas. Tienen mayores dificultades para conseguir empleo que las personas ortotrópicas y esto ocasiona consecuencias sobre su nivel económico, probablemente también sobre su bienestar y autoestima.

Una cirugía exitosa puede alinear los ejes visuales, devolviendo una apariencia normal y eliminando entonces este impacto negativo.

Restituye la visión normal, es costo-eficaz, de bajo riesgo y buenos resultados que incluyen mejoras en la función visual binocular periférica.

Sin embargo, dicha cirugía es considerada frecuentemente, solo cosmética y no siempre es cubierta por los seguros de salud.

El estrabismo visible repercute negativamente en la capacidad de las personas para conseguir empleo y, por lo tanto, en su nivel económico. La cirugía para tratar el estrabismo consigue alinear los ejes visuales, dando una apariencia normal al paciente y elimina esta consecuencia negativa sobre la posibilidad de conseguir empleo(67).

Unidad de significado IX: deseo que eduquen a las personas para evitar prejuicios, discriminación.

Deben educar a la gente sobre el estrabismo porque creen que tenemos retardo mental. Así me decían de niña pero me quedaba callada, o me molestaba y me ponía a llorar; pero ahora que tengo veintidós años, ya no me lo dicen.

BEGONIA

Se debe educar a la gente sobre lo que siente la persona con estrabismo.

LIRIO

A través de estas unidades, los colaboradores refieren que algunas personas desconocen sobre el estrabismo y lo cofunden con retardo mental. Por eso, sugieren que se eduque a la población sobre esta enfermedad y sobre lo que siente la persona afectada por este mal.

La educación para la salud constituye una estrategia de enseñanza y aprendizaje que propicia cambios favorables en la salud del que aprende, ayudándolo a construir conocimientos y saber aplicarlos; así mismo, le facilita las herramientas para comprender, analizar, reflexionar, evaluar, desarrollar competencias, habilidades personales y sociales que permanezcan en el tiempo.

Brindando educación específica a la población, lograremos cambiar ideas erróneas respecto a la salud ocular, fomentaremos el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y el cambio de conductas negativas hacia el paciente estrábico.

La educación para la salud, está inmersa en la estrategia de atención primaria de salud (APS) cuyas acciones para alcanzar las metas

en atención primaria, son integrales; es decir, afectan no solo lo curativo sino, fundamentalmente a lo preventivo.

Promocionar la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como un objetivo sino como una riqueza de la vida cotidiana. Es un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como, las aptitudes físicas. Por consiguiente, trasciende las formas de vida sana. La promoción de la salud no solo concierne exclusivamente al sector sanitario.

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse en estos prerrequisitos.

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social, y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medioambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

El cuidado al prójimo, así como, el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud.

El Ministerio de Salud, para abordar la problemática sobre la salud visual de la que adolece el país, ha contemplado en los lineamientos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Ceguera, por diversas causas evitables, aspectos preventivo promocionales en salud ocular y una atención, y rehabilitación especializada con equidad, priorizando las poblaciones excluidas a nivel nacional, con amplia participación intra e intersectorial, aunado a un compromiso de la comunidad organizada para generar estilos de vida saludables(15)(68)(69).

Unidad de significado X: agradezco a Dios por la oportunidad para tratarme el estrabismo.

Algunas personas comprenden y valoran por lo que estoy pasando, me aconsejan y me siento bien, también porque la doctora me dijo que regrese para ver cuándo me operan. Por eso, agradezco a Dios, que me ha dado la oportunidad y, a las personas que me están ayudando.

GLADIOLO

En esta unidad, se puede apreciar que el paciente se siente agradecido por haber acudido a recibir tratamiento para el mal que lo aqueja, y agradece a Dios por haberlo permitido.

El agradecimiento es muy importante, no porque Dios necesite de él, sino porque, ser agradecido es una virtud esencial de la persona favorecida, que reconoce con humildad el favor recibido y las bendiciones maravillosas que Dios le da. El dar gracias a Dios es parte de una educación, pero para nosotros, debe ser una devoción. Todo hijo de Dios debe ser agradecido, debemos expresar con nuestros labios gratitud a Dios, bendecir su nombre y darle acciones de gracias(70).

Esta actitud hace referencia a la dimensión espiritual de la persona que, para muchos, está asociada o limitada por la dimensión moral o religiosa de nuestro ser y que algunos profesionales tienden a ignorar o descuidar porque no son creyentes o no realizan prácticas

religiosas. Sin embargo, están ignorando una parte importante de la persona como lo señala Beck quien sostiene: *la espiritualidad es el corazón de la existencia del individuo, integrando y trascendiendo las dimensiones físicas, emocionales, intelectuales y sociales.*

La espiritualidad contiene los principios religiosos morales y éticos que guían la existencia; contiene y tiene las respuestas esenciales que damos de manera más o menos consciente, el sentido que damos a la vida, a la muerte, a la soledad, a nuestro fin y a nuestro deseo de asumir, de forma responsable, nuestra libertad. La reflejamos de manera más o menos consciente en toda nuestra existencia: en las opciones que hacemos, en la forma de satisfacer nuestras necesidades, y en las de relacionarnos con nuestro entorno.

La enfermera reconoce la dimensión espiritual de la persona, en el respeto que tiene por la vida, la libertad del cliente, por su forma de acompañar la muerte, y por el sentido que da a su trabajo. En el cliente, esta dimensión se manifiesta en sus elecciones de práctica religiosa(71).

VI. CONSIDERACIONES FINALES E IMPLICANCIAS PARA LA PRÁCTICA.

El análisis hermenéutico o fenomenológico de los discursos expresados

por los colaboradores que participaron en la presente investigación, nos permitió conocer y comprender las vivencias de los adultos jóvenes con autoimagen alterada por estrabismo y que, concurren a la consulta ambulatoria en el Instituto Regional de Oftalmología de Trujillo, de julio a octubre del 2012.

Considerando la visión holística de la salud, diríamos que el paciente estrábico, no solo tiene la deficiencia de un órgano o del sistema ocular, sino que, todo su organismo está desequilibrado y debilitado; que el estrabismo ha afectado todas las características biológicas, cognitivas, emotivas, sociales y espirituales interrelacionadas, que lo conforman y que se encuentran en constante interacción con el entorno, con el que existe un intercambio de información, energía y materia. Siendo necesario precisar que, si bien, estas características son comunes a todos los seres humanos, la unión y manifestación, así como, la disposición que adoptan frente a sus experiencias de vida, hacen a cada persona un individuo distinto y único. Según estos conceptos, el paciente estrábico, es un ser único que experimenta varias dificultades en su vida de relación, vive insatisfacciones, hace frente a frustraciones, amenazas, conflictos que a algunos les permite seguir viviendo sin grandes consecuencias psicológicas y emocionales; en cambio, otros conviven con serias consecuencias negativas psicosociales(71)(72).

Tiene una autoimagen pobre debido a la desviación ocular que padece y por lo cual, siente vergüenza, disminución de la autoestima y autoconfianza; un sesgo social negativo; es excluido y puede ser el blanco de algunas personas

quienes se burlan de su defecto físico, le ponen apodos, lo que puede desencadenar en él ira, indignación, aumento de la ansiedad social con un pobre manejo de las relaciones interpersonales. Es pobre en resolver conflictos, no opina o es preso de temores. Es cohibido, con escasas posibilidades de conseguir pareja, estudiar una profesión, o conseguir un empleo, debido a la deformidad estética de su apariencia y a los problemas oculares que el estrabismo ocasiona.

La prevención y el tratamiento de la pérdida de la visión se encuentra entre las intervenciones de salud más eficientes y con mejores resultados.

Es fundamental entender que el estrabismo, no es solo un problema cosmético, lo que no es una situación menor, si no también es una enfermedad en la que se pueden producir dos trastornos sensoriales de importancia como son la ambliopía y la pérdida o falta de desarrollo de la visión binocular.

El estrabismo es una condición que puede tratarse con éxito si se diagnostica a tiempo. El objetivo es lograr la recuperación total, a corto, mediano o largo plazo, lo cual significa igual visión por ambos ojos (prevención de la ambliopía), y el desarrollo de una visión binocular lo más perfecta posible (profilaxia de las anomalías sensoriales), para lograr así un equilibrio motor y sensorial normal. Así también, es muy importante diagnosticar precozmente los errores refractivos y la ambliopía en la población infantil para instaurar un tratamiento oportuno y corregirlos ya que al dejarlos evolucionar mermarán de

forma importante y definitiva la capacidad visual de la población afectada(17)
(18)(66)(72)(73).

Se considera que la edad adecuada de la intervención para corregir el estrabismo debe ser antes de los cuatro años porque, entre las dos y cuatro años, los niños desarrollan su reconocimiento en el espejo y pueden apreciar anomalías en su apariencia y, si sufren de alguna discapacidad o deformidad estética, múltiples cambios psicosociales y emocionales, pueden afectarlo negativamente. Además, porque a esta edad el niño comienza a interactuar con otros niños de la misma edad y tiene que trabajar bajo la presión de pares.

La fenomenología hermenéutica es un ver comprensivo que lleva a la reflexión y cuestionamiento del quehacer profesional de enfermería y promueve cambios.

Considera, para la enfermería, la necesidad de rescatar en el hombre la dimensión de subjetividad y recuperar la percepción y ver al hombre como un ser que tiene su existencia en el mundo, lugar donde se coloca como posible constructor de cultura.

La fenomenología es un método de investigación muy útil en enfermería, ya que la profesión tiene al ser humano como sujeto y no objeto de su trabajo. este se presenta como un ser enfermo que, al buscar atención, no pierde su singularidad, sus experiencias y vivencias que constituyen su modo de ser. Comprender la singularidad del ser humano nos ayuda a humanizar la asistencia. Los cuidados son la esencia de enfermería, estos deberían estar

constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración.

La visión humanista del cuidado de Watson es importante porque, da un enfoque diferente a 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 la de una educación rutinaria día a día; es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones.

Las instituciones de salud cumplen la función de otorgar cuidados a través de un trabajo vivo, y deben ser un núcleo de cuidado para los usuarios. Sin embargo, el acto de cuidar es deficiente debido a que el equipo multidisciplinario que labora en los establecimientos de salud no realizan acciones de cuidado centrados en el paciente sino, centrados en los procedimientos o en la técnica, lo que actualmente ha provocado crisis en las instituciones(74)(75).

En consecuencia, la presente investigación ha permitido incursionar en el aspecto humano de lo vivido por un grupo de pacientes con autoimagen alterada por estrabismo implicados en la cotidianeidad del trabajo de la enfermera. Los procesos vividos por dichos pacientes nos hacen ver la necesidad de la cura de este grupo de estudio que viven en una preocupación por recuperar su

autoimagen normal. Con ayuda del cuidado de enfermería con énfasis en la educación que oriente al paciente y familia a conocer este problema de salud y las consecuencias que la falta de un tratamiento oportuno ocasiona, lo capacitarán para que se someta a un tratamiento completo, evite el abandono y asegure el éxito del mismo; que lo ayudará a lograr sus expectativas personales, familiares y sociales.

VIVENCIAS DEL ADULTO JOVEN CON AUTOIMAGEN ALTERADA POR ESTRABISMO. IMPLICANCIAS PARA EL HACER DE ENFERMERÍA

“Siento nostalgia, me siento mal, es incómodo.”

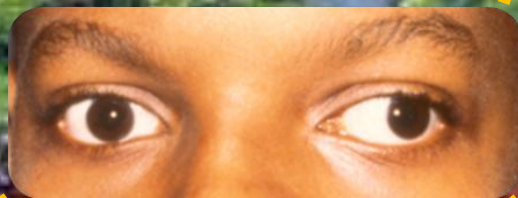
“Me da miedo, mi vista se desvía cada vez más, veo doble, borroso y no puedo leer por más que lo intento.”

“Me siento frustrada, discriminada, no quise ir al colegio, no pude terminar mis estudios, ni seguir una profesión.”

“Me arrepiento, me siento mal conmigo mismo por no haber recibido tratamiento por falta de medios económicos, desconocimiento, creencias.”

“Tengo ganas de llorar, me da rabia, ponen apodos, ciego, cuatro ojos, faroles de carro, ojos *wingos*, gallina ciega, virola.”

¿QUÉ SIENTES AL PADECER DE ESTRABISMO?



“Quiero que me traten el estrabismo para poder ver bien.”

“Me siento discriminado en el aspecto sentimental y laboral: muchas veces fui rechazado por las chicas, en el trabajo y en el ejército.”

“Deseo que eduquen a las personas para evitar prejuicios y discriminación.”

“Siento vergüenza, me deprimó, tengo la autoestima baja.”

“Agradezco a Dios por la oportunidad para tratarme el estrabismo.”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Iturriaga, H. Estrabismo. [Monografía en internet]. [Consultada el 30/4/2012]. Disponible en:
<http://www.oftalandes.cl/clases/Estrabismo.pdf>
2. Ministerio de salud. Guía Clínica Estrabismo en menores de 9 años. Serie Guías Clínicas Minsal [revista en internet]. 2006. [consultada el 30/4/2012]; 39. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/estrabismo.pdf>
3. Chipont, E. ¿Qué es el estrabismo?. Clínica Oftalmológica Alicante [monografía en internet]. [Accesado el 20/3/2011]. Disponible en:
<http://www.fundacionsaludinfantil.org/documentos/C085.pdf>
4. Alañón F., F.J., et al. Ambliopía y Estrabismos. En Oftalmología y atención primaria [monografía en internet]. [Consultada el 30/4/2012]. Cap. XV. Disponible en:
http://www.sepeap.org/archivos/libros/OFTALMOLOGIA/Ar_1_8_44_APR_4.pdf
5. Algán, B. Conducta a seguir ante el estrabismo en la infancia. Audióptica [monografía en internet]. 1996 OCT-NOV-DIC [accesado 30/10/2011]. Disponible en:
<http://www.sepeap.org/archivos/libros/OFTALMOLOGIA/ojos/23.pdf>
6. Azañón, A. Detección temprana de estrabismo y disminución de la agudeza visual en niños de 1-4 años de edad [tesis doctoral] Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala; 2000. Disponible en:
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8233.pdf
7. Instituto Nacional de Oftalmología. Plan operativo Institucional [monografía en internet]. 2009 [accesado el 20/3/2011]. Lima: Perú.. Disponible en:
<http://www.ino.org.pe/transparencia/planeamiento/POI/POI%202009.pdf>
8. Instituto Regional de Oftalmología de Trujillo. Servicio de Estadística é Informática.
9. Hernández-Muñoz, M.T., Hernández- Ordóñez, T., De la Fuente M. A.

Detección de estrabismo y ambliopía con el uso de pruebas para estereopsis en población infantil. Rev. Mex Oftalmol [revista en internet]; noviembre-diciembre 2003 [accesado enero 2011]; 77(6): 211-216. . Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexoft/rmo-2003/rmo036b.pdf>

10. Manzanaro G. Procesos visuales que inciden en el niño en edad escolar. En: Salas Labayen, M, Coordinadora. Procesos médicos que afectan al niño en edad escolar [libro on-line]. Barcelona: Masson; 2008 Disponible en:
http://books.google.com.pe/books?id=u6LVFLYDa3QC&pg=PA1&lpg=PA1&dq=procesos+visuales+que+inciden+en+el+ni%C3%B1o+en+edad+escolar+:+Manzanaro&source=bl&ots=Lmkt5x092p&sig=NZy7acEtmu7T97N4ybV81ccvTMU&hl=es&ei=SW9STIDFOYG8lQfwqsXqBQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CAYQ6AEwAA#v=onepage&q=procesos%20visuales%20que%20inciden%20en%20el%20ni%C3%B1o%20en%20edad%20escolar%20%3A%20Manzanaro&f=falsehttp://www.medigraphic.com/pdfs/revmexoft/rmo-2003/rmo036b.pdf
11. Dmedicina.com, Enfermedades: Estrabismo [monografía en internet]. Madrid: dmedicina.com; [accesado el 23/7/2011]. Disponible en:
<http://www.dmedicina.com/enfermedades/oftalmologicas/estrabismo>
12. Servicio de Salud Colombia. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual. (monografía en internet). Citada el 23/7/2011. Disponible en:
<http://www.aludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntagudez.htm>
13. Campos, Betty: Editorial en Revista Institucional del INO – Edición N.º 2 Octubre 2012. Accesado el 26/10/2014. Disponible en:
http://issuu.com/delia21/docs/decimacorreccion_revista
14. MINSA Perú. Te veo bien. [Monografía en internet]. Ministerio de Salud de Perú. [Accesado el 26/10/2014]. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/saludocular/presentacion.htm>
15. Ministerio de Salud de Perú. Plan estratégico Nacional de salud ocular y prevención de la ceguera evitable (2014-2021). Perú: Lima, Ministerio de Salud

- de Perú; julio 2003 [accesado el 26/10/2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/PlanENSOPC-RD-6julio2013_1v.pdf?ua=1
16. Ministerio de salud del Perú. Plan Nacional Concertado de Salud. Resolución Ministerial, N.º 589-2007/MINSA; 20 julio, 2007. Disponible en:
<ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2007/RM589-2007N.pdf>
 17. Ministerio de Salud de Perú. Informe la Salud visual en el Perú. IAPBLA. Perú: IAPBLA; noviembre, 2009 [accesado el 26/10/2014]. Disponible en:
http://www.v2020la.org/images/Reporte_Peru_2007_Actualizado_Noviembre_2009.pdf
 18. Minsa Peru. Boletín epidemiológico Lima, vol. N.º 22, (del 25 al 31 de mayo de 2014). Disponible en:
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/22.pdf>
 19. Sarah R. Hatt, David A. Leske, Penny A. Kirgis, Elizabeth A. Bradley, Jonathan M. Holmes : The Effects of Strabismus on Quality of Life in Adults. Department of Ophthalmology, Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, Minnesota. November 2007; 144 (5) 643-647, [accesada el 20 /04/2011] Disponible en:
[http://www.ajo.com/article/S0002-9394\(07\)00610-1/abstract](http://www.ajo.com/article/S0002-9394(07)00610-1/abstract)
 20. Maroto S, Ferraces O, Seoane P, Gómez M, Fente S. Efectos psicológicos del estrabismo en el adulto estudio experimental. Acta Estrabológica (serie en internet); 1998 [accesada el 26/7/2010]. Disponible en:
<http://www.oftalmo.com/estrabologia/rev-98/98-17.htm>
 21. Jinling Xu, et al. The psychosocial effects of strabismus before and after surgical correction in chinese adolescents and adults. en Journal of Pediatric Ophthalmology and Strabismus May/June 2012 - Volume 49 • Issue 3: 170-175
Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=The%20psychosocial%20effects%20of%20strabismus%20before%20and%20after%20surgical%20correction%20in%20Chinese%20adolescents%20and%20adults>
 22. Burke JP, Leah CM, Davis H. Psychosocial implications of strabismus surgery

- in adults. En J Pediatr Ophthalmol Strabismus. 1997 May-Jun; 34(3): 159-64.
 Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Psychosocial%20implications%20of%20strabismus%20surgery%20in%20adults.%22%3ABurke>
23. Satterfield D Kelner JL, Morrison TL: Psychosocial aspects of strabismus study. En Arch. Ophthalmol. 1993 Aug; (111)8: 1100-5.. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=%22Psychosocial%20aspects%20of%20strabismus%3A%20Satterfield%20D%2C%20et%20al>
24. Hurtado, Elida y Arroyo M. Frecuencia de los Diferentes tipos de Estrabismo En Rev Mex Oftalmol[revista on-line]; noviembre-diciembre 2009 [accesado 16/10/2014]; 83(6):340-348. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexoft/rmo-2009/rmo096d.pdf>
25. MINSA Perú. Normas legales. Modifican documento aprobado por R.M. N.º 729-2003-SA/DM en la clasificación de los Grupos Objetivo para los Programas de Atención integral. Lima, 19 de agosto de 2009 [accesado el 3/11/2014].
 Disponible en:
http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_legales/resoluciones_ministeriales/21092009_1400_RM538-2009EP.pdf
26. Aguayo, M y Aguayo, B. Adulto Joven (20-40 años). [monografía en internet], 2012 [accesado el 20/10/2014]. Disponible en:
<http://adultojovenepsicologia.blogspot.com/>
27. Gross: Psicología de la Conducta
28. Wikipedia.com, Autoimagen [sede web]. San Francisco: wikipedia.com; 2001- [actualizada 24 de marzo de 2015; accesada el 3/11/2014]. Disponible en:
<http://es.wikipedia.org/wiki/Autoimagen>
29. Martins, J y Bicudo, V. A Pesquisa qualitativa em psicologia. São Paulo: Moraes; 1995.
30. Martins, J. Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como Poiesis. Brasil:Cortez; 1992
31. Biografiasyvidas.com. Edmund Husserl[sede web]. España:

- biografiasyvidas.com; 2004-2015 [accesado el 22/10/2012]. Disponible en:
<http://www.biografiasyvidas.com/biografia/h/husserl>
32. Sánchez, S, Granados, M. Fenomenología. Versión de archivo 2014 [monografía en internet]. Philosophica; 2014 [accesado 20/10/2014]. Disponible en:
<http://www.philosophica.info/archivo/2014/voces/fenomenologia/Fenomenologia.html>
33. Silva, N. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas S.A; 1995.
34. Burns, N y Grove, S. Investigación en enfermería. 3ª ed.. Madrid: Elsevier; 2005.
35. Hartan, Cristal: Introducción a la fenomenología. Monografía en Internet. Accesada 10/10/2014. Disponible en:
<http://literatura.about.com/od/teorialiteraria/p/La-Fenomenologia.htm>
36. Escudero, Jesús. El joven heidegger y los presupuestos metodológicos de la fenomenología hermenéutica. En Thémata. Revista de filosofía [revista on line] 2011[acceso el 12/11/2014], N.º 41. Disponible en:
<http://institucional.us.es/revistas/themata/44/15%20Escudero.pdf>
37. León Alberto. El giro hermenéutico de la fenomenología en Martín Heidegger. En Revista Latinoamericana Polis, Revista de la Universidad Bolivariana[Revista online]2009 [acceso el 28/10/2014]; 8(22), p. 267-283. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682009000100016
38. Montemayor, A. Lecciones de Historia de la Filosofía. 2ªed. Madrid: Centro de Proyección Cristiana; 1983.
39. Castillo, Edelmira. La fenomenología interpretativa como alternativa para estudiar los fenómenos humanos. En Investigación y Educación en Enfermería [Revista online], 2000 marzo. [acceso 28/10/2014]; XVIII(1).Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294002>
40. Cabarcas, Cenith. Reflexiones sobre la Práctica, Disciplina y Educación sobre el Cuidado. [monografía en internet]. Accesado el 3/11/2014. Disponible en:

[file:///D:/Usuario/Downloads/1890-2118-1-PB%20\(1\).PDF](file:///D:/Usuario/Downloads/1890-2118-1-PB%20(1).PDF)

41. La Salle University News. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. [Monografía en internet]. [accesado el 3/11/2014]. Disponible en:
http://teoriasenfilosofia.blogspot.com/2013/05/filosofia-y-teoria-del-cuidado_29.html
42. Poblete, Margarita, Valenzuela, Sandra. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm 2007 [acceso el 25/10/2014]; 20(4): 499-503. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
43. Watson, Jean. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal. Accesado el 25/10/2014. Disponible en:
<http://teoriasfilosoficasenfermeria.blogspot.com/2013/05/filosofia-y-teoria-del-cuidado.html>
44. Jean watson. Filosofía y ciencia de la Asistencia. En Modelos y Teorías de Enfermería. Tracey, J. 4ªed. Madrid: Diorki; 1999.
45. Mella O. Naturaleza y orientaciones teórico- metodológicas de la investigación cualitativa. Santiago: Editorial Primus; 1988 [acceso el 20/04/2011]. Disponible en:
http://www.aristidesvara.net/pgnWeb/metodologia/disenos/metodo_cualitativo/invencualitativa_aristidesvara.pdf
46. Muñoz G, Luz: La Investigación cualitativa en enfermería. Separatas.
47. Cáceres, M y García, R. Fuentes de Rigor en la Investigación Cualitativa. [Monografía en Internet] [acceso el 20 de abril de 2011]. Disponible desde:
<http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/revistas/index/assoc/HASH0197/ef6fd6bc.dir/doc.pdf>
48. Polit D, Hungler, J. Ética é Investigación científica. En Investigación científica en ciencias de la Salud. 6ª ed. México: Editorial Interamericana; 1994.
49. Pineda E, de Alvarado, de Canales. Consideraciones éticas en el desarrollo de investigaciones. En Metodología de la Investigación. OPS: Washington D.C.; 2008.
50. Ministerio de Educação. Deficiência visual Volumen 1.

http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/def_visual_1.pdf

51. Los sentimientos y las emociones. [monografía en internet] [acceso el 10/10/2014]. Disponible en:
<http://www.juevesfilosofico.com/los-sentimientos-y-las-emociones/>
52. Rena.edu.ve. Conducta emocional. [Monografía en internet]. Venezuela: Misisterio de Poder Popular para Educación Universitaria, Ciencia y Tecnología; 2008. Disponible en:
<http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/psicologia/Tema4.html>
53. Mateo, Lourdes. El fracaso escolar en la Educación Primaria. En revista digital para profesionales de la enseñanza [revista en internet] mayo de 2010; 8 Disponible en:
<http://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7200.pdf>
54. Rossini, Elena, Cejas S, García A. y Anemogeanis ,M. Discriminación en el aula [trabajo docente]. Escuela Normal Superior Juan Bautista Alberdi; 2011.
<http://es.scribd.com/doc/68490987/Trabajo-Docente-Discriminacion-en-El-Aula>
55. Defensoría del Pueblo. La discriminación en el Perú: problemática, normatividad y tareas pendientes. Serie Documentos defensoriales.- documento N.º 2. [accesado el 10/10/2014]. Disponible en:
<http://alertacontraelracismo.pe/wp-content/uploads/2013/02/La-discriminaci%C3%B3n-en-el-Per%C3%BA-problem%C3%A1tica-normatividad-y-tareas-pendientes.pdf>
56. Aguilera, C; Castaño, B y Pérez, B. Necesidades educativas especiales del alumnado con discapacidad visual. [Monografía en Internet]. Murcia: EOEP; Disponible en:
<http://diversidad.murciaeduca.es/orientamur/gestion/documentos/unidad13.pdf>
57. Family Connect®. Papel central del maestro de estudiantes con discapacidad visual. [Monografía en internet]. EEUU: American Foundation for the Blind. Disponible en:
<http://www.familyconnect.org/info/educacion/el-ifsp-o-iep-de-tu-hijo/papel-central-del-maestro-de-estudiantes-con-discapacidad-visual/235>

58. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la demanda y acceso a los servicios de salud en el Perú. [Revista de internet] Perú: Dirección general de Epidemiología; diciembre de 2012. Disponible en:
http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis31.pdf
59. Hirmas, M, Poffald A, Jasmen Sepúlveda, Aguilera Sanhueza, Delgado Becerra, Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Revista Panam Salud Pública [revista online]; 2013; 33(3): 223-9. Disponible en:
<file:///D:/Usuario/Downloads/09--Arti--Hirmas--223-229.pdf>
60. RPP confidencias. ¿Qué daña la autoestima? [Monografía en internet]. Confidencias; 2008 [acceso el 26/11/2012]. Disponible en:
<http://radio.rpp.com.pe/confidencias/%C2%BFque-dana-la-autoestima/>
61. Autoestima. [Monografía en internet]. [acceso el 26/11/2012]. Disponible en:
http://html.rincondelvago.com/autoestima_4.html
62. Jon, A: Un simple apodo, una marca para siempre. Agresión verbal en los colegios. [Monografía en internet]. [acceso el 14/11/2014]. Disponible en:
<http://elotroladodeloscolegios.blogspot.com/2010/11/un-simple-apodo-una-marca-para-siempre.html>
63. Elsol.com. Los apodos pueden provocar complejos y afectar la moral de los niños. En: El Sol de Santa Cruz [Periódico gratuito online de Bolivia], marzo de 2012 [acceso el 14/11/2014]. Disponible en:
http://elsol.com.bo/index.php?c=&articulo=Los-apodos-pueden-provocar-complejos-y-afectar-la-moral-de-los-ninos&cat=153&pla=3&id_articulo=32959
64. Juarez C; Sate M; y Villarreal P. Cuidados humanizados que brindan las enfermeras a los pacientes en el Servicio de Unidad de Terapia Intensiva. [Monografía online]. Córdoba; 2009. Disponible en:
Disponible en:
http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/juarez_claudia_noemi.pdf
65. Liliana Pastén I; Lobos P; y Mosqueda A. Comportamiento agresivo en varones de 10 a 12 años, pertenecientes a colegios de Valparaíso. Revista Ciencias y Enfermería [Revista online] Concepción 2011; 17(2): 97-109. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200011

66. Wikipedia.com. Estrabismo [sede web]. San Francisco: wikipedia.com; 2013[actualizada 24 de marzo de 2015]. Disponible desde:
<http://es.wikipedia.org/wiki/Estrabismo>
67. Mojon-Azzi SM, Mojón DS. Estrabismo y empleo. En Acta Ophthalmol [revista online]; noviembre de 2009, 87(7):784-8.
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=68309>
68. Kroeger Axel y Luna Ronaldo. Aspectos programáticos de la atención primaria de salud a nivel nacional e internacional. En Atención primaria de salud. 2ª ed. México: Editorial Pax; 1972.
69. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Accesada el 20/10/2014. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
70. El dar gracias a Dios
<http://www.centraldesermones.com/sermones/1120-el-dar-gracias-a-dios>
71. Chalifour J. La relación de ayuda en cuidados de enfermería. Una perspectiva holística humanista. Barcelona: SG Editores; 1994.
72. Cánovas M. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión [tesis doctoral]. Murcia. Universidad de Murcia; 2008. Disponible en:
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11073/CanovasTomas.pdf;jsessionid=882C0F144353493198EB71D23452872C.tdx2?sequence=1>
73. Esteves de Uzategui, Clara. El rescate del paciente estrábico. [Monografía en internet]. Caracas: Tres Impres; 1990. [acceso el 1/12/2012]. Disponible en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-230739>
74. Muñoz, L y Alacoque, E: La fenomenología en la Producción de conocimientos en Enfermería en OPS. Investigación cualitativa en enfermería. Serie Paltex Salud y sociedad; 2000, N.º 9.
75. Faria Simões S; de Oliveira Souza, I. O Método fenomenológico Heideggeriano como possibilidade de na pesquisa. En Revista Texto & Contexto – Enfermagem ; 1997, 6(3).N.º 3.

ANEXOS

AMAPOLA DISCURSO N.º 1

¿Qué sientes al padecer de estrabismo?

Padecer estrabismo es bastante incómodo, tienes que vivirlo para saber lo que se siente. No puedes ver las cosas así aunque estés con lentes. Tienes que estar en pleno sol para poder ver bien. Mi visión es muy corta.

Cuando estuve en el colegio no veía prácticamente nada, tenía que acercarme a la pizarra y no quería ir al colegio. Logré terminar la secundaria pero no pude seguir una profesión, porque mis ojos se irritaban y me cansaba demasiado cuando leía; no podía leer mis cuadernos ni los libros y, eso me afligía. Di mis exámenes solo de lo que el profesor explicaba, por eso prestaba más atención al profesor y me alejé de las amigas. Quise ser abogada.

Cuando era niña no recibí tratamiento a pesar de que notaron mis ojos desviados, no usé lentes porque creyeron que los niños se iban a burlar de mí o, que no los iba a usar. Mi mamá no me llevó al doctor pero, cometió un error sin saberlo, se descuidó, ¡ya pues!..

CARTUCHO DISCURSO N.º 2

¿Qué sientes al padecer de estrabismo?

Siento nostalgia cuando no puedo ver y digo ¿cómo podemos llegar a esto? Pero, con un control continuo y con un vivir tranquilo, tengo que evitar perder la visión, y así, fuera, ¡qué voy a hacer!, ¡lo dejo a Dios!

¡La vista es un órgano esencial que Dios nos ha dado!, ¿qué haríamos ciegos?, ¿quién viviría feliz sin tenerla? Nos permite ir a trabajar y caminar sin que nadie me lleve de la mano o me diga ¡Vamos!

No consideré al estrabismo como algo importante, porque desconocía sobre la enfermedad, hasta que me di cuenta que mi ojo izquierdo se desviaba. Me siento mal conmigo mismo por no haber ido al médico; cuando noté que no podía ver, tenía el estrabismo.

BEGONIA DISCURSO N.º 3

¿Qué sientes al padecer de estrabismo?

Siento tristeza de padecer estrabismo porque la gente cree que tengo retardo mental, se fijan en lo físico de otros y no se miran ellos, me considero una persona capaz, solamente padezco estrabismo.

El estrabismo me ocasiona visión borrosa y doble en todo momento, mi vista se desvía cada vez más. Con la vista izquierda no veo nada, no puedo leer por más que lo intento y, eso me da miedo. Quisiera mirar con los dos ojos pero no puedo. Tengo dolores de cabeza y me molesta.

Voy a cumplir veintitrés años y no puedo continuar estudiando. Quise terminar mis estudios secundarios pero no puedo, porque veo doble con la vista izquierda, la del estrabismo, es como si ese ojo no existiera. En el colegio me he sentido discriminada por los alumnos. ¡Pero quién los corrige! El profesor les llamaba la atención pero les daba igual.

El padecer estrabismo no me hace diferente a los demás; cuando se burlan de mí, me siento mal, triste, me deprimó bastante, me bajan la autoestima. Pero, en el fondo sé que valgo más que ellos. ¡Esto va a pasar!, ¡no voy a morir con esto!

¡Ay!... se burlan, te insultan, te ponen apodos, “ojo extraviado”, “faroles de carro”, y eso me deprime, me siento muy mal, ¡me da rabia!, ¡cólera!, ¡tengo ganas de llorar! Y digo ¡no me van a vencer!, ¡no me van a ver llorar!, ¡yo me siento igual que los demás!

Deben educar a la gente sobre el estrabismo, porque creen que tenemos retardo mental. Así me decían de niña, pero me quedaba callada o, me molestaba y me ponía a llorar; pero, ahora que tengo veintidós años, ya no me lo dicen.

JAZMÍN DISCURSO N.º 4

¿Qué sientes al padecer de estrabismo?

Me da tristeza, me siento mal, me preocupa padecer de estrabismo, porque, es una enfermedad que puede avanzar y, aunque no me han puesto apodos, se nota en las fotos y no quiero llegar al punto que mi vista se desvíe tanto.

Mis padres supieron que tenía la vista desviada y que era corta de vista pero, no me trataron por falta de medios económicos.

Antes, tenía la autoestima bien baja, comía bastante aunque esté llena, me engordé y me encerraba, no salía de casa, me sentía sola.

Padecer de estrabismo me da tristeza, por eso he venido a tratarme acá en el IRO, que hay buenos médicos.

LIRIO DISCURSO N.º 5

¿Qué sientes al padecer de estrabismo?

Cuando a mi mamá alguien le dijo que los lentes no se cambiaban y lo creyó. Por eso, año y medio me pasé con un par de lentes, no me traía a la consulta y eso me hizo mal.

Cuando el médico me atendió me indicó que cambiara los lentes. Por eso, yo recomendaría a la gente que no se deje llevar por los mitos.

Se debe educar a la gente sobre lo que siente la persona con estrabismo.

DALIA DISCURSO N.º 6

¿Qué sientes al padecer de estrabismo?

Tengo vergüenza frente a los demás y me pregunto ¿por qué estoy así?, ¿así me voy a quedar?, ¡yo quiero mejorar!

La gente se burla, me dicen “virola” y me siento mal, siento tristeza por lo que me dicen y porque los demás pueden ver y yo no. Pero, no les hago caso. ¡Ay..., que digan lo que quieran!

Vine al IRO porque quiero que me corrijan el estrabismo, quiero que me midan la vista para poder ver bien.

AMARILIS DISCURSO N.º 7

¿Qué sientes al padecer de estrabismo?

Yo creía que veía con los dos ojos; pero, cuando la doctora me examinó, me dijo que yo solo veía con un ojo, y eso me hizo sentir como un cíclope. Solo veo con el ojo izquierdo porque, con el derecho, veo borroso. Bueno, si puedo ver con un ojo, tengo que seguir adelante.

Cuando tenía catorce años y me di cuenta que tenía los ojos desviados, quise ir al oculista, pero, no tuve los medios económicos para hacerlo. Mis padres no me trajeron antes porque creían que era caro. A los diecinueve años recién, vine al médico.

A los diecinueve años, cuando me enteré que tenía estrabismo, me bajó la autoestima, pero me duró poquísimo. Me deprimí, sentía tristeza, cólera; pero, no lloraba, me sentía rara y recordaba lo que los niños me decían. Padecer estrabismo no es para deprimirse tanto. No es un dolor físico. Es algo interno que te baja la autoestima.

Los niños me insultaban y me decían “virola” o torcían los ojos y me sentía mal, sentía cólera y tristeza y me decía ¡por qué!, ¡si yo no soy así! Pero, no me deprimí, los miraba muy enojada y les gritaba que les iba a dar un cocacho para que no me fastidien. Solo recibí insultos de los niños porque, ellos te dicen las cosas de frente, son más sinceros. Pero de los adultos o personas de mi edad no.

GLADIOLO DISCURSO N.º 8

¿Qué sientes al padecer de estrabismo?

Me siento mal y disminuido porque, en la calle, algunas personas hacen que te sientas mal, te bajan la autoestima porque padeces estrabismo. Tengo vergüenza cuando estoy con jóvenes como yo, porque no soy como ellos. Se fijan en lo externo y no en la belleza espiritual que llevamos por dentro. No se dan cuenta que nadie está libre de padecerlo.

Una vez solicité trabajo en una empresa extranjera y no me entrevistaron porque tengo mis ojos desviados, me dijeron que personas así no requerían, agradecí y me retiré.

Cuando trabajé en seguridad, mis compañeros me preguntaban si veía doble. Cuando he declarado mi amor a algunas chicas, he sido rechazado; aunque, no me lo decían de frente sino con gestos, me sentía un poco mal, creo que era por mis ojos desviados. Me presenté al ejército y me declararon no apto por el estrabismo. Pero, hay que darle tiempo al tiempo, esto lo he vivido muchas veces y me he acostumbrado.

Antes no he venido al médico porque no tuve los medios económicos, no le di importancia, y mis padres se descuidaron porque son personas que viven en el campo y no conocen sobre la enfermedad.

Algunas personas comprenden y valoran por lo que estoy pasando, me aconsejan y me siento bien; también, porque la doctora me dijo que regrese para ver cuándo me operan. Por eso, agradezco a Dios que me ha dado la oportunidad y, a las personas que me están ayudando.