

SENTIMIENTOS QUE SURGEN EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LOS
SERVICIOS DE CIRUGÍA GENERAL, PLASTICA, ORTOPEDIA, MEDICINA
INTERNA E INFECTOLOGÍA DERIVADO DEL TRATO QUE RECIBEN POR
PARTE DEL PERSONAL DE SALUD QUE LO ATIENDE DEL HUHMPN EN EL
MES DE OCTUBRE DEL 2007

*YEIME TATIANA PATIÑO
MARIANA ANDREA VELA
ANDREA PAOLA ROJAS
WILMER ALBERTO PRADA
JOSÉ MARINO TRUJILLO*

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
NEIVA
2007

SENTIMIENTOS QUE SURGEN EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA GENERAL, PLASTICA, ORTOPEDIA, MEDICINA INTERNA E INFECTOLOGÍA DERIVADO DEL TRATO QUE RECIBEN POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD QUE LO ATIENDE DEL HUHMPN EN EL MES DE OCTUBRE DEL 2007

*YEIME TATIANA PATIÑO
MARIANA ANDREA VELA
ANDREA PAOLA ROJAS
WILMER ALBERTO PRADA
JOSÉ MARINO TRUJILLO*

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de
ENFERMERA

Asesora

CLAUDIA ANDREA RAMIREZ
Docente del Programa de Enfermería

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA

NEIVA

2007

NOTA DE ACEPTACIÓN

FIRMA DEL PRESIDENTE DEL
JURADO

FIRMA DE ASESORA

Neiva, diciembre del 2007

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, quien nos iluminó en todo momento y nos dio fuerza, entereza, voluntad y salud para seguir adelante con este trabajo.

A nuestras familias, en especial a nuestras madres y padres Luis Álvaro, Aurora, Roque, Gloria, Maria Elsa, Alberto, Gladis, Mayeline y Marino quienes nos regalan y brindan apoyo y su amor diariamente para seguir adelante inculcándonos la lucha constante; a nuestro hijo Tomás, a nuestras parejas Pablo, Lorena y demás familiares, amigos leales de los que siempre tuvimos apoyo, compañeros y profesores de nuestra facultad.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a

A todas las personas que nos brindaron sus valiosos aportes, desinteresada colaboración, lo cual hizo posible la realización de esta investigación.

A nuestra asesora Claudia Andrea Ramírez, por su gran apoyo, consejos, dedicación y colaboración constante para la realización de este proyecto.

A Julio Roberto Jaimes, la profesora Nancy Cerón y la jefe Verónica Otalora por sus recomendaciones y colaboración en la validación del instrumento de recolección de la información y correcciones en la estructuración de la investigación.

A Ludgerio Aroca, coordinador de la sala de Internet de la facultad de salud, por facilitarnos el uso de esta.

A todos los usuarios de los servicios de Cirugía General, Cirugía Plástica, Ortopedia, Medicina Interna e Infectología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva por brindarnos su tiempo y colaboración para el desarrollo y realización de esta investigación.

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1 DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA	14
1.2. JUSTIFICACIÓN	18
2. OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO GENERAL	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3. REFERENTE CONCEPTUAL	23
3.1 LO PARTICULAR DEL SERVICIO DE SALUD	23
3.2 CUIDAR, MÁS QUE ATENDER	24
3.2.1 El segundo significado de cuidar: la respuesta emocional al paciente	25
3.3 LA IMPORTANCIA DE LO INTERPERSONAL	26
3.3.1 El vinculo interpersonal	27
3.3.2 La motivación	28

	pág.
3.4 COMUNICACIÓN	29
3.4.1 Recibir información adecuada y pertinente	31
3.5 RESPETO POR LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE	32
3.6 PROCURARLE UN ENTORNO DE CONFIANZA, DE COMODIDAD Y DE ESPERANZA	33
3.7 ATENCIÓN PRONTA U OPORTUNA	33
3.8 ATENDER AL PACIENTE EN IGUALDAD DE CONDICIONES	33
3.9 DIGNIDAD	33
4. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	35
4.1 TRATO ADECUADO	35
4.2 SENTIMIENTOS	36
5. DISEÑO METODOLÓGICO	39
5.1. ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO	39
5.2. UNIDAD POBLACIONAL DE ANÁLISIS Y UNIDAD DE TRABAJO	39
5.3. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS	40
5.4 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	40

	pág.
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
7.1 CATEGORÍAS IDENTIFICADAS EN LAS ENTREVISTAS	43
7.2 EL TRATO QUE RECIBE EL USUARIO	44
7.2.1 El Papel De La Enfermera Se Basa Principalmente En La Administración	45
7.2.2 Comunicación Distante	46
7.2.3 Resignación Y Conformidad Con Que Sean Los Profesionales Quienes Tomen Las Decisiones	47
7.2.4 Percepción Cambiante Del Trato Según El Profesional	47
7.2.5 Las Instalaciones Parecen Adecuadas	48
7.2.6 Respeto Hacia La Intimidad Del Usuario	49
7.3 SENTIMIENTOS EXPRESADOS	50
7.3.1 La Hospitalización Una Experiencia Hacia El Cambio	51
8. CONCLUSIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	55
ANEXOS	59

TABLA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. GUÌA DE ENTREVISTA	60
ANEXO B. CONSENTIMIENTO INFORMADO	62

RESUMEN

La importancia de las relaciones interpersonales que se establecen entre el personal de salud y la persona hospitalizada, llevó a indagar sobre los sentimientos que surgen ante el trato que establece el personal cuidador con el sujeto de cuidados, dado que estos pueden influir de manera significativa en la vida y la experiencia de las personas así como en su proceso de recuperación.

Fundamento: Conocer los sentimientos que surgen en el paciente hospitalizado derivado del trato que recibe por parte del personal de salud que lo atiende como son médicos, enfermeras y auxiliares, susceptible de ser evaluado a través de un cuestionario.

Sujetos y método: Personas mayores ubicadas en edad de 18 a 50 años, que cumplieran con todos los criterios de inclusión. Estudio cualitativo fenomenológico, exploratorio y transversal de entrevista semiestructurada.

Resultados: Los usuarios desean ser mejor informados, más escuchados, y quisieran que el médico quien se dedica a tratar la parte enferma y la enfermera quien se dedica a cumplir con las exigencias administrativas de la institución, fuesen más cercanos afectiva y emocionalmente.

Palabras clave: trato recibido, sentimientos, usuario, personal de salud, relaciones interpersonales, hospital.

ABSTRACT

The importance of interpersonal relationships which exist between health personnel and the person hospitalized, led to inquire about the feelings that arose before the deal that provides staff with the subject attendant care, as these can significantly influence the life and the experience of people and in their recovery process.

Rationale: To know the feelings that arise in the patient derived from the treatment he receives from the health personnel who are serving as doctors, nurses and assistants, capable of being assessed by a questionnaire dare.

Subjects and Methods: Elderly located in age from 18 to 50 years, that met all the criteria for inclusion. Phenomenological Study qualitative, exploratory and cross semi-structured interview.

Result: Users want to be better informed, more heard, and would like to see the doctor who is dedicated to treating the sick and the nurse who is devoted to complying with the administrative requirements of the institution, were closest emotional and emotionally.

Keywords: treatment, feelings, user, personal health, interpersonal relationships, hospital.

INTRODUCCION

Las profesiones del arte de curar, son sin duda una de las actividades del hombre que más ennoblecen al ser humano. Quienes las desempeñan, dan de sí su sacrificio, su bondad, su capacidad, su responsabilidad y su amor fraternal en favor del enfermo. La ley 911 de 2004 en su artículo 1º enuncia que el respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinción de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores que deben primar en el trato que se le brinda a una persona enferma, sin dejar de lado la importancia de los sentimientos y el acercamiento afectivo que debe existir entre los profesionales y técnicos que ofrecen servicios de cuidar¹.

El trato que reciben los usuarios de un servicio de salud, actualmente está siendo muy cuestionado dado la cantidad de quejas e inconformidad que se expone en los medios de comunicación, lo cual preocupa en gran forma a los futuros profesionales del área de la salud, quienes ante la problemática sienten la necesidad de indagar de una forma más personal y directa con los usuarios para establecer la realidad que los acecha en el entorno más próximo, por ello este estudio estaba dirigido a conocer lo que vive y siente la persona enferma ante el trato que le brindan .

Este estudio hace énfasis en los sentimientos que surgen en el usuario hospitalizado derivado del trato que recibe por parte del personal de salud, por ser de gran importancia a nivel regional, dada su novedad lo cual es necesario

¹ Artículo 1, Ley 911 de octubre 5 del 2004

conocer para determinar cómo mejorar o que aspectos fortalecer a la hora de brindar cuidado.

El trabajo fue estructurado estableciendo inicialmente como es el trato adecuado que debe recibir un usuario hospitalizado, dando a conocer las características principales de éste en la relación interpersonal y la manera en que influye en la respuesta emocional de la persona enferma los cuidados que se le presten, ello según entre otros autores como Bowen quien propone dos sentidos diferentes de cuidar, Watson quien considera el cuidar como un valor fundamental y como un encuentro total y McCance quien identificó cuatro atributos fundamentales al cuidar. Finalmente se establecen unas categorías de análisis basadas en el trato y los sentimientos que se hallaron en las entrevistas.

El propósito de este estudio cualitativo fenomenológico fue conocer los sentimientos que surgen en el usuario hospitalizado según el trato que ha recibido por parte del personal de salud, para favorecer el conocimiento de los profesionales sobre cómo están brindando el trato según la percepción del paciente y poder buscar cambios a nivel institucional y personal que favorezca la relación interpersonal que debería primar en toda relación terapéutica; además se pretende generar una puerta abierta a otras investigaciones científicas, que trasciendan en la generación de nuevas teorías o conocimientos que enriquezcan el papel de los profesionales de la salud en la atención de los pacientes.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCION Y FORMULACION DEL PROBLEMA

“El paciente tiene derecho a que el personal que le brinde atención en salud, se identifique y le otorgue un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de genero, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento y que se haga extensivo a los familiares y acompañantes”².

Las personas deben cumplir normalmente con numerosas tareas y compromisos en las distintas etapas de la vida, colegio, trabajo, familia, etc., que aseguren su desarrollo y desenvolvimiento normal en la sociedad; sin embargo esto puede verse alterado por la condición de enfermedad y más aún cuando es necesario el ingreso a un hospital. Esta situación hace al individuo vulnerable a variados estímulos, condiciones e interrelaciones que se desarrollan en este medio en el que adopta o pasa a ser incluido en el "status de paciente"³. En efecto, el paciente se enfrenta a un medio con estímulos y situaciones diversas que no solamente alteran la satisfacción de necesidades de orden elemental o biológicas, como pueden ser el dormir o el alimentarse, sino también aquéllas de orden superior, especialmente las que comprometen su esfera psico-afectiva.

El paciente hospitalizado no solamente ve afectado el aspecto económico, el funcionamiento familiar y las responsabilidades previamente adquiridas, sino que

² GAUDERER, E. C. (1995). Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência. 5ª ed. Rio de Janeiro: Record

³ MARTÍNEZ, A. (1997). El profesional de enfermería en su entorno de trabajo. Humanización de la asistencia. En Manual de ética y legislación en enfermería (pp. 171-176). Madrid: Mosby/Doyma

también se producen cambios emocionales intensos que requieren de reajustes.⁴ Estos cambios, repercuten además en las necesidades de seguridad y de pertenencia que se encuentran afectadas en el individuo aquejado por alguna enfermedad. Esta alteración que sufre toda persona enferma se acentúa especialmente cuando el individuo requiere ser internado en un establecimiento de salud, ya que la separación del ambiente familiar, conocido y estable, por otro ambiente extraño, con una serie de reglamentación interna, relación con múltiples personas y a veces falta de privacidad, potencia los sentimientos de inferioridad y reducción que pueden surgir en las personas.⁵ La persona enferma erradicada de su territorio vital a otro generalmente desconocido pierde en alguna medida la imagen de sí, aparecen sentimientos de culpa y vergüenza, que aumentan con el tratamiento despersonalizado de los procesos diagnósticos, terapéuticos y asistenciales a los que se ve sometido durante su hospitalización.⁶

El hospital, además de ofrecer atención a los pacientes, se constituye entonces en un sistema social complejo y delicado, en el cual la presencia de multiplicidad de personas con distintos roles, tales como médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería conforman una red interactiva que induce a desarrollar o modificar actitudes⁷ que llevan a hechos generadores de estrés y conflictos como la vulneración de los derechos de los pacientes, los que, inadvertidamente y en alguna medida, forma parte de la cotidianidad en la atención de salud, reconocida como asimétrica y jerárquica entre cuidadores y pacientes de hospitales, especialmente en los establecimientos prestadores de salud públicos y privados⁸.

⁴ JIMÉNEZ, P. (2000). Cuidados de la autoestima del paciente hospitalizado. *Revista Sociedad de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 2, 71-78.

⁵ MORO, A. (1999). El enfermo. En: G. Comolli y I. Montecelli (Comp.), *Manuale di Pastorale Sanitaria*. Roma: Camilliane, pp. 211-212.

⁶ *Ibid.*, p. 214

⁷ VALENZUELA, S. (1995). Factores que influyen en la actitud de los estudiantes de enfermería hacia el cuidado de pacientes durante sus experiencias clínicas médico-quirúrgica. Tesis para optar al grado de Magister en Enfermería, Departamento de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile

⁸ ROCHA, W., ROCHTI, W. y BELLATO, R. (2000). En: Proyecto de un estudio diagnóstico das condições de atendimento aos direitos a pessoa internada em um serviço público hospitalar na cidade de Cuiaba-MG. Brazil

Estos hechos pueden convertir al paciente en objeto de actos no adecuados, debido a una atención despersonalizada, en la que impera la enfermedad y la técnica, y no el paciente como sujeto principal de la atención. Las profesiones del área de la salud que aspiran el bienestar del individuo, deben otorgar una atención basada en la dignidad de cada persona que se encuentre hospitalizada. Entonces la hospitalización puede tener una condición de vulnerabilidad aportada por la enfermedad, que puede ser la causa de la pérdida del sentido del control físico y/o psicológico y por el significado de someterse a un ambiente complejo y muchas veces desconocido.

Otro aspecto que pareciera ser inherente a la hospitalización es la falta de intimidad, definida como toda aquella realidad oculta, relativa a un sujeto o grupo determinado que merece reserva⁹; ésta se ve de alguna manera vulnerada en el paciente hospitalizado, ya que pareciera ser más importante el órgano afectado que la persona enferma, olvidando el respeto a la desnudez y el pudor del otro¹⁰. La falta de respeto a la privacidad se manifiesta desde la invasión no sólo a espacio territorial reducido, sino también al ser examinado en la cama del hospital por innumerables personas a las que generalmente desconoce y respondiendo variadas preguntas relativas a su historia de vida personal, muchas veces sin una explicación previa del porqué son necesarios estos procedimientos y estas respuestas. Esto se ha ido presentando en la medida en que la enfermedad monopoliza la atención e inconscientemente se olvida la naturaleza humana de la atención de salud¹¹ tornándose ésta en algunas ocasiones fría e impersonal, lo que puede violentar la relación amistosa y de confianza, pasando más bien a un vínculo despersonalizado.

⁹ VACAREZZA, R. (2000). De los derechos del paciente. *Revista Médica de Chile*, 128, 1.380-1.384.

¹⁰ RODRÍGUEZ, C. (1999). Calidad de la atención en salud y Ley 100 de seguridad social. En: *Bioética y Justicia Sanitaria*. Colombia: El Bosque, pp. 147-182.

¹¹ ICETA, M. (1996). Bioética ¿para qué? *Revista Bioética y Ciencias de la Salud*, 2 (2), 39-34

Estas situaciones anteriormente planteadas por los autores podrían no ser ajenas a este campo laboral, donde en ocasiones se escucharon experiencias negativas que fueron comentadas por los pacientes de manera reservada a sus amigos, familiares o estudiantes de enfermería de la Universidad Surcolombiana que realizan su práctica clínica en el Hospital, quienes mostraron interés en estudiar a fondo todo lo concerniente a los sentimientos que surgen de acuerdo al trato que recibe por parte del personal de salud profesional o auxiliar, con el fin de describir y analizar las características negativas o positivas más comunes entre la relación usuario - personal de salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario plantear el siguiente cuestionamiento investigativo:

¿Qué sentimientos surgen en los usuarios hospitalizados con respecto al trato que reciben por parte del personal de salud, en los servicios de cirugía general, plástica, ortopedia, medicina interna e infectología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva en el mes de octubre del año 2007?

1.2. JUSTIFICACIÓN

Las profesiones del arte de curar, son sin duda una de las actividades del hombre que más ennoblecen al ser humano. Quienes las desempeñan, dan de sí su sacrificio, su bondad, su capacidad, su responsabilidad y su amor fraternal en favor del enfermo. La ley 911 de 2004 en su artículo 1º enuncia que el respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinción de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería; de este modo, los derechos de los pacientes se transforman en deberes u obligaciones que conciernen, primariamente, a los integrantes del Equipo de Salud¹².

Los estudios realizados sobre los derechos de los pacientes, especialmente aquellos sobre el trato que se debe brindar por parte del personal de salud, son relativamente recientes y las publicaciones escasas; se evidencia de esta forma la necesidad de emprender nuevas investigaciones que generen una visión sobre cuales son los sentimientos que genera el trato brindado al usuario hospitalizado, como prioridades para brindar una atención en salud con calidad humana.

A nivel nacional se encontraron pocos estudios relacionados con el tema a investigar, lo cual evidencia la necesidad e importancia de brindar información accesible sobre las posibles falencias en el trato brindado, para que sea un soporte de mejoramiento de la atención brindada por el personal de salud, y de esta manera contribuir a mejorar las condiciones de bienestar del paciente hospitalizado.

¹² www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf

Rivera Álvarez, y Triana, 2005¹³, desarrollaron un estudio descriptivo exploratorio con abordaje cuantitativo cuyo objetivo del estudio fue describir la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado brindados por el personal de enfermería a la persona hospitalizada y a sus cuidadores familiares en la Clínica Country en Bogotá, cuyos resultados mostraron que el 86.7% de las personas hospitalizadas en la Clínica del Country siempre percibieron un cuidado humanizado de enfermería.

Ariza Olarte¹⁴ realizó otro estudio en el Hospital Universitario de San Ignacio de Bogotá cuyo objetivo fue determinar el grado de satisfacción con el cuidado de enfermería en los pacientes con patologías crónicas de origen cardiovascular hospitalizados en el servicio de medicina interna de dicho Hospital; Para medir el grado de satisfacción con el cuidado de enfermería se utilizó la escala CARE/SAT modificada, basada en la clasificación Q (alto, medio, bajo), siendo lo más sobresaliente que los pacientes refirieron estar satisfechos en un grado alto con el desempeño de enfermería, ya que consideraron que la enfermera tiene apariencia profesional, es organizada y conoce la forma correcta de administrar los medicamentos y el tratamiento, así como de manejar equipos necesarios para su cuidado.

Se hallaron dos estudios en el ámbito latinoamericano donde se tratan aspectos relacionados con los cuidados del paciente; sin embargo hay que tener presente las diferencias socioeconómicas y culturales de esos países en relación con el nuestro.

Vieira Soares y Lerch Lunardi, 2003¹⁵, desarrollaron una práctica educativa con el objetivo de cuestionar los derechos del cliente, junto a un grupo de enfermeros

¹³ www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf

¹⁴ Claudia Ariza Olarte, Enfermera Cardióloga. Hospital Universitario de San Ignacio, julio-agosto del 2001, Satisfacción del Cuidado de Enfermería en el Paciente Cardíaco, disponible en [/www.medwave.cl/enfermeria/Mar2004/1.act](http://www.medwave.cl/enfermeria/Mar2004/1.act)

¹⁵ VIEIRA SOARES, Narciso y LERCH LUNARDI, Valéria. La Problematicación De Los Derechos Del Cliente Enlazados Con La Problematicación De Los Derechos De Los Profesionales De Enfermería. . Cienc. enferm.. [online]. jun. 2003, vol.9,

de una institución hospitalaria en Brazil, problematizando el asunto de los derechos de los pacientes y permitiendo verificar como ellos perciben y están enfrentando en su cotidianidad las situaciones de falta de respeto hacia los derechos del paciente y como perciben y están enfrentando las situaciones de irrespeto a sus propios derechos como trabajadores de la salud.

Burgos Moreno y Paravic klijn, 2003¹⁶, llevaron acabo un Estudio de tipo descriptivo, comparativo y correlacional, cuyo objetivo general fue conocer la percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público en Chile. La muestra estuvo conformada por 174 pacientes, 70 del servicio de medicina y 104 de cirugía. Algunos de los resultados fueron: un 35,7% de los pacientes de Medicina y un 42,3 % de los pacientes de Cirugía perciben violencia durante la atención hospitalaria. Estas percepciones de violencia corresponden a los pacientes más jóvenes con mayor nivel educacional y que evalúan mal la atención recibida. Las conductas violentas se presentaron con mayor frecuencia durante los turnos de noche, entre las que se destacaron la "falta de atención" y el "trato frío" de parte del personal de salud. Los usuarios identificaron que el estrés por exceso de trabajo de los funcionarios de la salud constituye el factor predisponente más importante de conductas violentas.

Por las razones mencionadas, es parte del quehacer tanto del personal profesional, entiéndase por médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, cuestionarse sobre los sentimientos que surgen del trato que se le brinda a los pacientes, en aras de mejorar la atención humana de los cuidados brindados para

no.1 [citado 03 Mayo 2006], p.65-76. Disponible en la World Wide Web:<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553.

¹⁶ BURGOS MORENO, MÓNICA e PARAVIC KLIJN, TATIANA. VIOLENCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES. *Cienc. enferm.*. [online]. jun. 2003, vol.9, no.1 [citado 02 Maio 2006], p.9-14. Disponible en World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000100002&lng=pt&nrm=iso>.

fortalecer y mejorar la situación de salud del paciente y no de empeorarla por falta de ética profesional.

En el estudio se contó con la participación de los pacientes hospitalizados en los distintos servicios, de cirugía general, plástica, ortopedia, medicina interna, e infectología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva en el mes de octubre del 2007, por ser este de gran importancia no solo para el departamento del Huila, sino para la región surcolombiana; existía la motivación y el interés de los estudiantes de enfermería en el problema de investigación que se planteó y siendo de suma importancia tanto para el fortalecimiento de la profesión como para el bienestar de los pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los sentimientos que surgen en el paciente hospitalizado derivados del trato que recibe por parte del personal de salud médico, enfermera, auxiliar de enfermería en los servicios de cirugía plástica, ortopedia, medicina interna e infectología del HUHMP, en el mes octubre del 2007.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer los sentimientos que surgen en el usuario durante su estancia hospitalaria.
- Determinar por medio de la experiencia del paciente en su hospitalización, el trato que reciben por parte del personal de salud médico y de enfermería.
- Determinar cómo el paciente expresa o manifiesta los sentimientos ante situaciones positivas o negativas del trato que le brinda el personal de salud.

3. REFERENTE CONCEPTUAL

La mayoría de personas que acude a un hospital o a cualquier servicio sanitario, lo hace con la expectativa de ser atendido por un profesional de la salud. Pero desde que el usuario traspasa la puerta de la entidad hasta el momento en el que se encuentra con el profesional cuya ayuda ha solicitado, habrá cumplido una serie de trámites y habrá tenido igualmente un número de encuentros con funcionarios de la entidad; lo anterior lleva a las diferentes perspectivas, sean positivas o negativas, que los usuarios tienen sobre la prestación de dichos servicios.

Estas relaciones ocurren entre sujetos que ven el mundo desde diversos puntos de vista y que tienen motivaciones distintas respecto a la prestación misma del servicio. Además son relaciones desiguales, porque la condición de enfermo de quien demanda el servicio, genera dependencia respecto de quien lo presta, por eso las relaciones interpersonales en los servicios de salud no solo son difíciles sino pueden ser conflictivas.

Lograr relaciones de calidad entre usuarios y personal de salud, depende del ejercicio de la beneficencia, el respeto, la autonomía y la justicia en la prestación de estos servicios.

3.1 LO PARTICULAR DEL SERVICIO DE SALUD

Desde el punto de vista jurídico-institucional, la salud es un servicio público, constituye en un derecho según el artículo 9 de la constitución Política de Colombia¹⁷ y está coordinado y controlado por el estado. Desde el punto de vista de su objeto, un servicio es la acción o conjunto de acciones que buscan

¹⁷ REPÚBLICA DE COLOMBIA. 1991. Constitución Política de Colombia 1991. Santafé de Bogotá, Ediciones J.R. Bernal

satisfacer necesidades específicas de individuos o poblaciones. Todo servicio supone unos recursos, unas destrezas y una organización especial que permiten resolver de la mejor manera la necesidad que lo motiva, y por ende, el servicio de salud resuelve una necesidad vital. Dada la necesidad específica que busca satisfacer, el servicio de salud es el conjunto de acciones encaminadas a atender la enfermedad o a prevenirla; y dentro de los objetivos específicos del personal de salud y los servicios que se prestan, está el promover, preservar o recuperar eso que denominamos salud que empieza a perderse desde el momento en que la persona percibe algún cambio en su manera habitual de sentirse en el mundo, es decir de vivir. Tal alteración puede ser indescifrable para otros, pero quien la sufre, siempre sabe como afecta su interacción con el entorno, sus realizaciones y proyectos.

Se piensa con razón que sin salud es imposible vivir. En este sentido la necesidad que motiva la demanda de atención a la salud y define la naturaleza de este servicio, concierne a la vida misma y sus posibilidades de realización. Ello plantea una primera particularidad del proceso, que es una necesidad vital del ser humano.

3.2 CUIDAR, MÁS QUE ATENDER

El servicio de salud va más allá de la resolución de una demanda de atención y apunta hacia el cuidado. Ésta es otra de sus particularidades. Cuando esta en juego la vida de personas *cuidar* significa, asumir la condición de vulnerabilidad del enfermo y de quienes lo rodean con afecto, para buscar las mejores opciones que conducen a la solución de su problema de salud. Contribuyen a disminuir este estado factores como la comodidad del enfermo y sus acompañantes, la disminución o supresión del dolor, la claridad, oportunidad y calidad de la

información brindada y sobretodo el trato dado por el personal de salud que está a cargo de su cuidado¹⁸.

El cuidar es un amplio concepto que podría incluir un conjunto de comportamientos basados en el interés, la compasión, la preocupación, el cariño, el afecto, el compromiso con la persona, el ser cuidadoso y estar atento a los detalles, el responder con sensibilidad a la situación en la que se encuentra el otro, el escucharle, y otras características aún por identificar¹⁹.

La palabra cuidado ha estado como eje central en la bibliografía de enfermería durante muchos años, según Bowen, 1997²⁰, se utiliza en dos sentidos diferentes entre sí pero que a la vez están relacionados: (1) cuidar a alguien o proporcionar cuidados y (2) preocuparse / interesarse por. La primera definición significa realizar actividades para otras personas y con otras personas que se cree que son beneficiosas para ellas. La mayoría de las personas piensa en esto cuando dicen cuidados de enfermería. Estos suelen implicar a dos personas cuya conexión está determinada principalmente por la responsabilidad que tiene una de ellas de dar respuesta a la otra y de satisfacer sus necesidades.

A diferencia de las relaciones entre familiares o amigos, este tipo de relación se da normalmente entre personas desconocidas, que a menudo no comparten su historia, y tienen lugar en un contexto de normas y deberes profesionales

3.2.1 El segundo significado de cuidar: la respuesta emocional al paciente.

El segundo significado de cuidar, referido a la dimensión bio-psicosocial, refleja como una persona piensa sobre otra como se siente comprometida con ella y le responde. Entonces, se puede decir en términos generales que éste cuidar es una

¹⁸ Davis, Anne J., Universidad de California, San Francisco. El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionarnos. Disponible en [212.9.72.18/uploads/BO/Noticia/Documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELLÀ_DEF.PDF](https://www.researchgate.net/publication/31297218/uploads/BO/Noticia/Documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELLÀ_DEF.PDF)

¹⁹ *Ibid* pagina 22

²⁰ Bowen P, 1997, *Caring: gender-sensitive ethics*. Routledge, Londres

respuesta emocional que conlleva una preocupación por el otro, y da importancia a la relación, al afecto, a la franqueza, al respeto y a la atención a las necesidades de la persona a la que se cuida. Esto no tiene nada que ver con las diferentes tareas atribuidas a las enfermeras sino con su actitud frente a la otra persona, la que recibe sus cuidados, y con su compromiso con esa otra persona.

Watson, 2004²¹, considera el cuidar como un valor fundamental en la enfermería y a la relación ideal de cuidar enfermera-paciente como un encuentro total. Esta relación debería ser profunda, significativa e íntima, parecida a la que el filósofo Martín Buber, 1970, denomina relación yo-tu, opuesta a la relación yo-ello en la que la otra persona resulta ser un objeto de atención o un “ello” más que una persona.

McCance, 1997²², una serie de autoras llevaron a cabo un análisis de contenidos sobre el cuidar e identificaron cuatro atributos fundamentales: (1) atención formal, (2) preocupación, (3) proporcionar, (4) llegar a conocer al paciente.

También descubrieron que el tiempo de dedicación, el respeto por las personas y la voluntad de cuidar, se identificaban como antecedentes del cuidar; pero ante todo esto hay que tener en cuenta que, atender y cuidar bien no significa necesariamente ser dulce con el paciente o hacérselo todo, sino también ayudarles a retomar el control de sí mismo o la autonomía en el menor tiempo posible. Es más bien un respeto hacia ellos por lo que son y por los objetivos que ellos y sus familias tienen de cara a su recuperación y su bienestar.

3.3 LA IMPORTANCIA DE LO INTERPERSONAL

El encuentro personal entre usuario y la relación diagnóstico-terapéutica que le sigue, son rigurosamente imprescindibles para que el equipo de salud realice su objeto. En este marco, la calidad de las relaciones interpersonales que suceden

²¹ REEVE, Jhonmarshall, Motivación y Emoción, 3ª ed, 2003, mc graw hill, Mexico. Pag,n 442-471

²² Ibid pag 15.

en el proceso de demanda - atención, es componente esencial en la realización del derecho a la salud.

Es política institucional sobre las relaciones interpersonales en el servicio de salud, que se manifiesta como la actividad y postura de cada prestatario de dicho servicio hacia cada usuario, sin olvidar que a este se le debe responder como persona, como enfermo, como ciudadano y como usuario de un servicio.

Acoger a la persona significa poner en práctica el principio de la reciprocidad, esto es, que cada personal le brinda el trato que el o ella esperaría recibir si estuviera en el mismo caso.

Acoger al ciudadano significa reconocer y contribuir eficazmente a que realice su derecho de recibir atención, sin hacer distinciones de clase, ocupación, género o creencias.

Acoger al enfermo significa que se reconoce su condición de vulnerabilidad, se intenta dar respuesta a las expectativas, angustias e incertidumbres que tal condición genera y se muestra la disposición de brindarle el máximo de beneficio, significa disposición de servirlo de manera eficiente y oportuna, en retribución a la relación contractual establecida de manera directa o indirecta para recibir el servicio que solicita²³.

3.3.1 El vínculo interpersonal. El encuentro personal entre el enfermo y el profesional de la salud que responde a la demanda de atención, es el momento culminante en la prestación de este servicio público, pues solo entonces se empieza a realizar su objeto: la atención y cuidado de la salud.

²³ www.educaweb.com/EducaNews/Interface/asp/web/NoticiasMostrar.asp?NoticialD=2592

El encuentro entre el enfermo y el profesional de la salud ésta condicionado principalmente por la *motivación* que acompaña a cada uno, la calidad de la *comunicación* que se entabla entre ellos, la *confianza* hacia el profesional de la salud y la suficiencia *técnica* y *buena voluntad* de este último. Tales elementos interactúan y conforman una compleja trama de percepciones, respuestas, decisiones y posibilidades que dan especificidad al proceso diagnóstico y terapéutico, así como a la calidad del vínculo que se establece entre el enfermo y el profesional de salud.

Por lo tanto, el trato digno a los pacientes va más allá de un simple saludo ya que incluye diversos aspectos en la relación personal de salud - paciente. Pueden identificarse algunos subelementos en la conformación del trato digno tales como brindar información adecuada, identificarse con el paciente, procurarle un entorno de confianza, de comodidad y de esperanza, tratarle con paciencia, constancia, tolerancia y prudencia, atenderlo en igualdad de circunstancias con independencia de su origen, color de su piel, edad, sexo, situación económica, posición social, preferencia sexual, religión, estado de aseo, olor o patología. En fin, es mostrarnos respetuosos hacia sus derechos y acompañarle durante la evolución de su enfermedad y/o recuperación²⁴.

3.3.2 La motivación. Los motivos del enfermo tienen que ver con las razones que lo mueven a buscar la atención médica y con su particular manera de asumir los síntomas de malestar. El deseo de lograr la salud, la necesidad del diagnóstico, la búsqueda de refugio en la enfermedad o en el apoyo de un profesional, la exploración preventiva o la simulación interesada de una dolencia, son motivos típicos por los que las personas buscan una atención. Las reacciones al sentimiento de enfermedad son de tipo afectivo (rabia, aceptación, depresión,

²⁴ Boshniakov D. Relaciones entre el médico y el paciente de las condiciones del crecimiento del nivel cultural general e higiénica de la población. En: Ética y deontología. URSS:Uneshalargizdat; 1988.109-22.

miedo), de tipo interpretativo (se da una explicación mágica religiosa o científica a la enfermedad) o de tipo operativo (el enfermo comunica su estado o lo mantiene en silencio, se automedica, busca ayuda profesional, etc.).

Tales respuestas dependen de condiciones histórico - culturales, económicas e individuales. Así es diferente la respuesta al hecho de sentirse enfermo del hombre de la ciudad y del hombre del campo; de la ejecutiva de una corporación financiera y de la vendedora callejera, etc.

La sensación de estar enfermo comienza con la percepción del síntoma. A partir de este las personas se plantean dos preguntas que me pasa y porque me pasa la respuesta esta siempre enmarcada por la manera como la persona representa el mundo que le rodea, las ideas que tiene sobre su cuerpo y como funciona y lo que ha aprendido a través de los medios masivos de comunicación, de su formación académica y de su propia historia individual o familiar.

3.4 COMUNICACIÓN

En el encuentro entre el enfermo y el profesional de la salud, la comunicación encuentra diferentes cauces: la mirada, la palabra, el silencio, el contacto físico... y a través de ellos, uno y otro no solo se comunican entre si, también fundamentan su vinculación.

La mirada del enfermo: Esta expresa los sentimientos ante su problema o ante la situación misma. En esta mirada se puede encontrar apertura hacia la ayuda que se le brinda o franca desconfianza, solicitud, exigencia o reto.

Mediante la mirada del enfermo, el profesional de la salud explora y percibe las alteraciones o expresiones del cuerpo de aquel. Al mismo tiempo puede y debe brindarle un ámbito de refugio, seguridad y en la medida que sea posible o

deseable de consuelo. En el acto del profesional, la comunicación visual esta acompañada por la comunicación auditiva y verbal, donde la palabra asume la función central y organizadora del dialogo entre el enfermo y éste. El enfermo habla al profesional de la salud de sí mismo: de cuanto a su mundo, su cuerpo y su intimidad parezca tener relación con el problema de salud. El otro en cambio no habla ni debe hablar de sí mismo. Habla a otro y de la realidad de otro, incita su relato, lo interroga orienta su discurso hacia aspectos que considera relevantes, sugiere, ordena...

Y como en toda conversación humana, en ésta también se presentan los silencios que sirven para organizar las palabras o silencios cargados de significación. Junto a estas formas positivas, el silencio del enfermo puede adoptar formas negativas: el silencio de no saber que decir, que obedece a la incapacidad de expresar verbalmente vivencias y sensaciones; o el silencio de no querer decir, motivado por el pudor o la desconfianza. En tales posibilidades deberá pensar el profesional para asegurar una verdadera comunicación con el enfermo.

La incomprensión también es frecuente cuando el profesional utiliza la jerga técnica en el diálogo con personas que carecen de formación. Otro hecho que genera incomunicación es la arrogancia del profesional de la salud frente al saber, el creer y el querer de su interlocutor. Descalificar los conocimientos, creencias y aptitudes de otros, por considerarlos torpes o ignorantes, es en sí una aptitud torpe irrespetuosa que se opone a los principios que rigen la práctica en salud.

Lo anteriormente planteado nos lleva a concluir que independientemente del tipo de trato que reciba el paciente, así mismo será la evolución positiva o negativa de la enfermedad.

3.4.1 Recibir información adecuada y pertinente. Es el derecho de los usuarios a resolver todas sus dudas, recibiendo información suficiente, de calidad y oportuna sobre su padecimiento y las diferentes opciones de tratamiento.

Para ello es necesario tener en cuenta las siguientes pautas de la comunicación:

Escucha Activa: la escucha es una de las habilidades más útiles que tienen las personas para ayudarse. Escuchar no solo consiste en captar y comprender las palabras que se dicen, si no prestar atención a los sentimientos, por lo tanto, es un comportamiento activo.

Empatizar: hay que dar señales de que uno se pone en el lugar del enfermo y se comprenden sus sentimientos. Aunque a veces el paciente se muestre agresivo, irritado, nervioso o se encierre en sí mismo. Detrás del comportamiento del paciente siempre hay una razón, un miedo, una frustración, una dificultad. Es fundamental preguntar por los motivos que existen detrás de estos comportamientos. La empatía es la forma de comenzar una buena relación.

Ser creíble: no se debe prometer lo que no se puede cumplir.

Prestar atención a lo que se dice y como se dice: el tono, la cercanía, la delicadeza, la mirada horizontal, la naturalidad. Todo esto da significado a lo que se dice.

Evitar mensajes impositivos: la imposición genera actitudes contrarias a las que se persiguen (Tiene que..., Debe de...). Se deben plantear las distintas opciones para que el paciente pueda tomar parte activa en las decisiones que tienen que ver con su tratamiento, ya que esto facilita su nivel de cumplimiento.

Ser fiable y decir la verdad: la verdad expresada de un modo gradual facilita su asimilación, y la mentira inhibe la capacidad de adaptación del individuo y esta autoridad y veracidad al profesional que la práctica. La relación enfermera-paciente se fundamente en la confianza y respeto mutuos.

Facilitar un clima adecuado para la expresión de las emociones: a veces los pacientes no desean hablar cuando el profesional sanitario tiene tiempo, por lo que habrá que estar dispuesto a escuchar en cualquier momento.

Utilizar el mismo código que el paciente: la intervención tiene que ser individual, al igual que las dosis del tratamiento. La comunicación se ha de adecuar a la edad, cultura, valores y recursos de la persona enferma.

Hay que tener en cuenta y tener siempre presente que la comunicación, sobre todo, en el ámbito sanitario, es una herramienta terapéutica esencial que da acceso al principio de autonomía, al consentimiento informado, a la confianza mutua, a la seguridad y a la información que el enfermo necesita.²⁵

La información debe ser:

Individualizada: para cada paciente y conjunta con sus familiares.

Confidente: con la situación en al que se encuentra el enfermo, es decir, no delante de otras personas, si no como ya se ha dicho, en un lugar tranquilo y acogedor.

Actualizada y constante

Preventiva: para procurar que el impacto de la información sea menor.

Comprensible: tanto para el paciente como para la familia²⁶

3.5 RESPETO POR LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

Se define como libertad para auto dirigirse. Bajo el contexto del trato digno y respetuoso se integran tres derechos fundamentales:

- ✓ El derecho a participar en la toma de decisiones con respecto a su tratamiento.
- ✓ Que se le solicite consentimiento informado par realizar tratamiento o pruebas diagnósticas.
- ✓ El derecho de los individuos a rehusar el tratamiento.

²⁵ GOMEZ SANCHO, M. Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. ICEPPS. 1998

²⁶ LOPEZ IMEDIO, E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Panamericana, 1998. Madrid.

3.6 PROCURARLE UN ENTORNO DE CONFIANZA, DE COMODIDAD Y DE ESPERANZA

El personal de salud deberá garantizar cuidados de calidad a quienes reciben sus servicios, por ello deberá procurar movilizar todo su esfuerzo por contribuir a la comodidad del paciente en un entorno limpio y seguro, brindando calor humano generador de confianza e intimidad, que posibilite una interacción terapéutica efectiva.

3.7 ATENCIÓN PRONTA U OPORTUNA

Quiere decir atención inmediata en casos de urgencia y espera razonable en los casos que no lo sean. En términos prácticos podría entenderse como el objetivo de que los tiempos de espera no generen molestias adicionales a las del proceso patológico que ha desencadenado la búsqueda de atención. Por tanto el profesional debe procurar atender las solicitudes del paciente, así como brindar cuidados oportunos.

3.8 ATENDER AL PACIENTE EN IGUALDAD DE CONDICIONES

Son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de toda práctica profesional: el respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinciones de edad, credo, sexo, origen, color de su piel, situación económica, posición social, preferencia sexual, religión, estado de aseo, olor o patología.²⁷

3.9 DIGNIDAD

La dignidad es la condición esencial de la persona; consiste en estar dotada de conciencia y libre albedrío que lleva a la búsqueda de la verdad y el bien, y la

²⁷ GONZALES BARON, M. Y COLS. Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Panamericana, Madrid 1996

distingue de los demás seres; está conformada por todos aquellos “merecimientos de la condición humana” que le hacen singular, tales como: Libertad, Justicia, Equidad, Lealtad, Bien común y más.

La dignidad también comparte otros elementos integradores, como lo son: la “autonomía” entendida como la capacidad del ser humano de ejercer libremente el pensar, sentir, proceder y emitir juicios sobre lo que considera valioso o bueno para él. La “integridad” que se refiere al equilibrio personal que guardan los elementos corporales, los psicosociales e intelectuales de su vida.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos emitida en 1948²⁸ que a la letra dice: “Todos los seres humanos nacen iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. La Ley General de Salud al decir en su artículo 51²⁹: Los pacientes o usuarios tendrá derecho a: obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y, a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. Además, según la ley 266 del 25 de enero de 1996³⁰, la cual reglamenta la profesión de enfermería en Colombia, establece principios que incluyen el respeto a la dignidad del usuario tal como en la individualidad e integralidad.

²⁸ Declaración Universal De Los Derechos Humanos disponible : www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm

²⁹ www.seguro-popular.salud.gob.mx/descargas/marco_juridico/07_01_lgs.pdf

³⁰ http://Alonso Acosta - Ley 266 de 1996_ Reglamentación Profesión Enfermería.htm

4. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

4.1 TRATO ADECUADO

Respecto al profesional tanto de Enfermería como de medicina, el sistema actual de salud lo invita a conocer y a poseer una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano, frente a los derechos del individuo e importancia de los bienes comunes, como también a la toma de decisiones concernientes a la salud entre profesional-individuo-familia, aunado a lo anterior, el personal de salud debe brindar el cuidado con calidad y sensibilidad humanas que le permita crecer y nutrirse del cuidado humanizado; este conocimiento de la profesión y de su objeto le permite aproximarse a una reflexión teórico-filosófica de su práctica y velar por el mantenimiento de la salud del ser humano y el cuidado de la vida en todas las fases del ciclo vital humano y familiar; partiendo de esta visión le permitirá romper esquemas y paradigmas instrumentalistas y biologists.³¹

El trato adecuado se define como un contrato “moral” de iguales intereses que generen compromiso, visión compartida y responsabilidad mutua teniendo conciencia de la dignidad humana, comprendiendo la importancia del respeto a los demás y a si mismo. En el trato adecuado se pueden establecer dominios como:

a) Autonomía: que es la capacidad del usuario para intervenir en la toma de decisiones relacionadas con su salud; b) comunicación, que significa que el usuario tenga el tiempo y la oportunidad de obtener toda la información que considere pertinente sobre su problema y sobre las distintas opciones de tratamiento, de forma clara y sin terminología técnica; c) atención pronta, que se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y la recepción de ésta; d) condiciones de las comodidades básicas, que evalúa, entre otros aspectos, la

³¹ COELHO DAMASCENO, Martha; Da SILVA, Lucia; De LIMA CARVALHO, Carolina y SILVA DE SOUZA, Paula. “Cuidados de Enfermería: su sentido para enfermeras y pacientes”. [en línea], disponible en: http://www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/cuidados_sentido.pdf

limpieza de los baños y de las salas de espera y las características de las habitaciones³².

4.2 SENTIMIENTOS

En definición de la OMS, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o de males³³. Algunos expertos en medicina concuerdan en que las enfermedades son psicosomáticas; algunos cuerpos 'hacen' enfermedades para aliviar tensiones extremas, lidiar con resentimientos y emociones que dejan de ser manejables. La salud es un equilibrio orgánico que requiere de una armonía entre las distintas partes del cuerpo y de la mente.

Es por ende que los sentimientos son la respuesta física y Espiritual de la forma en que siente y reacciona el ser humano ante los eventos de la vida diaria. Estos son naturales pertenecen al mundo afectivo o espiritual, no es posible evitar que sucedan y están regidos por las leyes que gobiernan el funcionamiento energético del cerebro.

Las emociones o sentimientos son multidimensionales. Existen como fenómenos subjetivos, biológicos, propositivos y sociales. En parte, los sentimientos son subjetivos, ya que nos hace sentir de una forma particular como irritado o alegre. También son reacciones biológicas, respuestas que movilizan energía, la cual alista al cuerpo para adaptarse a cualquier situación que se enfrente; son agentes de propósitos, del mismo modo que el hambre tiene un propósito. Cuando es emocional enviamos señales faciales reconocibles, de postura y vocales que comunican la calidad de nuestra emotividad a otros (por ejemplo, los movimientos de nuestras cejas y el tono de nuestra voz).

³² evaluacion.salud.gob.mx/evaluacion/trato/preguntas_trato.pdf

³³ www.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congre2006/conarpe34/material/se_petroff.pdf

Stein y Trabasso, 1992³⁴, señalan cuatro emociones: felicidad, tristeza, ira y miedo por que refleja reacciones hacia los cuatro posibles estados de las metas valoradas: logro (felicidad), pérdida (tristeza), obstrucción (ira) e incertidumbre de la meta (miedo).

Hebb, 1949 y Mandler, 1984,³⁵ argumentan que las emociones no tienen propósitos útiles, ya que interrumpen la actividad actual, desorganizan la conducta y nos deja sin nuestra racionalidad y lógica; el argumento es que si bien las emociones alguna vez tuvieron importantes funciones evolutivas en el mundo moderno ya no las tienen. Otros, como Lazarus, 1991 y Levenson, 1994³⁶, sin embargo, argumentan que las emociones priorizan la conducta en formas que optimizan nuestro ajuste a las exigencias que enfrentamos en el ambiente físico y social. En consecuencia, todos concuerdan que las emociones afectan la forma en que pensamos, sentimos y nos comportamos. Así mismo, los investigadores han hecho un buen trabajo al detallar lo que nos ocurre durante una experiencia emocional (por ejemplo, aumenta la presión arterial, señalamos a otros nuestra posición en la jerarquía social). Según Ekman, 1992³⁷, la razón por la que la gente posee emociones es porque estas existen como soluciones a dichos desafíos, tensiones y problemas.

La ciencia y la medicina modernas han dotado a doctores y enfermeras de muchos conocimientos sobre los síntomas de las enfermedades y sobre cómo erradicarlas. Sin embargo, se echa de menos el consuelo, la escucha y el trato humano que piden los pacientes. Según trabajadores sociales de la unidad de atención al paciente en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, la queja más frecuente de los enfermos es sentirse despojado del papel protagonista que deberían tener en cualquier proceso médico. Se debe a la falta de trato personal y

³⁴ Ibid pag 15

³⁵ Ibid pag 15

³⁶ Ibid pag 15

³⁷ Ibid pag 15

a la falta de información ofrecida a los pacientes con respecto a sus males y a los tratamientos que siguen³⁸.

Se suele hablar de las enfermedades y de sus síntomas: dolor, malestar, inmovilidad y delirios. Sin embargo, pocas veces se habla del protagonista de la medicina: el enfermo. El actual dominio de la medicina, que trata más las enfermedades que a los enfermos, nos hace olvidar que las enfermedades afectan a personas y no sólo a órganos del cuerpo. Como dice el médico y sociólogo Albert J. Jovell,³⁹ el miedo es algo frecuente en los enfermos, pero los tratamientos médicos no se ocupan de él.

³⁸ www.webislam.com/?idt=5928 - 24k

³⁹ *Ibid* pag 15

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO

Este estudio **cualitativo fenomenológico, exploratorio y transversal** buscaba comprender el fenómeno a estudiar en su ambiente usual (cómo se comporta y actúa la gente, qué piensa, cuáles son sus actitudes, etc.) ante un problema de investigación poco estudiado la región, mediante la descripción y análisis de las categorías. El estudio y análisis de las categorías se llevó a cabo en el periodo determinado.

5.2. UNIDAD POBLACIONAL DE ANÁLISIS Y UNIDAD DE TRABAJO

La unidad poblacional de análisis para la realización de este estudio fue conformada por todos los pacientes hospitalizados en los distintos servicios de cirugía general, plástica, ortopedia, medicina interna e infectología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva en el mes de Octubre del 2007 que estuvieron presentes en los días propuestos para la realización de la entrevista.

La muestra de estudio se obtuvo por los siguientes criterios:

- Paciente consciente que pueda brindar la información por sí mismo y esté dispuesto a colaborar (consentimiento informado).
- Paciente con 8 o más días de hospitalización sin salida programada para los días en que se recolectará la información.
- Usuarios que se encuentren entre 18 y 50 años de edad.
- Usuarios sin ninguna limitación mental.

- Usuarios que necesiten ayuda del personal de salud en la realización de la mayoría de las actividades de la vida diaria.

Por tanto la unidad de trabajo estuvo conformada por 6 mujeres y 4 hombres con rango de edad de los 20 a 46 años, quienes, además de cumplir todos los criterios de inclusión, aceptaron participar en la realización de la investigación.

5.3. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

El método que se utilizó es de tipo directo mediante la técnica de la entrevista semiestructurada personalizada, de tipo focalizada, se caracterizó por ser libre y espontánea, la cual se concentró en un único tema, donde las preguntas eran abiertas, iban de lo general a lo concreto, ordenadas de manera lógica, permitiendo explorar sus experiencias, opiniones, sentimientos y conocimientos sobre las actividades realizadas por el personal de salud.

El instrumento se diseñó con base en los objetivos de la investigación y el desarrollo de la entrevista se llevó a cabo de la siguiente forma: siendo constituida por una pregunta abierta general y una serie de subpreguntas que manejó el entrevistador para evitar que se desviara la conversación y se le aseguró que los datos obtenidos no contendrían información sobre su nombre. Al terminar la entrevista se agradeció su disponibilidad y la colaboración prestada.

5.4 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El instrumento fue validado por tres expertos:

- Julio Roberto Jaimes, psicólogo de la universidad Surcolombiana experto en investigación
- Nancy Cerón, enfermera docente del programa de enfermería e integrante del comité de bioética del HUHMPN
- Verónica Otálora, enfermera del HUHMPN del sexto piso

Además se tuvo en cuenta continuamente la validez y la confiabilidad de la investigación a través de procedimientos y estrategias como los que a continuación se enuncian:

- Descripción y discusión de los procedimientos adoptados para recolectar la información. (Relaciones entre los procedimientos empleados y los resultados obtenidos, analizando incluidas las ventajas y limitaciones de esos procedimientos)
- Poner a disposición de quien esté interesado la discusión explícita y detallada de los procedimientos de estudio, de modo que los mismos puedan ser objeto de debate y prueba, a través de la lectura del informe final.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la resolución N° 008430 de octubre de 1993 en su artículo 5 y el artículo 29 de la ley 911 del 25 de octubre del 2004, en toda investigación en la que el ser humano sea objeto de estudio deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Además, de los principios que se enuncian en la Ley 266 de 1996, capítulo I, artículo 2°, se deberá tener en cuenta los principios éticos de Beneficencia, No-Maleficencia, Autonomía y Justicia, que orientan la responsabilidad deontológica - profesional de la enfermería en Colombia, asegurándole a los usuarios que no se les realizará daño algunos con la investigación, dándoles la oportunidad de abandonar la misma en el momento que deseen y no se discriminará a ninguno independientemente de género, raza, religión, etc.

Por lo tanto para la realización de la investigación se contó con la autorización de los directivos del hospital y el consentimiento informado y por escrito de cada entrevistado voluntario después de comunicarles los objetivos del mismo; se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos otorgados en las entrevistas, los cuales, para su identificación y facilidad en el procesamiento y análisis de la información se empleó un seudónimo.

7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el análisis del discurso de los participantes se identificaron 16 ideas claves las cuales se agruparon en dos categorías principales como aparecen en la siguiente tabla, se resumen los principales hallazgos sobre el trato recibido y los sentimientos que experimenta el usuario durante su estancia hospitalaria. Se presentan acompañadas por los dichos más ilustrativos de los entrevistados que van en cursiva.

7.1 CATEGORÍAS IDENTIFICADAS EN LAS ENTREVISTAS

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS
TRATO RECIBIDO	<ul style="list-style-type: none">• El papel de la enfermera se basa principalmente en la administración.• comunicación distante• Información recibida en cantidad insuficiente• Resignación y conformidad con que sean los profesionales quienes tomen las decisiones.• No participación en la toma de decisiones porque nadie se lo pide• Respeto hacia las decisiones de los usuarios por parte del personal de salud.• Percepción cambiante del trato según el profesional.• Los médicos son buenos técnicos pero distantes• No se concede suficiente atención ni se atiende bien el dolor físico.• Instalaciones parecen adecuadas.• Respeto hacia la intimidad del usuario.

SENTIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Proximidad emocional de las auxiliares de enfermería. • Intención de no molestar o perturbar el trabajo de los médicos • El trato recibido es bueno pero a veces no se considera suficientemente su dolor o tristeza • Tristeza, aburrimiento, desespero y depresión por cambios en el rol. • La hospitalización una experiencia hacia el cambio.
---------------------	---

7.2 EL TRATO QUE RECIBE EL USUARIO

Toda persona ha de recibir un trato digno y adecuado a sus necesidades biosociales, entendido en otras palabras como el derecho de los usuarios a ser tratados como personas, más que como pacientes debido a la relación asimétrica que la enfermedad o discapacidad puede establecer; Involucra el derecho de libertad de movimientos, el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratado cordialmente por todo el personal que lo atiende. Como se pudo analizar, para los usuarios este trato va más allá de un simple saludo o más allá de la administración de un medicamento; es una condición que permite generar una interacción y un acercamiento tanto emocional como terapéutico, los cuales necesariamente deberían estar completamente ligados, conociéndose que una persona requiere no solo la atención de su enfermedad.

En el análisis de las entrevistas, se logró establecer condiciones que permiten entender desde la experiencia del usuario como son tratados por el personal de salud que le atiende las cuales se describen a continuación.

7.2.1 El Papel De La Enfermera Se Basa Principalmente En La Administración. Basados en lo que plantea Jean Watson, El cuidado de enfermería va mas allá de la simple meta de la administración, es un compromiso moral para proteger y realzar la dignidad humana, por lo tanto la enfermera debe ir mas allá de una evaluación subjetiva, dado que se debe hondar principalmente sobre la esencia subjetiva de toda persona para establecer una relación mutua que permita entender y conocer la perspectiva de la otra persona; por lo tanto el cuidado debe ser transpersonal, lo que significa que se debe ir más allá del propio ego, y del aquí y ahora, para establecer conexiones espirituales y profundas en la promoción de la comodidad y la curación de la persona enferma.

En cuanto al propósito de enfermería, se observó que la enfermera o el enfermero han logrado mayor dependencia y menor autonomía, menor identidad, más administración y menor gestión, más hacer que pensar, tratar en lugar de cuidar y obviamente sólo manejar enfermos; labor que debilita a la enfermera o enfermero quienes pueden llegar a ser fácilmente reemplazados por un personal con menos años de preparación académica. En los discursos analizados se puede comprobar que el papel de enfermería en la atención y el cuidado de la persona, es escaso, los usuarios se quejan con frecuencia de la falta de contacto que existe entre las enfermeras y/o enfermeros con la persona enferma, afirmando una y otra vez que su papel principal es la entrega y recibo de turno tal como lo mencionan.

“Las jefes, hacen lo que tienen que hacer y ya, ellas no mantienen casi aquí en el cuarto, mas bien, vienen y dirigen a las que están apenas aprendiendo”

“Las jefes pues vienen y observan a las auxiliares, también hay veces que hablan con uno pero no es mucho”

“Con las jefes como que no hay comunicación, ellas casi no vienen acá, solamente preguntan cómo está, como amaneció y listo”

“Ellas vienen acá y entregan una especie de informe de lo que uno tiene, no más”

7.2.2 Comunicación Distante. Dentro de toda relación interpersonal, la comunicación y la buena información juega un papel muy importante en el desarrollo de sentimientos y actitudes que pueden modificar la vida de una persona; en el medio de la salud, especialmente el campo hospitalario es indispensable la comunicación, como fuente generadora de confianza y seguridad, además es un punto fuerte para la evolución terapéutica y la recuperación del enfermo. Es tan importante que se ha establecido como derecho de los pacientes, para evitar que esta sea omitida, dada la necesidad que surge en torno a una persona frente a un fenómeno desconocido que le afecta en su condición física, social y espiritual. Dentro de este contexto, los usuarios refirieron aspectos positivos como negativos, lo cual sugiere que la comunicación ha dejado de ser un pilar en la relación del personal de salud y el paciente.

“Pues ellos muy poco han venido acá, ellos se reúnen todos ahí, más que todo para que los estudiantes aprendan” (refiriéndose a los médicos).

“Cuando viene el doctor acá no me dice nada, solo me pregunta que como amanecí”

“A uno de paciente le gustaría que lo escucharan más... me gustaría que ellos se demoraran un poquito más con el paciente”

“No me dicen los efectos de los medicamentos, solo dicen venga le pongo esto, cuando se ve uno es con las cosas hechas...” (Refiriéndose a las auxiliares)

7.2.3 Resignación Y Conformidad Con Que Sean Los Profesionales Quienes Tomen Las Decisiones.

La participación del usuario en la recuperación de su enfermedad, es una actividad indispensable para el mantenimiento de su autonomía, dado el carácter de dependencia que adoptan muchos enfermos al perder condiciones de vitalidad, lo cual les hace más vulnerables; es allí donde el personal de salud como ente cuidador debe velar por ofrecer la mayor autonomía al usuario, para que este no deje de sentirse útil para sí y los demás, y no se vea como un agente pasivo, que calla y acata todo lo que se le dice. El grado de participación en la toma de decisiones encontrado, es mínimo. Los profesionales no solicitan la opinión de los pacientes. Algunos, por su parte, asumen su autonomía, cuando preguntan, solicitan información y toman decisiones; aunque hay otros participantes que prefieren no implicarse, dado su desconocimiento frente a lo que les sucede, asumiendo un rol muy pasivo frente a su situación. Ante estas actitudes el personal de salud asume una actitud de respeto a las decisiones que desee tomar el usuario.

“Yo he tenido discusiones con ellos porque yo nunca me he bañado a las cinco de la mañana, a los otros si los sacan, pero yo he discutido con ellas y no me he dejado”

“De que yo sepa que me voy a alentar, dejo que me hagan lo que sea”

“No pues... callo, callo sin opinar, dejo que los doctore avancen... hasta el momento no he intervenido, cuando me dicen que haga algo, eso hago”

7.2.4 Percepción Cambiante Del Trato Según El Profesional.

Sentirse respetado y escuchado tiene una gran importancia para los usuarios, púes hace referencia a que se genera un vínculo de confianza, el cual permite que expresen fácilmente sus sentimientos. Para algunos usuarios el trato recibido por las auxiliares, es más amable, que el recibido por el resto del personal de salud, ya que a estas las consideran más cercanas y sensibles a sus necesidades, aunque

se quejan de que no tomen suficientemente en cuenta el dolor y las molestias que sufren. Mientras que la relación con los médicos y enfermeras es más formal y menos cercana, pero esto se disculpa por la falta de tiempo necesario para atender a todos los usuarios que lo requieran. Además, de acuerdo a la opinión de algunos usuarios, la atención es variada según el personal que lo atienda, pues hay algunos que brindan una atención más personalizada y ofrecen apoyo emocional y físico, a lo cual los usuarios hacen su debido agradecimiento según lo analizado en los discursos.

“Tal vez depende del enfermero, hay unos que si nos tratan bien, hay unos que son muy ordinarios y... y pues esto es variado. La verdad pues es muy variado.”

“Las auxiliares son muy amables, ellas mantienen pendientes, si fuera por ellas, mejor dicho... le pondrían a uno algo cada rato para que no me doliera la pierna”

“Las auxiliares, muy amables, vienen con cariño sea la hora que sea”

“El médico viene y trae el grupo de estudiantes, hablando entre ellos mismos. Poco habla con uno, solo entre ellos”

“Algunos médicos me dan la espalda y me dejan con la palabra en la boca”

7.2.5 Las Instalaciones Parecen Adecuadas. En el proceso de reparación y recuperación de la salud, influyen elementos importantes además de los cuidados que debe brindar el personal, así como plantea Nightingale que para mantener una atención sanitaria adecuada, es necesario disponer de un entorno saludable⁴⁰, proporcionando un ambiente sano y tranquilo. Los usuarios manifiestan

⁴⁰ MARRINER, Ana Y RAILE , Martha, Modelos y teorías en enfermería, Editorial Harcourt Brace, 4 Ed. Madrid-España. 1999, pag 69-73.

conformidad con las instalaciones informando que son apropiadas en sentido de limpieza y orden, sin embargo hay algunos quienes opinan que el lugar es muy solo y se sienten aburridos.

“Este lugar no me gusta, es muy solo... aquí no se asoma nadie, no sé por qué, lo único bueno es que es muy limpio”

“A ninguna persona le parece que esto es adecuado; yo por lo menos estoy muy aburrída... uno ve acá enfermos y enfermos y gente quejarse y llorar... Por lo menos el cuarto mantiene muy bien arreglado, la señora mantiene a toda hora arreglando...”

7.2.6 Respeto Hacia La Intimidad Del Usuario. La intimidad vista por los usuarios como el respeto a aquello que el enfermo tiene como persona que no quiere que nadie sepa o vea porque puede generar en él vergüenza o pena ha sido calificada como buena ya que se brinda respeto al pudor del usuario.

“Los médicos son muy reservados... ellos cada vez que hablan de un paciente le dan la espalda a otro...”

“Me respetan este espacio, pues tienen cuidado al descubrirlo a uno, también cuando uno se está cambiando”

“Cuando vienen a hacer las curaciones, si hay visitas, ellas le piden que salga... dicen:¡hágame el favor y esperan un momento afuera mientras hacemos las curaciones!”

7.3 SENTIMIENTOS EXPRESADOS

El amor es la apertura al otro, y el cuidado amoroso es una de las formas de realizar el amor en su sentido más amplio” Leonardo Boff⁴¹.

Teniendo en cuenta que los sentimientos o emociones son muy subjetivos, naturales o espontáneos, y que de alguna u otra forma son los que nos rigen a la hora de pensar y actuar o al comportarse, es importante conocer y tomar muy en cuenta todas aquellas emociones que surgen en la persona hospitalizada a la hora de brindar un cuidado, dado que la situación de vulnerabilidad y susceptibilidad generan estados emocionales que pueden contribuir o retrasar la recuperación de la salud; por este motivo es de gran importancia tener presente que el usuario no debe ser visto como un objeto de tratar, si no como una persona o un ser humano que siente, y desea recibir un apoyo moral y afectivo y no solo el medicamento; por ello los profesionales de la salud deben responder y reconocer los sentimientos que aparecen en las personas, para que se sientan valorados, dignos y con una actitud positiva frente a la vida.

En los discursos analizados, se pudo establecer que la atención de la parte emocional de las personas hospitalizadas es muy poca, sobre todo por parte del personal médico y profesional de enfermería; sin embargo se halló que actualmente el personal que se acerca con mayor frecuencia física y emocionalmente al usuario es el personal auxiliar de enfermería, quienes sostienen un contacto frecuente hacia la persona, demostrando interés por los sentimientos que estos experimentan, siendo principalmente: tristeza, aburrimiento, soledad, desesperación, y depresión, los cuales son causados en su mayor frecuencia por la ausencia de los familiares cercanos, los cambios en el rol, en actividades de la vida diaria y el estar postrados en una cama dependiendo

⁴¹ www.fimte.fac.org.ar/doc/15cordoba/Lima.doc

de los cuidados de una persona extraña, que en muchas ocasiones no demuestran o reflejan interés a su dolor.

“Siento tristeza, desesperación, aburrimiento...de todo, estoy aburrida porque tengo dos niños que no he podido ver”

“A mi ninguno me da apoyo moral, ni los médicos ni las enfermeras...nada”

“Me sentí triste, por el sitio y mi familia lejos”.

“Yo considero que ellos solo hacen su trabajo, digamos de asistirlo a uno, colocarle los medicamentos, y que uno esté de pronto cómodo, pero el apoyo emocional y/o afectivo no lo hacen para nada”.

“Sería bueno que el que lo atiende a uno le brinde apoyo emocional ya que eso es mucho lo que le ayuda a uno en la enfermedad de se tenga, eso da más ánimo de seguir adelante y continuar con el tratamiento”

“Las auxiliares son las que me han ayudado mucho en estos días, me dicen ánimo, siga así, no se rinda”

7.3.1 La Hospitalización Una Experiencia Hacia El Cambio. El proceso de enfermedad y el estar hospitalizados, es una situación que puede influir en la percepción que tiene la persona sobre la vida; para algunos puede significar una experiencia estresante, indeseable y dolorosa, mientras que para otros es una transición hacia el cambio, el mejoramiento y la modificación de costumbres y hábitos.

“Mi experiencia acá en el hospital ha sido para cambiar, mejorar, dejar de ser la persona que era antes, eso me sirve mucho de experiencia para cambiar de vida y ser una nueva persona”.

“a mi me da pena gritar cuando tengo dolor, porque hay mucha gente”

8. CONCLUSIONES

- Los resultados de este estudio permite afirmar que el papel de la jefe de enfermería como dador de cuidados, ha perdido su esencia primordial, la cual debería centrarse de forma subjetiva hacia lo que siente y desea la persona, porque han basado su trabajo de lleno en la tarea administrativa, dejando de lado la atención directa al usuario, la cual ha sido delegada al personal auxiliar, de quienes se ha dicho mantienen un contacto más íntimo con el usuario.
- El trato recibido por parte del personal médico es muy distante, los resultados arrojan que estos se han dedicado solo a valorar la parte afectada y no al usuario como persona, se encuentran quejas frecuentes acerca de la falta de comunicación y acercamiento del médico.
- La autonomía es ejercida según el usuario, algunos suelen estar más interesados en hacerse partícipes, de preguntar, sugerir y hasta negarse a determinados procedimientos; por otro lado lo que mayormente se halló fue una actitud pasiva ante la toma de decisiones, debido a que la persona solo desea recuperar su salud confiando en las decisiones que establezca el personal que le atiende.
- El entorno hospitalario ha sido percibido por los usuarios como un lugar adecuado, limpio y ordenado, sin embargo lo ven como un lugar aburrido y solo debido a la falta de acompañamiento.
- La intimidad ha sido respetada, según han manifestado los usuarios, principalmente en lo que tiene que ver con el respeto hacia el pudor.

- La atención de la parte emocional de las personas hospitalizadas es muy poca, sobre todo por parte del personal médico y profesional de enfermería; sin embargo se halló que actualmente el personal que se acerca con mayor frecuencia física y emocionalmente al usuario es el personal auxiliar de enfermería.
- Los sentimientos que mayormente se expresan en el usuario ante su situación de enfermedad y hospitalización son tristeza, aburrimiento, soledad, desesperación, depresión y vergüenza, los cuales son causa de la ausencia de los familiares cercanos, los cambios en el rol, en actividades de la vida diaria y el estar postrados en una cama dependiendo de los cuidados de una persona extraña.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BOSHNIAKOV D. Relaciones entre el médico y el paciente de las condiciones del crecimiento del nivel cultural general e higiénica de la población. En: Ética y deontología. URSS:Uneshalargizdat; 1988.109-22.
- BOWEN P, 1997, Caring: gender-sensitive ethics. Routledge, Londres
- GOMEZ SANCHO, M. Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. ICEPPS. 1998
- LOPEZ IMEDIO, E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Panamericana, 1998. Madrid.
- MARRINER, Ana Y RAILE , Martha, Modelos y teorías en enfermería, Editorial Harcourt Brace, 4 Ed. Madrid-España. 1999, pag 69-73.
- REEVE, Jhonmarshall, Motivación y Emoción, 3ª ed, 2003, mc graw hill, Mexico. Pag,n 442-471.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA. 1991. Constitución Política de Colombia 1991. Santafé de Bogotá, Ediciones J.R. Bernal.

RECURSOS ONLINE

- ARIAS ELENES, Nicolás. El Trato Digno en la Relación Médico Paciente. Revista Electrónica de la Subdirección de Calidad en la Atención médica. www.salud.gob.mx/dirgrss/acreditacion/atencion_medico_paciente_2.htm - 60k
- BURGOS MORENO, Mónica e PARAVIC KLIJN, Tatiana. Violencia Hospitalaria En Pacientes. . Cienc. enferm.. [online]. jun. 2003, vol.9, no.1 [citado 02 Maio 2006], p.9-14. Disponible na World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000100002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0717-9553.
- COELHO DAMASCENO, Martha; Da SILVA, Lucia; De LIMA CARVALHO, Carolina y SILVA DE SOUZA, Paula. "Cuidados de Enfermería: su sentido para enfermeras y pacientes". [en línea], disponible en: http://www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/cuidados_sentido.pdf
- http://212.9.72.18/uploadsBO/Noticia/Documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%C3%A0_DEF.PDF.
- http://estomaterapia.com/congreso2004/documentos/Ponencias/5_La%20etica%20del%20cuidar.pdf
- <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/documentos/Enf/LEY%20911%20DE%202004.htm>
- <http://www.stopdolor.com/pdfs/comprendiendo7.pdf>

- http:\Alonso Acosta - Ley 266 de 1996_ Reglamentación Profesión Enfermería.htm
- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, evaluación de la calidad de los servicios de enfermería en hospitales de segundo nivel. revista electronica de IMSS [online [2004 . Disponible en la World Wideweb:http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/DPM/Enfermeria/ser/am/Concetrado+Delegacional.htm
- PARAVIC, Tatiana, VALENZUELA, Sandra y BURGOS, Mónica. Violencia Percibida Por Trabajadores De Atención Primaria De Salud. . Cienc. enferm.. [online]. dic. 2004, vol.10, no.2 [citado 03 Mayo 2006], p.53-65. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532004000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553.
- PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN ÍNDICE DE TRATO - las 2 versiones »CBPLAC DE - evaluacion.salud.gob.mx
- VIEIRA SOARES, Narciso y LERCH LUNARDI, Valéria. La Problematización De Los Derechos Del Cliente Enlazados Con La Problematización De Los Derechos De Los Profesionales De Enfermeria. . Cienc. enferm.. [online]. jun. 2003, vol.9, no.1 [citado 03 Mayo 2006], p.65-76. Disponible en la World Wide Web:<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553.
- www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxv1_5.pdf

- www.fimte.fac.org.ar/doc/15cordoba/Lima.doc
- www.insp.mx/rsp/_files/File/2005/47_s1%20Trato.pdf
- Claudia Ariza Olarte, Enfermera Cardióloga. Hospital Universitario de San Ignacio, julio-agosto del 2001, Satisfacción del Cuidado de Enfermería en el Paciente Cardíaco, disponible en [/www.medwave.cl/enfermeria/Mar2004/1.act](http://www.medwave.cl/enfermeria/Mar2004/1.act)
- Declaración Universal de los Derechos Humanos disponible : www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm

www.seguro-popular.salud.gob.mx/descargas/marco_juridico/07_01_lg0s.pdf

ANEXOS

Anexo A. GUÍA DE ENTREVISTA

OBJETIVO

Identificar los sentimientos que surgen y la expresión de los mismos, de acuerdo al trato que recibe el paciente por parte del personal de salud en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo.

INSTRUCCIONES

El entrevistador deberá solicitar previamente a la entrevista el consentimiento del paciente, en el cual se informará la confidencialidad ética y profesional que se manejará con los datos obtenidos.

Se manejará la entrevista mediante un nombre anónimo el cual elegirá el paciente libremente para proteger su identidad y minimizar el temor a expresarse abiertamente.

PREGUNTA GENERAL

¿Podría usted contar o narrar su experiencia durante la estancia en el hospital con respecto al trato que ha recibido hasta el momento?

PAUTAS A RECONOCER DURANTE LA ENTREVISTA:

- Trato que recibe el paciente del personal de enfermería, médico y auxiliar. Tener en cuenta lo que mencione el paciente con respecto a los siguientes criterios:

- Empatía, simpatía, afecto
 - Honestidad
 - Diálogo, escucha activa.
 - Claridad
 - Amor y afecto
 - Libertad
 - Comunicación
 - Autonomía
 - Confidencialidad
 - Equidad
-
- Sentimientos que surgen en el paciente ante el trato expresado. Y la influencia de estos en su proceso de recuperación.
 - Formas en que expresa el paciente sus sentimientos (considerar las expresiones tanto positivas como negativas)

Anexo B. CONSENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA**

Fecha: _____

No HcL: _____

Yo _____ identificado c.c _____
con _____ años de edad certifico que he sido debidamente informado sobre la naturaleza y el propósito de la investigación “ *Sentimientos Que Surgen En El Paciente Hospitalizado En Los Servicios De Cirugía General, Plástica Ortopedia, Medicina Interna E Infectología Con Respecto Al Trato Que Reciben Por Parte Del Personal De Salud Que Lo Atiende Del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo* “ cuyo objetivo es “Identificar los sentimientos que surgen y la expresión de los mismo, de acuerdo al trato que reciben el paciente por parte del personal de salud en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva”, autorizo a los investigadores, el uso de la información recolectada para su posterior análisis, teniendo en cuenta la posibilidad de retirarme de la investigación en el momento que desee, independientemente de cual sea la causa o motivo de retiro y que se garantiza que se guardará confidencialidad sobre mi identidad, mediante el uso de un pseudónimo.

Firma del paciente

Firma del investigador
