

UNIVERSIDAD SAN PEDRO



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA**

*Cuidados de enfermería que fortalece la autonomía del
paciente según la percepción del usuario, Hospital III ESSALUD Chimbote, 2016*

Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería

AUTORES:

Gil Vásquez, Ruddy Vanessa
Paredes Lara, Ana Virginia

ASESORA:

Mg. Marialita Ramírez Preciado

CHIMBOTE –PERU

2016

PALABRAS CLAVES:

Tema	Cuidados, Enfermería
Especialidad	Enfermería

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

02020003 Salud Pública

Bases Filosóficas del Cuidado

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas

personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi hijo Jeyko Fabiano, eres el gran amor de vida, Posiblemente en este momento no entiendas mis palabras, pero cuando estés más grande, quiero que te des cuenta de lo que significas para mí. Eres por el cual me levanto cada día a esforzarme por el presente y el mañana, eres mi principal motivación.

Como en todos mis logros, tú eres mi motor

Te amo hermoso.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por el gran amor que me han dado, por sus sabios consejos que han sabido guiarme para culminar mi carrera profesional y sobre todo por su apoyo incondicional perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ustedes. Los amo

A mi hermana por estar siempre a mi lado y apoyarme como amiga, por cada palabra de aliento, que a pesar de todo siempre estaremos juntas.

A mi gran amiga Ana Paredes por el apoyo mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos con la realización y culminación de este trabajo.

Vanessa Gil Vásquez

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlos cada día más.

*A mi familia por permitirme cumplir el desarrollo de mi tesis, gracias por creer en mí y disfrutar de cada día
No ha sido sencillo el camino hasta ahora pero gracias a sus aportes, su amor, su bondad y su apoyo, lo complicado de esta meta se ha notado poco. Les agradezco y hago presente mi afecto hacia ustedes, mi hermosa familia.*

*A mi amiga
Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amiga Vanessa Gil por haberme ayudado a realizar este trabajo.*

Ana Paredes Lara

AGRADECIMIENTO

A los pacientes de los servicios de Ginecología y Cirugía del Hospital ESSALUD III por su colaboración, comprensión y participación desinteresada en la realización del presente trabajo de investigación.

A nuestra prestigiosa alma mater Universidad San Pedro nuestra casa superior de estudios que nos albergó durante nuestra formación profesional inculcándonos conocimientos científicos y valores que se reflejan en nuestras acciones de desempeño profesional.

A nuestra asesora de tesis Mg. Marialita Ramírez Preciado por sus valores, tiempo dedicado, orientación constante para la elaboración del presente trabajo de investigación y por habernos brindado su amistad incondicional.

Vanessa Gil Vásquez
Ana Paredes Lara

DERECHO DE AUTORIA

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de los autores en el DECRETO LEGISLATIVO 822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida y cada detalle adicional.

Vanessa Gil Vásquez

Ana Paredes Lara

PRESENTACIÓN

Se presenta el estudio de investigación denominado: “Cuidados de Enfermería que Fortalece la Autonomía del Paciente según la Percepción del Usuario. Hospital III Essalud Chimbote, 2016”; el mismo que está estructurado en IV capítulos.

El **Capítulo I**, precisa los antecedentes de la investigación, justificación del estudio, la descripción de la problemática y formulación del problema, el marco referencial que incluye el fundamento científico de las variables y las bases teóricas de la investigación. Se describen en este capítulo las variables y objetivos.

En el **Capítulo II**; detalla la metodología de la investigación, el **Capítulo III**, contiene el análisis y discusión de los resultados y por último las conclusiones y recomendaciones en el **Capítulo IV**.

Los anexos del estudio incluyen los gráficos de los resultados, el consentimiento informado, los instrumentos empleados y documentos sustentatorios de la validación del instrumento.

INDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
PRELIMINARES	
Palabras claves	<i>ii</i>
Dedicatoria	<i>iii - iv</i>
Agradecimiento	<i>v</i>
Derecho de autoría	<i>vi</i>
Presentación	<i>vii</i>
Índice de contenido	<i>viii-ix</i>
Índice de tablas	<i>x</i>
Resumen	<i>xi</i>
Abstract	<i>xii</i>
Capítulo I: Introducción	
1.1. Antecedentes y fundamentación científica	1
1.2. Justificación de la investigación	1
1.3. Problema	3
1.4. Marco Referencial	9
1.5. Variables	60
1.6. Objetivos	62
Capítulo II: Metodología de la Investigación	
2.1. Tipo y Diseño de Investigación	63
2.2. Población	65
2.3. Técnicas e instrumentos de investigación	66
2.4. Procedimiento de recolección de información	67

2.5. Protección de los derechos humanos de los sujetos de estudio	68
2.6. Procesamiento y análisis de la información	69
Análisis y Discusión de Resultados	Capítulo III:
3.1. Análisis de Resultados	70
3.2. Discusión de Resultados	74

Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones

4.1. Conclusiones	79
4.2. Recomendaciones	80
Referencias bibliográficas	81 Anexos
86	

INDICE DE TABLAS

TABLA 01:	Pág.
CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE FORTALECEN LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO. HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE, 2016	70
TABLA 02:	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE FORTALECEN LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO. HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE, 2016, SEGÚN LA DIMENSIÓN COGNITIVO.	71
TABLA 03:	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE FORTALECEN LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO. HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE, 2016, SEGÚN LA DIMENSIÓN AFECTIVA	72
TABLA 04:	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE FORTALECEN LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO. HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE, 2016, SEGÚN LA DIMENSIÓN COMPORTAMENTAL	73

RESUMEN

El presente trabajo de investigación denominado Cuidados de Enfermería que Fortalece la Autonomía del Paciente según la Percepción del Usuario. Hospital III Essalud Chimbote, 2016 es planteado por que se observó en la mayoría de los pacientes la información deficiente, orientación acerca de sus derechos, la poca interacción con el paciente limitando de tal manera su autonomía. Por esta razón se propuso el trabajo de investigación con el objetivo de Determinar los Cuidados de Enfermería que Fortalecen la Autonomía del Paciente según la Percepción del Usuario. Hospital III Essalud Chimbote 2016. La población del presente estudio estuvo constituida por los pacientes hospitalizados en el servicio de Cirugía y Ginecología, durante el mes de noviembre; el estudio de investigación es de tipo cuantitativo. Diseño no experimental, descriptivo de corte transversal. El instrumento que se utilizó para la medición de la variable se denominó “Enfermería y Autonomía del Paciente”, el mismo que fue diseñado por las autoras, sometido a juicio de expertos por parte de la Lic. Gladys Gordillo Curo, Lic. Flor Córdova Alva y la Mg. Marialita Ramírez Preciado con una validez de 80% y una confiabilidad de un 70%. Para el presente trabajo de investigación se utilizó el programa estadístico SPSS, instrumento para los análisis de datos cuantitativos y para la presentación de tablas y gráficos el programa Microsoft Office Excel que permitió el análisis de la información. Los resultados encontrados revelan que los Cuidados de Enfermería, según la percepción del usuario, fortalecen su autonomía.

ABSTRACT

The present research work called Nursing Care that Strengthens the Patient's Autonomy according to the User's Perception. Hospital III Essalud Chimbote, 2016 is raised because the poor information, orientation about their rights, poor interaction with the patient was observed in most patients, thus limiting their autonomy. For this reason the research was proposed with the objective of Determining Nursing Care that Strengthen Patient Autonomy according to the User's Perception. Hospital III Essalud Chimbote 2016. The population of the present study was constituted by the patients hospitalized in the service of Surgery and Gynecology, during the month of November; The research study is of a quantitative type. Non-experimental, descriptive cross-sectional design. The instrument that was used for the measurement of the variable was called "Nursing and Patient Autonomy", the same one that was designed by the authors, submitted to expert judgment by Gladys Gordillo Curo, Lic. Flor Córdova Alva And Mg. Marialita Ramírez Precious with a validity of 80% and a reliability of 70%. For the present research, we used the statistical program SPSS, instrument for the analysis of quantitative data and for the presentation of tables and graphs the program Microsoft Office Excel that allowed the analysis of the information. The results show that Nursing Care, according to the perception of the user, strengthen their autonomy.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Según las investigaciones realizadas con relación al presente estudio, no se reportan trabajos relacionados directamente con la variable de estudio. El estado del arte, precisa estudios con variables similares a la del actual, que a continuación se presentan en forma integrada para facilitar el análisis del estudio:

Parí (2011), estudió acerca de la percepción del paciente y la Calidad de relación interpersonal de Enfermera – paciente, para lo cual reporta que la percepción del paciente fue desfavorable y en cuanto a la Calidad de relación interpersonal obtuvo un resultado favorable.

Ya en el 2012, Morales realizó un estudio acerca de la Calidad de Atención y dimensionó esta variable según Dimensión técnica y Dimensión interpersonal para lo cual concluye para ambas dimensiones como regular. En ese mismo año, Artezano estudió acerca del Nivel de Satisfacción del Paciente sobre el Cuidado de Enfermería, obtuvo que el Nivel de Satisfacción del paciente estuvo en nivel alto y medio.

Según Borré en el año 2013, estudió acerca de la Calidad percibida de la atención de Enfermería por pacientes hospitalizados y donde obtuvo niveles altos.

1.2. JUSTIFICACION

El presente trabajo de investigación fue planteado por que se observó en la mayoría de los pacientes la información y orientación deficiente acerca de sus derechos, la

poca interacción con el paciente, limitando de tal manera su autonomía. También se observó la influencia de la tecnología que limita el cuidado humano y personalizado que como profesional de salud se debe brindar. Por esta razón, se propuso el trabajo de investigación, porque no solo se pretende describir científicamente el cuidado humano del personal de enfermería y la autonomía del paciente sino permitir así una reflexión profunda sobre la importancia del fortalecimiento de la autonomía del paciente a través del cuidado de enfermería.

Desde el punto de vista de implicancias prácticas, el trabajo de investigación fue de gran importancia tanto para la institución hospitalaria como para los pacientes y personal de enfermería, ya que por medio del resultado de esta investigación se reflexionará sobre la autonomía del paciente y la mejora de los cuidados fortaleciendo así la autonomía del mismo.

Desde el punto de vista de conveniencia, el trabajo de investigación favoreció al personal de Enfermería en brindar información oportuna al conocimiento científico sobre la interacción de paciente - enfermera destacando sus derechos y principios, de esta manera benefició al paciente en la toma de sus propias decisiones, en el conocimiento de su enfermedad, en el tratamiento recibido, en los cuidados pre y post operatorio, de tal modo que se propongan y desarrollen estrategias acertadas y precisas para la mejora continua del cuidado de enfermería en fortalecer la autonomía del paciente.

Por otro lado, el estudio tuvo relevancia social en cuanto es trascendente para la sociedad en enfermería, con el cual los estudiantes de Enfermería tuvieron al alcance información actualizada sobre los cuidados de Enfermería en la Autonomía del paciente ayudando así en la mejora de la relación enfermera- paciente y en la reflexión de los cuidados que se brinda para el fortalecimiento de la autonomía.

En cuanto al valor teórico, el trabajo de investigación fue importante porque se logró conocer en mayor medida, el comportamiento de la variable: cuidado de enfermería

que fortalece la autonomía del paciente que se fundamentó en el Modelo de Adaptación de Callista Roy y la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, las mismas que fueron utilizadas científicamente para la medición de la variable de estudio.

El estudio de investigación se justificó también porque tuvo una utilidad metodológica, con respecto a que se elaboró un instrumento donde se midió el nivel cognitivo, nivel afectivo y nivel comportamental de la autonomía del paciente, así como fue válido y confiable y se podrá aplicar en otros escenarios con el mismo objeto de estudio.

Así mismo se propuso una metodología científica para el estudio de los sujetos de estudio: Enfermeras de los servicios de Cirugía y Ginecología, permitiendo un diagnóstico de cómo se trató la autonomía de los pacientes. La metodología que se empleó fue según las exigencias de la investigación cuantitativa.

1.3. PROBLEMA

El cuidado de enfermería es el cuidado de una vida humana, su comprensión implica el complemento de saberes y el mirar la vida como realidad, como interacción social, demanda congruencia entre valores, actitudes, acciones y expresiones. Teniendo en cuenta el componente tecnológico, las habilidades, las actitudes y sentimientos en un nivel ético y humano (Flores, 2014)

El uso de la palabra cuidar involucra un sentido emergente, ya que, el concepto de cuidado se ha convertido en objeto de estudio de la enfermera en los últimos años. En enfermería el término cuidado se ha empleado de manera creciente desde la década de los años sesentas hasta nuestros días. El cuidado es una sensación que denota una relación de interés, cuando la existencia del otro te importa; una relación de dedicación, llevándolo a sus extremos, sufrir por el otro.

El cuidado profesional es desarrollado por profesionales con conocimientos científicos en el área de la salud, dotados de habilidades técnicas que auxilian a individuos, familias y comunidades a mejorar o recuperar la salud. Estas definiciones respaldan el acto de cuidar, sin embargo, dentro de los estudios ya realizados, se percibe lagunas en cuanto a las investigaciones que involucran la comprensión de los conceptos utilizados en la práctica de enfermería, especialmente cuando se trata del cuidado. (Hernández y otros, 2011)

La enfermera es la profesional que tiene la función primordial de preocuparse y priorizar el bienestar del paciente. La forma de interactuar en la atención es construida a partir de un complejo proceso de sensibilidad y reciprocidad, que se refieren a la vida y formas de fortalecer la relación de las personas. (García y otros, 2011)

Hoy en día, la salud implica desde su aspecto más sensible, trabajar considerando a la persona como un sujeto autónomo y capaz de tomar decisiones sobre su salud o la falta de ésta. Por lo tanto, todas las decisiones sanitarias ya no dependen sólo del criterio de unos profesionales cualificados, sino que el enfermo es la persona que arbitra su propia estrategia y decide cómo quiere ser atendido.

Este cambio no debe significar un desafío para el profesional sino todo un estímulo, reflejo de una sociedad en constante cambio, donde los valores humanistas no sólo se perciben, sino que se aplican en los cuidados, siendo una responsabilidad más del profesional sanitario y que no sólo tiene implicación a nivel profesional, genera participación de usuarios, pacientes y familias, y conlleva la idea de curación de una enfermedad administrando relaciones de ayuda. (Llaurado, 2013)

La participación del paciente en la toma de decisiones es un cambio en la forma tradicional de la atención sanitaria, pasando de un modelo paternalista a una relación más colaborativa, donde la opinión del paciente (y sus familiares) implica ceder parte del control de la consulta, un trabajo de negociación continuado, y atenernos a respetar

las decisiones del paciente, un claro ejercicio que le permita ejercer su autonomía, lo que constituye un imperativo ético.

La Ley 41/2002 de autonomía del paciente destaca “el derecho del paciente a decidir libremente después de recibir la información adecuada entre las opciones clínicas disponibles”, a la vez que señala “la obligación del profesional a cumplir sus deberes de información respetando las decisiones de los pacientes adoptadas libre y voluntariamente por estos”. (Arbonies, 2014)

Al tratar sobre la “Autonomía” varios autores citan como un asunto trascendental la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, aprobado en 1948. Dichos principios establecieron el fundamento para el desarrollo de la cultura que protege a los seres humanos de la intervención no autorizada de terceros, principios que también se aplicaron a la medicina y la farmacia.

La autonomía y los rápidos avances en medicina, proveen mayores opciones de tratamiento, aunque en muchos casos, no se les permite elegir el tratamiento que ellos desean. Debido a esto es que se observa que el respeto a la “autonomía” continúa siendo una preocupación de interés mundial. La “Autonomía” junto con la doctrina del “Consentimiento Informado” se incorpora en diversos paneles educativos con el propósito de quedarse en medio de la sociedad en que vivimos como una nueva cultura. (Retamales, 2004)

El concepto de consentimiento informado no sólo está destinado a promover la comprensión de los pacientes y el acuerdo con la recomendación de un médico, sino que también permite a los pacientes la oportunidad de rechazar las intervenciones no deseadas. (Novoa, 2013)

El vínculo entre paciente-enfermera debe entenderse partiendo de los conceptos de salud y enfermedad que el propio paciente concibe, y cómo se interrelacionan y se confrontan. La asimilación de estos conceptos será en actitudes y conductas de dependencia incondicional al personal sanitario, o bien, en un proceso cognitivo

esencial y particular de cómo vivir la enfermedad y disfrutar de la salud, como una parte inherente a la propia vida y por tanto desde la facultad de actuar con autonomía, y sin una relación jerarquizada entre el usuario y el profesional de la salud. (Llaurado, 2013)

En la relación profesional de salud-paciente, la autonomía presupone competencia y libertad para realizar elecciones consientes entre las opciones posibles. El profesional debe considerar todas las explicaciones necesarias sobre la situación, los riesgos presentes en las diferentes alternativas de elección, para que todas las posibilidades sean reconocidas y sea factible elegir la que mejor atienda las necesidades. El paciente tiene el conocimiento de sí mismo y de sus necesidades y el profesional tiene el dominio de conocimientos para identificar los problemas del paciente e implementar los procedimientos para solucionarlos, ambos deben participar del proceso de decisión. El ejercicio de la autonomía por el enfermero ha sido considerado un tema complejo por las influencias que sufre como consecuencia de la estructura social en la cual el trabajo se desarrolla y por las barreras impuestas por esas estructuras. Resistir a ciertas influencias y romper las barreras que impiden el ejercicio autónomo del enfermero, posibilita su rescate y fortalece las relaciones entre los profesionales de la salud, los pacientes y los familiares.

Por otro lado, los derechos de los pacientes muchas veces no son reconocidos; no se valoriza el ejercicio de su autonomía. La ciudadanía, como derecho fundamental del paciente, muchas veces se le es negada; debería ser entendida como un indicador de la calidad de los servicios de salud, considerando que está relacionada con la autonomía, la privacidad y el sigilo profesional. (Godoy, 2008)

Para autores como Barra, la enfermería se ve afectada por la tecnología en dos aspectos: primero, modificando el cuidado brindado; y segundo, modificando el cuidado recibido. A parte de su significado real o su aplicación en la práctica de la disciplina de enfermería, se hace importante definir que “la construcción cultural, el paradigma científico con el que la enfermera ha sido educada y el significado que

adquiere la tecnología en su trabajo diario es lo que determina la utilización de la tecnología como un medio o como un fin, traduciéndose en cuidar a la persona como un sujeto/individuo con un papel activo o como un objeto pasivo al que se le aplican procedimientos”. Heidegger describió “la tecnología como un medio para un fin, un instrumento, así como una actividad humana”, lo cual indica que es el profesional de enfermería quien interpreta dichos instrumentos, y que no sustituyen la labor del profesional o el cuidado del paciente por parte del mismo. (Granados, 2012)

El Seguro Social de Salud, Essalud, ubicado en Chimbote, es un organismo público descentralizado, que pertenece a la seguridad social del Perú. Tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos. Brinda con los servicios de hospitalización: Medicina, Pediatría, Neonatología, Emergencia, Ginecología y Cirugía.

El Servicio de Ginecología cuenta con un star de enfermería, un tópico, tres salas de hospitalización, en cada sala 6 camas y un baño en una de ellas, cuenta con una enfermera por turno, una técnica de enfermería y dos internas, y el Servicio de Cirugía cuenta con una jefatura de cirugía, un star de enfermería, dos tópicos, 10 salas divididas en especialidades como traumatología, urología laringología, neurología, la sala 1,2,3,4 y 5 cuentan con 6 camas cada una, la sala 6, 7,8 y 9 con tres camas cada uno y la sala 10 con una cama. También encontramos dos servicios higiénicos para varones y mujeres y un servicio higiénico exclusivo para el personal de salud, un depósito de ropa y un chatero, cuenta con una enfermera en lo administrativo, dos en lo asistencial, tres técnicos de enfermería y tres internas por turno.

Teniendo en cuenta que la práctica autónoma en el ámbito hospitalario ocurre entre el paciente, la enfermera, la familia y demás profesionales, y se produce tanto en el ámbito propio de enfermería como en aquel en que la práctica se superpone con otras

disciplinas, cada vez es más importante y necesario medir la autonomía, específicamente del sector hospitalario.

Se observó que la mayoría de pacientes desearía tener mejor información acerca de su enfermedad, diagnóstico, el tratamiento, posibles complicaciones que pueda tener.

El paciente no cuenta con la orientación debida en la toma de decisiones teniendo como documento el consentimiento informado que es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el paciente ha expresado voluntariamente la intención de participar en los procedimientos, después de haber comprendido la información que se le ha dado, conociendo los beneficios, los posibles riesgos, sus derechos y responsabilidades, garantizando la independencia del paciente.

Se evidenció también que la enfermera tiene una baja interacción con el paciente lo que implica la poca confianza del paciente hacia la enfermera, dificultando su cuidado ya que en la actualidad utiliza más la tecnología y deja de lado el cuidado integral, humanístico lo que caracteriza como profesional de enfermería, por la misma sobrecarga de pacientes lo que dificulta cumplir con tal cuidado.

Teniendo como realidad que existen pocos pacientes que no cuentan con el apoyo de su familia lo cual es muy importante durante el proceso de hospitalización y recuperación ya que son el soporte afectivo que necesitan para seguir encontrando sentido a su vida, para luchar por ella y le brindan esa seguridad que ellos necesitan.

Por lo expuesto anteriormente, como investigadoras, formularíamos la siguiente interrogante:

¿Por qué la enfermera no interactúa como debe de ser con sus pacientes?

¿Por qué los pacientes desconocen acerca de sus derechos?

¿Por qué no se lleva a cabo como debe de ser el consentimiento informado?

¿Cuál es la influencia la tecnología en el cuidado de enfermería?

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los Cuidados de Enfermería que Fortalece la Autonomía del Paciente según la Percepción del Usuario? ¿Hospital III Essalud Chimbote, 2016?

1.4. MARCO REFERENCIAL

1.4.1. Autonomía

Definiciones

La autonomía quiere decir ser capaz de hacer lo que uno cree que se debe hacer, pero no sólo eso. También significa ser capaz de analizar lo que creemos que debemos hacer y considerar si de verdad debe hacerse o si nos estamos engañando. Somos autónomos cuando somos razonables y consideramos qué debemos hacer con todos los datos a nuestra disposición. Dicho de otro modo: somos verdaderamente autónomos cuando usamos nuestra conciencia moral. (Según Aviram y Yonah, 2004)

Hacen referencia al término autonomía como aquella que deriva del griego autos (propios) y nomos (regla, autoridad o ley), el cual ha adquirido significados tan diversos como autogobierno, derechos de libertad, respeto a la obligación de intimidad, elección individual, libre voluntad, elegir el propio comportamiento de tener soberanía sobre su yo. No es por tanto un concepto unívoco ni para la lengua ni para la filosofía contemporánea. Es un concepto constituido por varias ideas. (Beuchamp y Childress, 1999) Para Luis Trujillo la autonomía es una potestad del individuo para regirse mediante normas y órganos de gobierno propios. No obstante, el individuo debe mantener una relación adecuada con el mundo y regirse por normas

externas que condicionan sus relaciones con el medio, esto se conoce como heteronomía. Entonces un individuo para ser autónomo debe ser a la vez heterónimo (Trujillo, 2012)

Para hablar de la autonomía tenemos que hablar del individuo, del sujeto. Edgar Morin, plantea que el sujeto es un ser biológico, que corresponde a la lógica misma del ser vivo. Así mismo, se refiere al concepto de autonomía afirmando que un individuo, para ser autónomo, depende del mundo externo. No sólo es necesaria una dependencia de interrelaciones, sino una dependencia informativa y organizativa con respecto al mundo exterior; es por esto que habla de auto-eco-organización. Es decir, todo ser vivo, depende de su medio ambiente, ya sea biológico, social o cultural. Toda vida humana autónoma es un tejido de dependencias increíbles (rindo cuenta de mis actos a los demás mientras los demás me rinden cuenta de sus actos a mí, lo que significa que mi ejercicio de libertad es válido mientras no vulnere al otro). Por tal razón, el reto de la autonomía no está en hacer seres individualistas y solitarios, por el contrario, una verdadera autonomía deberá tener un carácter dialógico, haciendo hincapié en la integración solidaria de la persona con su comunidad. La persona autónoma tiene en cuenta al otro y por ende desarrolla una autonomía moral. Podemos decir que todos somos autónomos, en la medida que todos y cada uno de nosotros, necesitamos del otro para “ser” (Laverde ,2004) Y por último para Jorge Ferrer y Juan Carlos Álvarez la autonomía es la capacidad de elegir racionalmente fines y medios también permiten a la persona humana prever las consecuencias de sus actos y tomar decisiones eligiendo las consecuencias previsibles en función de sus preferencias. Esta posibilidad constituye el corazón de toda la vida moral: la autonomía como capacidad de elegir un proyecto de vida y escoger también los medios para realizarlo aquí y ahora. Aunque la autonomía, la voluntad libre, está condicionada por múltiples factores biológicos, sociales, culturales, lingüísticos entre otros, no está sin embargo “determinada”. Ninguna

acción aparece como totalmente inevitable; incluso no elegir es también una elección. Por eso nos sentimos responsables de nuestros actos ante nosotros mismos y ante los demás. (Ferrer y Álvarez ,2003)

Autonomía como parte de la integridad

Pellegrino afirma que la integridad “es un atributo de todo ser humano en pleno uso o no uso de sus facultades, adultos, niños, conscientes o inconscientes, no admite grados ni se puede perder, no es algo que tenemos, es parte de nuestro ser como humanos y no se puede transferir”. La autonomía hace parte de esa totalidad, es una de las capacidades de la persona total, pero no es el total de las capacidades. (Pellegrino, 1990) Cuando hablaba de la integridad de la persona, Pellegrino se refiere a la integridad del ser. Por integridad de la persona entendía la correcta ordenación de sus partes. La integridad abarca la autonomía porque su pérdida impide que se obre como un ser humano intacto y completo. Así pues, la integridad incluye la totalidad fisiológica, psicológica y espiritual del individuo. Se corresponde con el equilibrio y la armonía entre las diversas dimensiones de la existencia humana, necesarias para el buen funcionamiento de todo el organismo. La integridad de una persona se expresa pues en una relación equilibrada entre los elementos corporales, psicosociales e intelectuales. Cada uno de estos elementos toma la delantera cuando el bien del conjunto así lo exige. Cada uno cede ante el otro por el bien del conjunto. La integridad, en este sentido, es sinónimo de salud. Por el contrario, la enfermedad se corresponde con la desintegración, con la ruptura de la unidad de la persona. Esta ruptura puede ocurrir en una o más de las tres esferas (Gómez ,2014) Por integridad de la persona se entiende la correcta ordenación de las partes del todo, el equilibrio y

armonía entre las diversas dimensiones de la existencia humana necesarios para el buen funcionamiento de todo el organismo humano.

El modelo teórico de enfermería propuesto por Callista Roy, comparte esta concepción del ser humano “las personas son totalidades integradas capaces de actuar”. Además las considera sistemas adaptativos holísticos que se encuentran en continua interacción con un ambiente cambiante entendiendo por este todas las condiciones, circunstancias e influencias que afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos.

Desde estas posiciones Callista y Pellegrino miran la salud como un estado holístico donde hay armonía y balance entre lo físico, lo social y espiritual de la persona, y el medio ambiente donde vive y se desarrolla, ninguna de estas dimensiones es desproporcionada en relación a las demás. La integridad en este sentido, es sinónimo de salud.

La enfermedad es igual a desintegración, a ruptura de la unidad de la persona.

Esta ruptura puede ocurrir en una o más dimensiones, cada una de las cuales tiene sus propias implicaciones éticas: corporales, psicológicas y axiológicas.

Por lo anteriormente expresado la relación del profesional de enfermería con el paciente debe ser, por definición “holística.” Cuidar contribuye a la devolución de la integridad, genera la obligación de restaurar y mejorar la capacidad autónoma del paciente para tomar decisiones. Por tanto, en última instancia, la autonomía se basa en la integridad de la persona. Usurpar la capacidad humana de autogobierno es violar esa integridad. (Gómez, 2007)

Para Callista Roy las personas como sistemas adaptativos holísticos se encuentran en interacción permanente con el medio ambiente, en él se encuentra tres clases de estímulo:

- Focales: son aquellas situaciones o circunstancias que la persona debe confrontar de forma inmediata tales como una enfermedad para lo cual requiere el consumo de energía.
- Contextuales: son otros estímulos que están presentes en la situación y que influyen en la forma como la persona puede afrontar el estímulo focal.
- Residuales: son factores desconocidos que se encuentran en el ambiente y no hacen parte del problema en sí. Estos pueden ser una creencia, una actitud producto de experiencias pasadas; en el momento que se conoce como están actuando en la situación problema se convierten en contextuales.

Estos estímulos activan los subsistemas de afrontamiento regulador (modo fisiológico) y cognitivo (conciencia, proceso cognoscitivos y emocionales) con el propósito de desencadenar respuestas que permitan controlar la situación.

La identificación de los estímulos, al igual que la adaptación, es un proceso dinámico; en la medida en que varía la situación cambian los estímulos, y en un momento dado, un estímulo que no era importante se puede volver focal, contextual o residual. (Whetsell, 2007)

Afrontamiento y autonomía

Según la teoría de adaptación de Callista Roy refiere que el proceso de interacción permanente entre la persona y el ambiente genera diferentes situaciones que desestabilizan, las cuales deben ser controladas por esta para mantener un estado de equilibrio, sostiene también que lo que determina la calidad de vida de una persona no son las circunstancias que ocasionan estrés, sino la forma como la persona relaciona ante estas y su habilidad para adaptarse a los cambios (Roy, 2000)

Desde una perspectiva general, Weisman y Worden, consideran el afrontamiento como “lo que se hace cuando se percibe un problema en orden de originar alivio, recompensa o equilibrio” (Seriano, 2002) Desde una perspectiva psicológica, Pearling y Schooler, conceptualizan el afrontamiento como “Un comportamiento que protege a la persona de un daño psicológico, generando por una experiencia social problemática o un comportamiento que media en forma importante el impacto que la sociedad tiene sobre sus miembros (Mora, 2002)

Desde la perspectiva del modelo psicoanalítico de la psicología del ego, Lázarus y Folkman (1986), consideran afrontamiento como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, desarrollados para manejar las demandas específicas externas y/o internas (Vera, 2004)

En la adaptación y cuidado en el ser humano. Se requiere enfatizar en el afrontamiento y la adaptación que la persona realiza para guardar equilibrio en sus diferentes etapas del ciclo vital, como respuesta a los diversos estados, estímulos o circunstancias. Para ello sirve de referencia en modelo de adaptación de Roy, que ve a la persona como un ser holístico con dimensiones y particularidades y con una dignidad y trascendencias únicas, el eje central es el ser humano, descrito en su componente adaptativo como una persona con procesos internos y externos, que vive en constante interacción con su medio para lograr mantener la adaptación en este contexto el fin principal del profesional de enfermería es promover conjuntamente con dicha persona la meta para alcanzarla.(Gutiérrez, 2007) Desde la perspectiva holística de enfermería, Roy define así afrontamiento “Los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente, actúan como un todo para mantener los procesos vitales de la persona y su integridad, por eso el afrontamiento es esencial para la salud y el bienestar”. Algunas características del afrontamiento son:

- a. **Dinámico** porque depende de interacción entre el individuo y el entorno la cual esta mediada por varios factores personales, sociales y ambientales que se modifican permanentemente.
- b. **Multidimensional** incluye múltiples interpretaciones de la interacción y de acuerdo a ellas cada persona utiliza diferentes estrategias para afrontar la situación (Gómez, 2007)

Tipos de afrontamiento:

Para Callista Roy considera tres tipos de estrategias de afrontamiento: *Cognitivas*: pueden ser de dos tipos: aquellas que buscan minimizar las consecuencias y el impacto de la situación, negando su gravedad o ignorándola y aquellas que, por el contrario, se enfocan en la situación y se ocupan de ella.

Afectivas: hace referencia a los intentos que realiza la persona para controlar las reacciones emocionales que el problema genera, se manifiesta en la expresión de sentimientos frente a sí mismos y frente a otros, aceptando estos sentimientos o resignándose a permanecer en esas condición.

Comportamentales: buscan controlar el estímulo o estresor en forma directa actuando frente al problema que la persona considera es susceptible de modificar. Estas también pueden ser evasivas cuando la persona siente que no puede actuar frente al estímulo y lo rechaza en forma consciente o inconsciente.

La capacidad y las estrategias de afrontamiento hacen visibles las características personales relacionadas con los pensamientos, los sentimientos y las acciones individuales propias de un ser holístico quien, al utilizar los recursos de afrontamiento innatos y adquiridos buscan adaptarse a un ambiente cambiante (Liveneh, 2007)

1.4.2. Cuidados de Enfermería

Definiciones

Para Von Leyden el cuidado de enfermería es el cuidado de una vida humana, su comprensión implica el complemento de saberes y el mirar la vida como realidad, como interacción social, demanda congruencia entre valores, actitudes, acciones y expresiones. Teniendo en cuenta el componente tecnológico, las habilidades, las actitudes y sentimientos en un nivel ético y humano. Donde concluyó con el siguiente pensamiento “El primer acto del tratamiento de la enfermedad, es dar la mano y una muestra de cariño al paciente” (Duran, 2013)

Según Walter Hesbeen los cuidados de enfermería son algo más que la actividad profesional de enfermería, es la complejidad, susceptibilidad de una persona humana versus a una persona humana. Se tienen que ofrecer de una manera individualizada y se han de ofrecer de forma personalizada es decir: A la hora de realizar unos determinados cuidados de enfermería hay que tener en cuenta siempre a la persona que tenemos delante. Ya que cada persona es maravillosa, única e irrepetible (Araque, 2010)

Para Jean Watson 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 se basa en la reciprocidad y tiene 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 partícipe en las transacciones de cuidados humanos (Ariza y Daza, 2008)

A través de estudios transculturales Leininger, realiza los primeros intentos para clarificar y conceptualizarla noción del cuidado: y el cuidado es para enfermería el dominio central del cuerpo de conocimiento y las prácticas.

Afirma que, el constructo cuidado se ha manifestado durante millones de años como fundamental en el crecimiento y supervivencia de los seres humano sí.

El cuidado permitió a la especie humana vivir y sobrevivir bajo las más adversas condiciones ambientales, sociales, económicas y políticas. Los antecedentes del cuidado ya se remontaban a la mitología romana, en que el “Cuidado” quien crea al hombre y lo protege.

De esto se deriva que la acción de cuidar es, entonces, algo propio del ser humano y revela su Íntima constitución. Leininger, considera que el cuidado es de carácter universal pero son los procesos, métodos y técnicas con los que se desarrollan los que varían culturalmente, es así que en la cultura anglosajona se distingue entre los términos de “care” y “caring”, care es la acción de cuidar y caring incorpora además un sentido e intencionalidad humanitaria en enfermería. (Poblete y Valenzuela, 2007)

Interacción enfermera – paciente

Para Angélica Riveros Rosas la interacción o comunicación enfermerapaciente ocupa un lugar prioritario en el ejercicio de la práctica profesional de las enfermeras, ya que es el eje articulador de los cuidados, tanto asistenciales, como tecnológicos, dirigidos a la oferta del cuidado de enfermería de calidad.

Bajo esta premisa se realizó una amplia búsqueda a partir de los descriptores: relaciones enfermera-paciente, comunicación enfermerapaciente, cuidado de enfermería y satisfacción del paciente, entrenamiento para la comunicación en enfermeras, efectos de los entrenamientos en comunicación enfermera-paciente. Se consultaron bases como: Medline, Base de datos Cochrane y Cuiden de Enfermería; la localización de los primeros artículos que se consideraron de valor para la orientación de la búsqueda planeada, motivaron a la recuperación de

artículos afines, referidos en estos, lo que permitió la ampliación y profundización en el tema. A través de esta exploración se ha podido identificar desde cuándo se ha estudiado este fenómeno, quiénes lo han investigado, con qué propósito, con qué metodologías, qué hallazgos han encontrado, qué similitudes se han establecido, qué diferencias se han hallado, qué planteamientos se han confirmado y qué limitaciones se han reportado. Se establecen tres ejes de estudio, los cuales por razones de espacio se dividirán en dos partes; en esta primera parte se abordan los dos primeros ejes y en una segunda el tercero,

- Interacción o comunicación enfermera-paciente.
- Calidad y satisfacción derivada del cuidado.
- Efectividad de los entrenamientos en habilidades para la comunicación (Riveros, 2012)

El filósofo Martín Buber 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

La relación que se establece entre paciente y enfermera es distinta de las demás relaciones que se dan entre las personas. Muchas relaciones humanas son fugaces debido, por un lado, a que las normas sociales dictan los comportamientos correctos, y por otro, a la realidad del tiempo y la energía disponibles. Por lo general, las personas nos acercamos las unas a las otras para lograr un objetivo concreto, para resolver un problema o para disfrutar de la compañía del otro. Muchas personas adultas limitan sus relaciones íntimas de cuidar a un reducido círculo de familiares y amigos íntimos.

El cuidar y la ética del cuidar da importancia a la relación entre enfermera y paciente y da por supuesto que es una relación entre estas dos personas. Depende también de cómo el paciente y la enfermera definan lo que es importante en su contacto interpersonal. (Buber, 1970).

Según un estudio realizado en 1991, los docentes de enfermería consideran que los factores de confort y confianza tienen una gran importancia mientras que los pacientes afirmaron que es más importante el comportamiento conjuntamente con cuidados físicos. En este estudio, el personal docente de enfermería piensa que el segundo significado del cuidado emocional es más importante mientras que los pacientes consideran que es el primero, el de proporcionar cuidados es el más importante. (Komorita y otros, 1991)

Las relaciones interpersonales que se dan entre la enfermera y el paciente en el proceso de atención son muy complejas y están influenciadas por múltiples situaciones y factores, entre ellos: los conocimientos, valores, principios y creencias propias de cada una de las personas. Por esto, los cuidados de enfermería suponen una confrontación positiva y activa entre la enfermera, el equipo de salud y los pacientes, que requiere del cumplimiento de una serie de características, tales como: honestidad en el actuar, inspirar confianza y respeto a la individualidad, las cuales contribuyen en la atención de los pacientes para la recuperación de la salud (Orozco, 2002).

Además, como menciona esta misma autora, los cuidados de enfermería no pueden realizarse sin establecer relaciones con los pacientes, es decir, no es posible *cuidar* sin formar vínculo alguno con los pacientes. Esta relación es un acto continuo y dinámico, es un vínculo interpersonal permanente en el que el proceso de comunicación está siempre presente. Así, la esencia del cuidado descansa en el diálogo, la comunicación y la interrelación entre la enfermera y el paciente o sus familiares.

El análisis de la comunicación interpersonal en la relación enfermerapaciente ha destacado la importancia de la comunicación no verbal en los vínculos cotidianos, donde si bien una habilidad determinante es el lenguaje oral, los aspectos corporales que acompañan a lo dicho son

fundamentales para la mejor comprensión del propósito de nuestros mensajes.

Al respecto, se ha planteado que el comportamiento no verbal involucra un código secreto y complicado, escrito en ninguna parte, conocido por nadie y entendido por todos (Cruz, 1999).

En el contexto de la relación enfermera-paciente se sugiere desarrollar una serie de habilidades comunicativas por parte de la enfermera, mismas que van desde la capacidad de escuchar hasta el manejo de la comunicación no verbal. Conforme algunos autores, hay nueve habilidades que pueden enriquecer la comunicación interpersonal y, por ende, la relación de la enfermera con los pacientes y sus familiares, además de favorecer su vinculación con el personal de salud. Las habilidades incluyen:

- El comportamiento visual (los ojos y la mirada)
- La postura
- Los movimientos
- Los gestos y las expresiones
- La voz y la entonación
- El lenguaje
- La atención
- El manejo del humor
- El aspecto y el vestido (López y Vargas, 2002).

Aunque este estudio no profundiza en el análisis del comportamiento espacial, cabe mencionar que las posturas, la orientación en el espacio, la distancia y el contacto corporal también son aspectos relevantes a considerar en las relaciones interpersonales. Cruz (1999) ha estudiado la influencia de estos factores en los procesos de comunicación surgidos en diferentes contextos sociales.

Por otra parte, los estados de ánimo que experimenta el personal de enfermería pueden ser un elemento importante para revitalizar las relaciones de comunicación enfermera-paciente, que es crucial para el

logro de una buena atención y recuperación de los pacientes. Las enfermeras enfrentan situaciones que generan un impacto emocional capaz de afectar su sentido del humor. En los ambientes hospitalarios, la posibilidad de que ocurra algo inesperado está siempre latente y las relaciones interpersonales son complejas, debido a la convivencia entre colegas, con otros profesionales de la salud, los pacientes y sus familiares. Por ello, se sugiere el manejo del sentido del humor expresado a través de la risa, ya que psicológicamente libera la ansiedad, y esto puede traducirse en una sensación de bienestar y relajación (González, 2005).

Además del desarrollo de competencias comunicativas y del manejo de los estados de ánimo, suelen destacarse diversas recomendaciones para el manejo de las *actitudes* por la enfermera, entre ellas:

- El respeto de la dignidad de la persona y sus decisiones.
- La independencia y la distancia emocional respecto a la problemática de los pacientes.
- La honestidad en cuanto a sus capacidades, virtudes, limitaciones y defectos.
- La libertad de actuar del ser humano.
- La confidencialidad (Orozco, 2002).

Similarmente, Quintero (2001) señala que los cuidados de enfermería implican un *compromiso*, cuyo objetivo fundamental es la protección y preservación de las dimensiones humanas, tales como el respeto a la dignidad de la persona, la autonomía del paciente y la comprensión de los sentimientos y las emociones del mismo.

Además, existen cualidades del profesional de enfermería que son recomendables en sus relaciones interpersonales durante el cuidado de los pacientes, como son: una actitud cálida y empática, la capacidad de

escuchar y acoger al paciente en sus estados emocionales, basada en la confianza y el respeto, además de sus capacidades de negociación y educación del paciente y sus familiares.

El desarrollo de algunas de estas cualidades dentro del proceso de formación del profesional de enfermería se ha vinculado a un enfoque centrado en la persona, donde se destaca el valor de la empatía, la importancia del autoconocimiento, la aceptación incondicional, sin discriminación alguna, y la congruencia (ser uno mismo en la atención brindada). Un estudio mostró que si durante la formación profesional de enfermería se propicia el desarrollo humano, logran asumirse gradualmente algunas de las cualidades antes citadas y los pacientes atendidos lo notan, suelen manifestar su satisfacción por ser escuchados, por tratar de entender las diferentes situaciones que viven, en suma, por ser tratados como personas (Hernández y Cols. 1999).

Por su parte, Arratia resalta la importancia de humanizar la atención de enfermería y centrarla en la persona, considerando el respeto y la dignidad de la misma. Menciona que debe fomentarse en el profesional de enfermería el respeto por las decisiones de los pacientes, el respeto a su libertad de elección (por ejemplo, aceptar o rechazar un procedimiento específico), incorporando el consentimiento explícito de las personas. De este modo, pueden evitarse algunos de los principales problemas surgidos en situaciones caracterizadas por una “despersonalización” de las relaciones humanas, tales como desigualdad en la prestación de servicios, falta de respeto por la autonomía y la libre voluntad de quien recibe los cuidados de enfermería, entre otros. En síntesis, esta autora chilena propone generar espacios de humanización caracterizados por el respeto a la libertad y la dignidad de la persona, partiendo de un ambiente de confianza y seguridad, que permita una atención cálida, amable y responsable, una atención humanizada (Arratia, 1999)

Existen cualidades del profesional de enfermería que son recomendables en sus relaciones interpersonales durante el cuidado de los pacientes, como son: una actitud cálida y empática, la capacidad de escuchar y acoger al paciente en sus estados emocionales, basada en la confianza y el respeto, además de sus capacidades de negociación y educación del paciente y sus familiares.

En consecuencia para poder cuidar es necesario poseer conocimientos que le permitan ser reconocida como una profesional experta en el cuidado de la salud, conocimientos que posee la enfermera intensivista, por lo que se espera que el más alto resultado del conocimiento de enfermería se compruebe a través del contacto cálido y afectivo y en situaciones prácticas en la interrelación enfermera paciente. Por otro parte el cuidado que exige una interrelación interpersonal demanda habilidades, que se adquieren con la experiencia de ser cuidador, para trascender y establecer la relación persona a persona con el paciente inconsciente en estado crítico.

(Quiñones, 2012).

1.4.3. Potenciación De La Autonomía Del Paciente Desde El Cuidado De Enfermería.

Teniendo en cuenta los tipos de afrontamiento planteados por Callista Roy: cognitivo, afectivo y comportamental, se analizará como los cuidados de enfermería pueden contribuir a potenciar el ejercicio autónomo del paciente.

A nivel cognitivo

El subsistema de afrontamiento cognitivo propuesto por Roy en su modelo tiene relacione con la conciencia, es decir la capacidad de comprender el medio ambiente interno y externo. El procesamiento de la información se

relaciona con los procesos cognitivos básicos de atención, sensación, percepción, codificación y formación de conceptos básicos de atención, sensación, percepción, codificación y formación de conceptos, memoria y lenguaje. En la medida que el paciente conoce, tiene de algún modo control lo que le está sobre lo que le está sucediendo y se apropia de su realidad, retomando el poder interno que había perdido, esto es precisamente lo que le permite ser autónomo dentro de sus limitaciones. Entiende su pasado, asume un presente y prevé un futuro.

Esta información (tanto la del paciente como de la del profesional) se enmarca dentro de la obligación de veracidad la cual Beauchamp y Childress la justifican en el respeto debido a los demás. Este deber tiene una conexión íntima con las obligaciones de fidelidad y de mantenimiento de las promesas, es necesaria para una interacción y cooperación fructífera. Las relaciones se basan en la confianza y la creencia de que otros sean veraces. La mentira y la revelación de información inadecuada, muestran falta de respeto hacia las personas, violan los contrarios implícitos y amenazan las relaciones de confianza; porque la condición para que se dé una buena comunicación está en la veracidad.

En esta categoría queremos enfatizar en dos funciones fundamentales del cuidado de enfermería: la información y la educación (Gómez, 2007)

Información

Una de las labores de enfermería está relacionada con la información que ofrece al paciente sobre la enfermedad acerca del diagnóstico, la naturaleza, los riesgos, beneficios y las recomendaciones.

Beuchamp y Childress denominan a esto competencia para la toma de decisiones y considera que está íntimamente ligado a la autonomía: “un paciente es competente para tomar una decisión si es capaz de entender la información material, de hacer un juicio sobre dicha información tomando

como base sus valores personales, de pretender alcanzar un determinado objetivo y de exponer sus deseos antes sus cuidadores o investigadores”. Conseguir que un paciente comprenda y además aprecie tanto los riesgos como los beneficios puede ser una tarea ardua y difícil. Se debe buscar información pertinente, sin embargo, el profesional de enfermería no debe olvidar que el exceso de información puede dificultar la comprensión. Este exceso aumenta se utilizan términos poco conocidos o si la información no está bien organizada.

Ciertos datos son irrelevantes o triviales, otros son fundamentales, probablemente decisivos. Un método que permite comunicar información novedosa y especializada a personas con pocos conocimientos en salud, consiste en establecer analogías, metáforas entre la información y los sucesos habituales o el contexto conocido por el paciente.

En muchas ocasiones, plantear preguntas, conocer las preocupaciones e intereses del paciente y conseguir un clima que estimule a preguntar es más favorable para la comprensión, en muchos casos, que el solo hecho de la información.

Son muchas las circunstancias que limitan la comprensión de la información, como por ejemplo la enfermedad, la incompetencia, la inmadurez (Gómez, 2007)

Consentimiento Informado

Para el Consentimiento Informado Expedito Badillo Ayala y José Miguel Silva Herrera nos dice que Beauchamps y Childress en cuanto a la información como parte del proceso del consentimiento informado son: “Los profesionales están obligados a revelar la información básica, que incluye:

- a) Aquellos factores o descripciones que los pacientes o sujetos por lo general consideran importantes antes de decidir si acepta o no la intervención o investigación propuesta.
- b) La información que el propio profesional considere importante.
- c) Las recomendaciones del profesional.
- d) El objetivo del consentimiento y la naturaleza y los límites del consentimiento como acto de autorización”.

Es precisamente este respeto por la autonomía del paciente lo que interesa a la bioética. En el contexto político y de la asistencia sanitaria, el consentimiento expreso e informado se constituye en el paradigma de la autonomía. Para ejercer el principio de autonomía, el usuario tiene derecho a ser informado de forma correcta y adecuada sobre su salud, su enfermedad y sobre las alternativas de tratamiento para favorecer sus decisiones.

La importancia de la información como tópico básico de todo consentimiento informado, aparece mencionada ya en el Código de Núremberg que data de 1947.

El artículo 2.2 establece:

“Los pacientes tienen derecho a estar perfectamente informados sobre su proceso de salud, incluyendo todos los datos sobre su estado, sobre los procedimientos clínicos que se le proponen, además de los riesgos y ventajas. Sobre las alternativas en su medicación incluidos los efectos que pudieran producir el no tratamiento, sobre su diagnóstico, pronóstico y mejoras o cambios en el tratamiento.” El artículo. 10.2 indica:

“Toda persona tendrá derecho a conocer toda información obtenida respecto a su salud. No obstante, deberá respetarse la voluntad de una persona de no ser informada” 32 Más recientemente en octubre de 2005, la

conferencia general de la UNESCO aprobó por aclamación, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

Y en su artículo 6, menciona la importancia de la información en el proceso del consentimiento informado: 1. “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno. 2. La investigación científica sólo se debería llevar a cabo previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada. La información debería ser adecuada, facilitarse de forma comprensible e incluir las modalidades para la revocación del consentimiento. La persona interesada podrá revocar su consentimiento en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno (Badillo y Silva, 2011)

Según Benjamín Herazo Acuña nos dice que el Diccionario de la Real Academia Española define el consentimiento como a) la acción y efecto de consentir, de permitir algo o condescender que se haga y b) como el que ha de prestar el enfermo o, de resultar imposible, sus allegados, antes de un tratamiento médico o quirúrgico, tras la información que debe transmitirle el médico de las razones y riesgos de dicho tratamiento. Franco y Rodríguez, dicen que el consentimiento informado es definido como la aprobación que da quién va a ser atendido, para realizar ciertos procedimientos con fines de mejorar una condición de salud.

Prieto de Romano, dice que el consentimiento informado, en general, se define como el acuerdo de voluntades que se apoya, por un lado, en la información suministrada por el profesional de la salud y, por otro, en la decisión libre del paciente de aceptar o no lo que se propone como pauta de acción.

Garzón Díaz, expresa que el consentimiento informado es un proceso gradual que se realiza en el seno de la relación médico paciente, en virtud del cual el sujeto competente recibe del personal de salud una información suficientemente comprensible que la capacita para participar voluntaria y activamente en las decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. Agrega que el consentimiento informado requiere de una decisión autónoma, entendida ésta como la capacidad de toda persona para expresar su proyecto de vida.

La edición de 1984 del Manual de Ética del Colegio de Médicos Americanos, define el consentimiento informado así: “El consentimiento informado consiste en la explicación a un paciente, atento y normalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser obtenida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente”. Jorge Andrés Franco Zuloaga y Martha Cecilia Agudelo Yepes, médicos forenses del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia, opinan que “la palabra consentimiento viene del latín “consensus”, derivada a su vez de “cun” y de “sentire”, lo cual supone el acuerdo de dos o más voluntades sobre el mismo punto, por tanto el consentimiento constituye la esencia misma de un contrato, dado que éste existe cuando varias personas se ponen de acuerdo sobre una declaración de voluntad común”.

Fernando Sánchez Torres, Presidente del Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos, ICEB, define consentimiento informado así: “consentir es admitir, autorizar, permitir o condescender en que se haga algo. Por su parte, consentimiento es, como lo define el Diccionario de la lengua española, la acción y el efecto de consentir. La connotación jurídica que

encierra el término tiene que ver con los contratos, en los que hay dos contratantes, siendo uno el oferente y el otro el aceptante; la conformidad de voluntades es requisito indispensable para su validez jurídica”. El consentimiento es manifiesto cuando es aceptado implícitamente por el paciente, en forma verbal o escrita y el tácito cuando se da por sobrentendida su autorización por la actitud del mismo frente, intervención o tratamiento a realizar. La validez de uno u otro varía dependiendo del grado de perturbación que traiga el procedimiento en las actividades del paciente. Además, el tratamiento es considerado ordinario cuando no hay una perturbación mayor en las actividades y extraordinario en el momento en que hay una intromisión en la vida del paciente. Entonces, en casos de intervenciones ordinarias el paciente tiene pleno derecho a rehusarse pero el hecho de no manifestarlo y de aceptar las prescripciones es suficiente para considerar una aceptación tácita; opuesto a lo anterior, si el procedimiento es extraordinario se debe obtener el consentimiento del paciente y preferiblemente en forma escrita (Herazo, 2007).

Educación

Según Henderson el profesional de enfermería necesita compartir e impartir conocimiento, ya que este empodera a ambas partes, implica una participación como iguales en la discusión y decisiones en cuanto al cuidado de la salud.

El enfoque de Noddings en la relación enfermera paciente, así como para la relación profesor estudiante, tiene cuatro componentes:

Modelo: tenemos que mostrar en nuestro comportamiento que significa cuidar, el cuidar se demuestra a nuestros pacientes a través de nuestra relación con ellos.

El diálogo: es una forma no selectiva de atención que invita a una construcción mutua, que envuelve receptividad, reflexión, invitación a la evaluación, revisión y una exploración futura.

La práctica: que se aprende en la experiencia de la relación entre cuidadores y cuidados, esto permite desarrollar su apreciación de la presencia y efectos del cuidado, teniendo en cuenta que la experiencia revisada es la mejor maestra.

La confirmación: es el acto de afirmar, desear y alcanzar lo mejor para los otros, y requiere de la verdad, la continuidad y la confianza en la relación (Sanford, 2000)

Para Pablo Freire, la educación es un método para despertar la conciencia. Se debe alcanzar un relación que no sea polarizada, el profesional en enfermería es el que enseña sino a través del dialogo aprende con el paciente, ambos crecen en ese dialogo que es una herramienta poderosa para desarrollar contenido, porque los planes fallan si las personas que lo desarrollaron tiene una posición muy omnipotente e ignoran a quien va dirigido.

El conocimiento debe ser reorganizado, sistematizado y desarrollado. El dialogo se convierte en una necesidad existencial, permite una construcción de significados de los que se conoce y lo que podría ser descubierto, que hace ver el mundo real en un continuo cambio. El proceso de educación ocurre desde un punto de vista holístico y se va adquiriendo a través de una relación de confianza y fe.

Algunos aspectos que se deben tener en cuenta en este proceso educativo son:

- Ver al paciente como único en el plan de educación, ya que aunque varios tengan la misma enfermedad cada uno la vive de forma diferente y el ambiente en el que se desenvuelve hace que tenga diferentes influencias.

- Se debe indagar sobre creencias y conocimientos que tiene el paciente acerca de su problemática.
- La educación debe ser gradual, no se debe dar mucha información al mismo tiempo, se debe ir de lo sencillo a lo complejo.
- No se debe usar tecnicismos, se debe utilizar un lenguaje universal y de fácil comprensión.
- Previamente se debe conocer el contexto de la persona, sus roles, su grado de educación, el entorno y la experiencias previas con problemas de salud.
- Se debe tener en cuenta el momento oportuno: cuando esta alerta, animado, que se garantice la privacidad y la no interrupción. El paciente debe darse cuenta que el tiempo del profesional en enfermería es para él.
- Debe darse una retroalimentación, es decir, conocer que ha comprendido de aquello que se le ha explicado.
- Todo lo anterior es importante, sin embargo de nada sirve si no se asume una actitud de respeto y de igualdad frente al paciente, comunicaciones escritas, frías, o leídas, atemorizan al paciente y no permiten la construcción de la confianza (Gómez, 2007)

Proceso del momento educativo

Planteamos aquí una propuesta que si bien es cierto no está validada sirve como referente para hacer de estos espacios de información o de educación “momentos pedagógicos” que permitan la construcción de significados.

1. Se debe partir de un conocimiento previo del paciente, su nombre, su enfermedad, su origen, el motivo de su ingreso, del estado de su enfermedad, su contexto familiar.
2. Realizar valoración de enfermería y al mismo tiempo indagar acerca de las dudas o inquietudes que tiene, si conoce su enfermedad, si ha tenido experiencias previas de hospitalización,

que temores alberga, sus preocupaciones, sus valores, todo esto con el ánimo de establecer un clima de confianza.

3. A partir de lo anterior se debe definir el momento oportuno para dedicarlo a este espacio de educación o información, el profesional de enfermería establece un dialogo con el paciente generando preguntas, cuestionándolo, reconociendo sus hábitos, evaluando su capacidad de comprensión y raciocinio, verificando los conocimientos que tiene el paciente, complementando sus saberes, reconociendo al otro con capacidad de argumentar racionalmente. Este dialogo se da bajo unas condiciones de igualdad, de libertad y de veracidad.
4. El profesional de enfermería le ofrece reflexiones éticas al paciente en torno a su ejercicio autónomo con respecto a manejo y cuidado de su enfermedad, los beneficios que obtendrá al hacerlo para mejorar su situación de salud y para asumir la responsabilidad del cuidado de su propia vida.
5. Establecer con el paciente un plan de cuidado y unas metas a corto, mediano y largo plazo que las ampliaremos en la parte comportamental.
6. Realizar una evaluación de los resultados obtenidos, de las metas logradas, dificultadas encontradas para buscar otras alternativas que puedan enriquecer al quehacer de la práctica (Gómez, 2007).

Competencias de un paciente autónomo

Pellegrino involucra la competencia como una capacidad de hacer un determinado razonamiento que lleva a la persona a una decisión concreta dentro de un conjunto de posibilidades.

El establece un perfil del paciente autónomo a partir de cinco características que he tomado como referencia para establecer unas acciones de enfermería que potencien la autonomía del paciente.

1. La capacidad de comprender, retener y recoger información en torno a sí mismo y a su estado Acciones de Enfermería:

- Informar al paciente acerca de los derechos, servicios y beneficios que tiene en esa institución y la forma como están organizados en el tiempo. Aclararle quien tiene la información que necesita, quienes son las personas que tienen la responsabilidad directa de su cuidado y cuáles son sus roles.
- Realizar una valoración del grado de inteligencia y capacidad de raciocinio, nivel de educación, lucidez mental, desarrollo de habilidades y destrezas para resolver problemas, para emitir juicios.
 - Conocer el estado de fragilidad y sensibilidad en que se encuentra el paciente y valorar como le afecta su grado de comprensión en el día a día.
- Indagar que información tiene el paciente, que otra información desea, cuanta información, cuando la desea y cuando no la desea.
- Brindarle una información clara y veraz sobre la historia de su enfermedad y verificar el grado de comprensión.
- Ayudarle a descubrir aspectos de su entorno que están influyendo en su enfermedad.

2. Capacidad para comprender la relación entre la información recibida y la enfermedad, es decir que debe hacerse o no hacerse para cuidarse y prevenir mayores complicaciones.

Acciones de Enfermería:

- Interpretar los síntomas del paciente a la luz del conocimiento y de la experiencia ya que el paciente no siempre puede reportar los síntomas de forma precisa.
- Brindarle elementos para que evalúe la información que obtiene por diferentes medios utilizando un lenguaje claro y sencillo que no le genere más incertidumbre. Generar preguntas, aclarar dudas.
- Brindarle información que le permita tener claridad sobre las causas de su enfermedad y su responsabilidad en ella, y la forma como él puede participar su propio cuidado.
- Brindarle educación acerca de la enfermedad como los efectos de los fármacos, de los medios diagnósticos y tratamientos que son posibles solución para su enfermedad.
- Tener en cuenta que la información es dinámica, a medida que se obtienen mayores resultados de las pruebas, el paciente tiene derecho a que se le actualice.
- Llevarle a concientizarse de su enfermedad y disfrutar de los beneficios a los que tiene derecho.

3. Capacidad para integrar, ordenar y relacionar la información recibida a la luz de los valores personales.

Acciones de Enfermería:

- La enfermera debe generar una relación de confianza para identificar cuáles son los valores del paciente y que influencia están ejerciendo otras personas sobre sus decisiones para protegerlo del abuso de terceros.
- Valorar diariamente las limitaciones de la autonomía del paciente según el curso de su enfermedad.
- Buscar la independencia más que la dependencia procurando que el paciente asume la responsabilidad sobre su propio cuidado.

- Valorar las reflexiones que hace el paciente acerca de sus valores, creencias, prejuicios, asumiendo una actitud de escucha respetuosa.

4. Capacidad de seleccionar una opción y de dar razones de dicha decisión.

Acciones de Enfermería:

- Tener en cuenta que la hospitalización en si produce desorientación en el paciente, puede ser debilitante psicológicamente, el desespero, la falta de esperanza, la poca concentración y la lluvia de pensamientos puede afectar a los pacientes en la toma de decisiones y los puede tornar ambivalentes.
- Brindarle tiempo para aclarar sus inquietudes y precisar que necesita para tomar una decisión consciente y razonada.
- Garantizar que el paciente sea dueño de sí mismo, consistente, independiente, libre de cualquier coacción o manipulación externa.
- Identificar los valores, creencias que están implícitas en la toma de decisión.
- Respetar la decisión del paciente y no obligarlo a que siga nuestras directrices.

5. Capacidad de comunicar esta decisión a los otros si equivocarse.

Acciones de Enfermería:

- Escuchar para evaluar si lo que dice está acorde con sus sentimientos, si está siendo sincero y honrado consigo mismo.
- Centrarnos no solo en la información que brinda sino en la forma, la manera de comunicarse.
- Ayudarle a expresar lo que está experimentado y reconocer el significado que le da a las palabras. (Gómez, 2007)

A nivel afectivo

Respeto a la intimidad y a la privacidad

El término “intimidad” tiene su origen en el vocablo latino *intimus* que significa: zona espiritual reservada de una persona, así como de un grupo o de una familia.

La intimidad es el derecho a que ciertos aspectos de nosotros mismos no sean conocidos por los demás, es una especie de “derecho al secreto”, a que los demás no sepan lo que somos, lo que sentimos y lo que hacemos.

La intimidad siempre hace referencia a las personas, a los seres racionales, que son los únicos que tienen un “yo” y tienen conciencia de ser un sujeto único e irrepetible. La intimidad se sitúa en el terreno oculto de cada persona, donde se forjan las decisiones más propias e intransferibles. La intimidad se relaciona especialmente con la amistad, por eso se aplica con frecuencia el adjetivo “íntimo” al amigo que queremos mucho y al que le tenemos confianza. En cuanto al territorio de la intimidad, se puede decir que consta de distintos temas que compartimos o no con otros, según sea el caso. (García, 2011)

Para Fidel López Espuela y María Eugenia Moreno la intimidad es un concepto único para cada individuo, subjetivo e influenciado enormemente por la educación, edad, sexo, etnia, religión, etc. El término intimidad deriva del superlativo “*intimus*”, representando lo más interior del interior de cada persona. La intimidad está definida como parte reservada o más particular de los pensamientos, afectos o asuntos interiores de una persona, familia o colectividad. La Real Academia de la Lengua Española lo define como “zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia”, cualidad de íntimo: “lo más interior o interno”.

El derecho a la intimidad debe ser preservado desde dos aspectos: la confidencialidad o protección de los datos relativos a la salud del paciente y la protección de la intimidad personal que tiene su punto de partida en la

intimidad corporal y llega a la del constructo de los valores y creencias. El paciente, consiente de forma tácita ser explorado y observado, pero esto no supone que renuncie por ello a su intimidad. También se debe cuidar este aspecto desde un punto de vista psicológico en relación con el deseo de la persona de permanecer en soledad o en el anonimato, respetando su vida privada y autonomía. (López y Moreno, 2009)

La intimidad es autopresencia y supone una capacidad reflexiva, la persona está dotada de una intimidad desde la cual puede interiorizar todo el mundo y nadie puede arrebatarla a la vez que permanece con una radical libertad frente a ese mundo y frente a si mismo

El respeto a la intimidad es el acceso limitado a la información sobre la persona, por una parte hace referencia al derecho que tiene a que no invadan esa intimidad, a que no lo presionen a revelar algo que considera de su mundo interior, que para el resulta incomunicable, por otra parte respeto a la intimidad implica darle el tiempo y el espacio necesario para entender y decidir, al obrar así se le da primacía a su libertad.

Cuando el profesional de enfermería está brindando cuidados básicos al paciente debe tener claro el espacio o territorio del “otro” para no llegar a invadirlo sin que el libremente lo permita. Por otra parte debe velar porque otros también lo hagan. En cambio su rol le permite ofrecer elementos para que ese paciente se interrogue, se cuestione, no tema al dialogo con el mismo sobre su realidad y su grado de responsabilidad en el proceso de enfermedad, de este modo le acompaña en su toma de decisiones respetando su intimidad.

Esta intimidad solo puede ser entregada libremente cuando se construye una relación interpersonal que produce confianza, se necesita confiar en

alguien no en algo. Esta relación se ha de tener en cuenta quien soy para el otro, y quien es el otro para mí.

Respecto a la privacidad hay que distinguir dos formas, una relacionada con la privacidad de la persona y otra con la privacidad de la información, Respecto a la primera la privacidad de la persona hace referencia al “pudor” del paciente frente a su cuerpo, a su desnudez, que es parte de su intimidad, se traduce en pedir su consentimiento cuando debo tocar su cuerpo y protegerlo de miradas de terceros. (Gómez, 2007)

Establecer una relación de escucha

Según para Emmanuel Levinas la comunicación es el eje central en el acto de cuidar y de curar y no solo debe considerarse como un acto humanizado, sino como uno de los factores decisivos, junto con la competencia, la eficiencia y la eficacia de la calidad de un determinado espacio del servicio de salud. Generar un clima de acogida y respeto garantiza un mayor bienestar para el paciente y esto tiene efectos terapéuticos porque el paciente se siente cómodo, seguro, confiado.

El saber escuchar es comprometer al otro desde su circunstancia con amabilidad, entender el significado de sus gestos, de sus expresiones verbales y no verbales. Cuando el ser humano atraviesa situaciones de dolor necesita ser escuchado, necesita contar a alguien lo que vive en su interior, esto exige del oyente una predisposición muy singular que equivale a vaciar fuera de sí los propios relatos, argumentos, sus problemas. Escuchar atentamente constituye una tarea ética y patentiza el grado de profesionalidad del cuidador y su capacidad de entrega al enfermo.

Quien escucha a un enfermo debe generar una aproximación a través del tacto en señal de respeto y atención, al acariciar al paciente el entiende que se preocupan por él, precisamente como es frágil necesita en contacto

epidérmico de otro ser humano, de este modo no se siente solo y abandonado.

Esta dualidad de escucha y tacto permite que aflore más fácil los sentimientos del paciente los cuales están guardados en lo más sagrado de su interioridad, la cercanía permite abrir ese cofre y exponerlo al cuidador, colocar en sus manos su humanidad frágil y esta catarsis tiene un efecto terapéutico en el ser integral que le permite entenderse a sí mismo y al mismo tiempo lo fortalece. (Levinas, 2002)

Para Almudena Alférez Maldonado la tarea de comunicarnos ha existido desde siempre. El ser humano por naturaleza tiende a expresarse, verbal o no verbalmente, este es un hecho intrínseco a sí mismo de una forma intencionada o no, comunicamos, y este hecho es así porque, estamos en continua interacción con nuestro entorno.

La comunicación es, por tanto, “un proceso continuo por el cual una persona puede afectar a otra a través del lenguaje escrito u oral, gestos, miradas, expresiones faciales, lenguaje corporal, espacio u otros símbolos” (Mejía, 2006).

Implícita a esta definición de comunicación, y entendiéndola en este contexto, podría encontrarse la estrecha e íntima relación que tiene la tarea de comunicar con la relación de ayuda en el área de la Enfermería, siendo el arte de la comunicación un componente esencial en la actividad del profesional sanitario y, entendiéndose como relación de ayuda a “aquella relación en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de estos” (Rogers,1996).

Rogers, en su definición anterior, interpreta que lo que se pretende en la relación de ayuda es ayudar a las personas a utilizar sus propios recursos para afrontar sus problemas, sin caer en paternalismos ni autoritarismos. Definición que se ve complementada por la de Peplau que, afirma que “las intervenciones de las enfermeras son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona. Los cuidados han de ser individualizados haciendo especial hincapié en la relación humana entre la enfermera y la persona necesitada de ayuda” (Fernández, 1998).

Partiendo de la base, por tanto, de que para que haya relación tiene que haber comunicación, esta debe ser efectiva para poder originar un correcto proceso terapéutico y de cuidados, y un adecuado proceso de relación de ayuda enfermero- paciente. Dicho de otro modo, es un pilar fundamental en el desempeño del rol del profesional de Enfermería, como administrador de cuidados, condicionando esta comunicación, tanto verbal como no verbal, la calidad de nuestras relaciones considerando a la persona como un ser holístico (bio- psico- social) debemos, como profesionales de Enfermería, además de englobar en nuestra intervención meras técnicas centradas en mejorar la calidad de vida a nivel físico y/o social, centrarnos en la esfera de lo psicológico, desarrollando las habilidades y destrezas necesarias para originar una adecuada relación de ayuda, que va más allá de una simple respuesta a la cotidianidad, brindando un asesoramiento y apoyo que dé respuesta a nuestro receptor de una forma integral. Un apoyo que puede ir desde una palabra de aliento en un momento dado, hasta un simple apretón de manos, una mirada o un abrazo, convirtiendo esta relación en una dimensión más del cuidado y, todo ello justificado en la gran necesidad de la persona demandante de cuidados de sentirse acogido, escuchado y comprendido. (Alfárez, 2012)

Reconocimiento de su entorno

Francisco Torralba considera que el enfermar altera el modo de estar en el mundo, de relacionarse con los otros y de relacionarse consigo mismo. El paciente requiere de intervención humana para no perder contacto con el mundo exterior, necesita de la palabra, la comprensión, la compañía de rostros familiares, especialmente de las personas que ama.

La familia cumple un papel importante durante el proceso de enfermedad del paciente, ya sea como generadora de un ambiente propicio para enfermar o como un soporte importante para que el paciente pueda superar la crisis que le produce la enfermedad.

La familia constituye el soporte afectivo, que es uno de los factores más importantes para continuar encontrando sentido a la vida, razones de luchar, de sobreponerse a la enfermedad de algún modo la presencia de la familia constituye una gran fuente de alegría y seguridad para el paciente. Al verlo relacionarse con los diferentes miembros de la familia la enfermera puede ver más allá, de identificar la estructura familiar (filiograma) y además reconocer a personas que puedan contribuir con la labor de cuidado o construir la historia del paciente con más información. (Torralba, 2002)

Uso de la tecnología como medio en la humanización de los cuidados

Días y otros definen a la tecnología en salud como “el conjunto de saberes específicos, procedimientos técnicos, instrumentos y equipamientos utilizados en prácticas de salud”.

Autores como Barra y otros creen que esta tecnología afecta a la enfermería en dos aspectos: modificando el tipo de cuidado dado y sobre aquellos a

los que se les aplica. ¿Qué valores y patrones de trabajo son influidos por esta tecnología? La tecnología ayuda a la enfermera pero también provoca cambios en sus comportamientos, pudiendo dejar de lado la visión integral de la persona, dando más importancia a la máquina.

Autores como Barnard y Sandelowski, Escudero Rodríguez están de acuerdo al afirmar que la tecnología por sí misma es un elemento neutro y en función del uso y del significado que se le dé ésta tendrá efectos positivos y negativos en el cuidado y en las personas. La construcción cultural, el paradigma científico por el que la enfermera ha sido educada y el significado que adquiere la tecnología en su trabajo diario es lo que determina la utilización de la tecnología como un medio o como un fin, traduciéndose en cuidar a la persona como un sujeto/individuo con un papel activo o como un objeto pasivo al que se le aplican procedimientos. Algunos trabajos muestran como la tecnología debe ser considerada como una herramienta que ayuda al profesional, un medio, no un fin en sí misma. Es importante pero no imprescindible, nunca puede sustituir al contacto de la enfermera y debe primar el juicio y la valoración de la enfermera sobre la tecnología aplicada. (Palacios, 2008)

Según José María Cepeda, parece que durante las últimas décadas los términos 'tecnología' y 'humanismo' no han conjugado muy bien en salud, sino más bien lo contrario, y cuando hablamos de tecnología lo hacemos en el sentido de una barrera establecida entre los profesionales de la salud y los pacientes, que ha llevado a una asistencia menos cercana o alejada de ese enfoque de atención centrada en el paciente y en definitiva, menos humana. Ciertamente es que el humanismo es un concepto que ha evolucionado al ritmo que lo ha hecho la sociedad, y la denominada sociedad del conocimiento ha emergido apoyada en una serie de tecnologías que no solo aportan información, sino que han transformado la forma en que nos

comunicamos y relacionamos, generando un nuevo contexto y derivando en un nuevo tipo de humanismo denominado 'humanismo digital'.

Del mismo modo, cuando mencionamos el humanismo en salud hacemos referencia a esa actitud de tratar a las personas con dignidad y respeto, a modelos de relación y asistencia centrados en la persona y al tratamiento del ser humano en su conjunto, de una forma integral.

La relación entre humanismo y tecnologías no ha sido históricamente buena. En la segunda mitad del siglo XX se empieza a hablar de una cierta deshumanización en la asistencia sanitaria, atribuida en gran parte al imparable avance de la tecnología en el ámbito de la salud y la especialización de los profesionales. Hechos que sin duda han contribuido al avance y mejora de la salud de las personas, pero que también han derivado en una pérdida de la visión integral del ser humano, hacia una fragmentación de la asistencia. Y por otro lado, el modelo biomédico tan extendido en nuestra sociedad, está orientado hacia el tratamiento de enfermedades y no de personas, poniendo demasiado el acento en el uso de la tecnología. (Cepeda, 2014)

Para José García Férez y Francisco Alarcos Martínez si bien es cierto que la tecnología facilita la manera de realizar un trabajo, el carácter humanizante o deshumanizante de los cuidados mediados por instrumentos tecnológicos parece ser otorgado por el significado cultural que se le atribuye al contexto de uso, a la acción e intención de quien conoce y opera los distintos instrumentos y a la aceptación que haga el paciente o usuario de esos recursos tecnológicos. Es decir, es la elección y la interpretación cultural lo que determina lo que es o no es humano y lo que está o no humanizada. De esta manera, la deshumanización del cuidado en ambientes tecnológicos, al parecer no se debe a la tecnología en sí misma, sino, a lo que se entiende por atención humana, natural y digna.

Barnard y Sandelowski nos dice que la tecnología no es necesariamente opuesta a la atención humanizada, más bien, es complementaria mediante el uso, los artefactos son, de cierta manera, dotados de humanidad por su usuario, quien en definitiva, es el que determina como relacionarse con el instrumento y con el paciente. Por lo tanto, la tecnología puede en sí misma ser un factor humanizante. Desde esta óptica, algunos autores insisten en que son las personas o grupos culturales quienes definen lo que es humano dentro de una relación, y definen también lo que es tecnología.

Como explica José Carlos Bermejo en el ámbito clínico, es plausible que el principal elemento deshumanizador del cuidado, sea el aumento de las relaciones funcionales más que personales. En general, para lograr la atención humanizada en medios tecnológicos, se requiere que la utilización de instrumentos y técnicas en los cuidados de enfermería, no se disocie del soporte de la relación interpersonal. (Arredondo y Siles, 2009)

Por último para Amaro Cano refiere que el empleo de la tecnología sirve para realizar sólo procesos sin plantearse las implicaciones éticas y morales de su significado y uso, una herramienta creada sobre la base de la solidaridad y dirigida para la ayuda a terceros, se convierte en una máquina que realiza una tarea. Sólo se aplica la máquina, no se plantean sus repercusiones en las personas. El paciente comienza a convertirse en un número, la escucha, el trato directo disminuye y prima más el registro, la técnica, que la empatía y las miradas.

La pérdida de la complejidad de las respuestas humanas ante el sufrimiento y los conflictos morales, la falta de capacidad para identificar problemas ético-morales y la ausencia de métodos de toma de decisiones éticas y no sólo la mera aplicación de un protocolo, hacen que la visión global de la persona desaparezca y el trato se despersonalice. Todo esto provoca cambios dentro de los propios valores éticos de la enfermería.

Ha sido la enfermera(o) la(el) que ha participado activamente en mantener la visión holística de la persona en un entorno sanitario en el que prima un paradigma positivista, el que ha tenido valores éticos y conductas características como : el respeto a la dignidad y a la autonomía de la persona, prudencia en la toma de decisiones, escucha atenta, empatía, comprensión del paciente, la familia y el entorno como un todo, pluralidad en la relación con la persona enferma independientemente de edad, género, raza, religión o creencias y actitudes como la compasión, la vocación, la responsabilidad, la comunicación y el diálogo. (Palacios, 2008)

A nivel comportamental

Roy, al considerar la meta de enfermería descrita en su modelo como la forma de ampliar los procesos positivos de la vida y de promover la adaptación, reconoce un conjunto de indicadores positivos, asociados con cada uno de los modos de adaptación.

A continuación se muestra algunas de las respuestas adaptativas en cada uno de los modos que permiten ver la forma de Afrontamiento del paciente. (Gómez, 2007)

Modo de autoconcepto

Según Nathaniel Branden sostiene que el autoconcepto no es un simple concepto, sino una combinación de imágenes y perspectivas abstractas con respecto a los diferentes rasgos y características (reales o imaginarias). Así definido, es más amplio que la autoestima: el autoconcepto contiene a la autoestima. Podemos pensar en la autoestima como un círculo encerrado en otro de mayor tamaño correspondiente al autoconcepto.

También considera la autoestima como el componente evaluador del autoconcepto.

Además, para este autor, la autoestima representa una evaluación de la mente, la conciencia y, en un sentido profundo, de la persona. No se trata

de una evaluación de determinados éxitos o fracasos, tampoco de determinados conocimientos o habilidades.

Es decir, uno puede estar muy seguro de sí mismo en el nivel fundamental, y sin embargo sentirse inseguro de sus capacidades en situaciones sociales específicas. De la misma manera, puede desenvolverse bien en el trato social y, aun así, ser inseguro y dubitativo en su interior. (Branden, 1993)

María Teresa González (1999) refiere que el autoconcepto hace referencia al conocimiento y las creencias que el sujeto tiene de sí mismo en todas las dimensiones y aspectos que lo configuran como persona, esto es, en el aspecto corporal, psicológico, emocional, social, etc. Involucra una descripción objetiva y/o subjetiva de uno mismo, que contiene una multitud de elementos o atributos. El listado de atributos puede ser ilimitado y no se encuentran todos en el mismo nivel, sino que la persona los jerarquiza según un orden de importancia personal o dependiendo del contexto, la experiencia o de los sentimientos del momento (Sallés, 2011) Según Enríquez Vereau (1998), el autoconcepto es la imagen que un sujeto posee de sí mismo, de sus atributos, sus limitaciones y su capacidad potencial de interacción con los demás. Y sostiene, además que tanto los psicólogos sociales como los clínicos estiman que el autoconcepto es el ordenador de todas las manifestaciones conductuales relevantes, en la medida en que la imagen que se tiene de sí mismo influye profundamente la percepción de los otros y del mundo externo en general

(Alcaide, 2009)

El autoconcepto es considerado como la suma total de todo lo que un ser puede considerar como propio: su cuerpo, su mente, sus acciones, sus actitudes, sus rasgos, su vocación. El autoconcepto es la síntesis de las situaciones o historias pasadas y las observaciones del presente respecto a uno mismo. El autoconcepto o imagen que uno tiene sobre sí mismo, es definido por Coopersmith (1978), como: "Una abstracción que el individuo

desarrolla acerca de los atributos, capacidades, objetos y actividades que él posee y persigue. Esta abstracción está basada en la búsqueda de experiencias que el individuo percibe y mantiene, como expresión del autoconcepto".

El término autoconcepto engloba tanto la imagen que el sujeto tiene de sí mismo (autoimagen), como los sentimientos que dichas imágenes suscitan (autoestima). La autoimagen sería el aspecto cognitivo del autoconcepto, y la autoestima la dimensión afectiva del mismo (Ramos, 2004).

Componentes del Autoconcepto ○ *Nivel cognitivo - intelectual:*

Constituye las ideas, opiniones, creencias, percepciones y el procesamiento de la información exterior. Basamos nuestro autoconcepto en experiencias pasadas, creencias y convencimiento sobre nuestra persona.

- *Nivel emocional afectivo:* Es un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales. Implica un sentimiento de lo agradable o desagradable que vemos en nosotros.
- *Nivel conductual:* Es la decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente.

Interdependencia

Para Javier Echeverría “la interdependencia es un valor procedente de las relaciones humanas mismas. Ningún ser humano es, ni ha sido independiente, soberano, auto determinado, etc. Dependemos estrictamente de los demás, y no solo de nuestra familia cuando somos pequeños, si no a lo largo de toda nuestra vida. (Ausin y Aramayo, 2008)

Como ser social el individuo es un ser en relación, la interdependencia es el equilibrio entre la necesidad de tener un “territorio propio” y la de compartir con otros territorios.

Nadie puede ser absolutamente independiente ni conviene que sea muy dependiente, por eso las relaciones sanas se caracterizan por un equilibrio. También está asociada con la capacidad de dar y recibir, ambas son indispensables, no desarrollar una de ellas afecta notablemente la capacidad de las relaciones.

Para el individuo permanecer, integrarse, participar, ser reconocido, protegido, cuidado y al mismo ayudar a que otros satisfagan estas necesidades, es lo que le permite realizarse como ser social, Callista Roy plante que dos clases de relaciones de interdependencia, aunque es más estable y se da con personas allegadas, que son más importantes y cercanas para el enfermo como pueden ser los padres, la pareja, hijos u otro miembro de la familia, de los cuales el enfermo espera que haya reciprocidad afectiva, atención, preocupación, apoyo. En la segunda categoría están las relaciones de soporte, como suelen ser los amigos, compañeros, de trabajo, los integrantes de un grupo al cual el paciente pertenece o en el caso de hospitalización el personal de enfermería se convierte en grupo de apoyo muy significativo para el enfermo. (Gómez, 2007)

1.4.4. Modelo De Adaptación De Callista Roy

El modelo de adaptación fue conceptualizado por primera vez por Callista Roy quien se refiere a la adaptación como el proceso y al resultado por los que las personas tienen la capacidad de sentir y de pensar; como un individuo y que se consigue cuando la persona reacciona de un modo positivo ante los cambios que se producen en su entorno. El nivel de adaptación se ve determinado por el conjunto de estímulos focales, contextuales y residuales.

Los procesos de afrontamiento son modos adquiridos de actuar ante los cambios que se han producido a nuestro alrededor es por ello que usamos

mecanismos innatos (procesos inmediatos que no se piensan) y mecanismos adquiridos (se crean de las experiencias ya vividas).

Partiendo de una revisión histórica, de los principios filosóficos y científicos que sustentan el modelo, se abordan conceptos como persona al cual Roy lo define todo sistema adaptable, como un todo con partes que funcionan como una sola y que coexisten en su entorno físico y social; que comparten un mismo destino en común con el universo. □ Salud que lo define como un ser integrado y completo, entorno que lo define como las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo, los cuales orientan el cuidado, teniendo en cuenta la autodeterminación de la persona y los mecanismos que emplea para lograr su adaptación.

Metaparadigmas

- **Enfermería:** Roy define la enfermería como la ciencia y la práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno. La enfermera actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación.
- **Persona:** Roy define la persona como sistemas holísticos y adaptables. "Como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito concreto". Las personas y el mundo tienen en común los modelos, y comparten relaciones y significado. La persona es el foco principal de la enfermería; el receptor de la asistencia; un sistema de adaptación complejo y vivo compuesto por procesos internos y que actúa para mantener la capacidad de adaptación en los cuatro modos de vida (el fisiológico, la autoestima, la función del rol y la interdependencia).

- **Salud:** Es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y complejo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno. La salud y la enfermedad forman una dimensión inevitable y coexistente basada en toda la experiencia de la vida que tiene la persona. La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.
- **Entorno:** Es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse.

1.4.5. Teoría Del Cuidado Humano De Jean Watson

Watson fundamenta su experiencia en las ciencias humanísticas, enmarca su teoría en la corriente de pensamiento de la transformación, considerando que un fenómeno es único en su interacción recíproca y presente en el mundo que le rodea.

La característica fundamental de la teoría de Jean Watson es su interés en el cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas, es una manera de ser y de estar en relación con otros, una manera de estar en el mundo,

Watson entiende que el dominio de la Enfermería es la aplicación del cuidado en el mantenimiento o recuperación de la salud, así como el apoyo en el proceso del fin de la vida y en el momento de la muerte

Su teoría guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas. Este compromiso ha de ser un factor motivador esencial en el proceso de cuidado. Para una buena calidad de las intervenciones de la

enfermera debe existir la participación de la enfermera-persona y del paciente-persona y en el conocimiento amplio del comportamiento humano, sus respuestas, sus necesidades, sus fuerzas y límites. Un saber reconfortar, tener compasión y empatía también contempla el desarrollo personal y profesional, el crecimiento espiritual, la propia historia de vida de la enfermera, sus experiencias anteriores, las oportunidades de estudio, sus propios valores y creencias y su relación con ella misma y con los demás.

Metaparadigmas

- **Persona:** Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones, integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.
- **Salud:** Tiene que ver con una unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- **Entorno:** Es el espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetiva del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).

- **Enfermería:** Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostener sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermera tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

Para fundamentar científicamente acerca del cuidado humano enfermero, consideramos a la teoría: “FILOSOFÍA Y CIENCIA DEL CUIDADO” de Jean Watson en donde sustenta que la práctica enfermera se sustenta en 10 factores. Cada uno de ellos tiene un componente fenomenológico relativo a los individuos implicados en la relación que abarca enfermería. Los tres primeros factores independientes sirven como fundamento filosófico para la ciencia del cuidado.

1. Formación de un sistema Humanístico – Altruista de valores. Los valores humanísticos y altruistas se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de las enfermeras – educadores. Este factor se puede definir como una extensión del sentimiento de uno mismo.
2. Inculcación de la Fe – Esperanza.
Este factor, que incorpora factores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la

enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera – paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas que buscan la salud.

3. Cultivación de la Sensibilidad para uno mismo y para los demás. El reconocimiento de los sentimientos lleva al auto – realización a través de la auto aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, éstos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

4. Desarrollo de una relación de ayuda – confianza.

El desarrollo de la relación ayuda – confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de sentimientos negativos como de positivos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino y auténtico. La empatía es la capacidad para la experiencia y, por lo tanto sirve para comprender las percepciones y sensaciones de la otra persona y para comunicar aquellas comprensiones. La acogida no posesiva se manifiesta con un volumen moderado del habla, una postura relajada, abierta y las expresiones faciales que son coherentes con el resto de las comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales.

5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.

El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada para los sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de los demás.

6. Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.

El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero similar al proceso de investigación en lo que se refiere a los sistemático y organizado.

7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal.

Este factor es un concepto importante para la enfermera porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje, diseñadas para permitir que los pacientes se realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

8. Promoción del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual.

Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes al entorno interno incluyen bienestar mental y espiritual y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

9. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas. La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicológicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior. La comida, la

eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de menor rango mientras que la actividad, inactividad, sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor rango.

10. Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas.

La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson considera que este factor es difícil de comprender. Se incluye para ofrecer una experiencia que estimule el pensamiento a una mejor comprensión de uno mismo y de los demás. Watson cree que la responsabilidad de las enfermeras tiene que ir más allá de los 10 factores del cuidado y facilitar el desarrollo en el área de promoción de salud mediante las acciones preventivas de salud. Esta meta se alcanza enseñando cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo un apoyo situacional, enseñando métodos de resolución de problemas y reconociendo las capacidades de superación y la adaptación a la pérdida.

Para el estudio se considera pertinente y coherente con el tema de investigación considerar tres de los diez factores que menciona Watson: Inculcación de la Fe – Esperanza, Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal, Promoción del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual.

El respeto por la autonomía es una conquista permanente, que obliga a un juicio reflexivo y crítico sobre los cuidados de enfermería que se reduce a un procedimiento teórico y de solución de problemas de orden fisiológico, dejando de lado las necesidades integrales del paciente, es necesario enmarcar estos procedimientos en un contexto del desarrollo de

capacidades, habilidades, actitudes, valores y principios que garantice una atención integral y respetuosa de la autonomía del paciente.

El ejercicio profesional de la enfermería enmarcando dentro del Modelo de Adaptación de Callista Roy da una mirada más amplia a la profesión, genera más autonomía en el ejercicio profesional y nuevas formas de actuar frente al paciente.

Desde esta perspectiva se requiere ampliar la formación de la enfermera para que pueda ejercer su papel de cuidado en las áreas: ○ *Cognitiva:*

desarrollando competencias relacionales, comunicacionales.

- *Emotiva:* desarrollando competencias para la confidencialidad, el respeto a la intimidad y a la privacidad, para fortalecer la capacidad de afrontamiento.
- *Social:* desarrollar competencias para reconocer las circunstancias externas que rodean el contexto del paciente, su cultura, sus creencias, costumbres, valores, trabajar con la familia o las personas importantes para él, involucrarlos en el proceso de recuperación

1.5. VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE					
VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICES	ESCALA
Variable Cuidados de Enfermería que Fortalece la Autonomía del Paciente	Para Von Leyden el cuidado de enfermería es el cuidado de una vida humana, su comprensión implica el complemento de saberes y el mirar la vida como realidad, como interacción social, demanda congruencia entre valores, actitudes, acciones y expresiones. Teniendo en cuenta el componente tecnológico, las habilidades, las actitudes y sentimientos en un nivel ético y humano. Donde concluyo con el siguiente pensamiento “El primer	La variable de estudio se operacionalizó mediante las dimensiones de nivel cognitivo, afectivo y comportamental. A través del instrumento para obtener información, medir opiniones, conocer actitudes o percepciones sobre la autonomía del paciente.	A nivel cognitivo		Nominal
			Información	Ítem 01,03,04,07	
			Consentimiento informado	Ítem 06	
			Educación	Ítem 01,04,06,07	
			Competencias de un paciente autónomo	Ítem 02,05	
			A nivel afectivo		
			Respeto a la intimidad y la privacidad	Ítem 08,14,21,22	

<p>acto del tratamiento de la enfermedad, es dar la mano y una muestra de cariño al paciente”</p> <p>Según Aviram y Yonah, 2004 la autonomía quiere decir ser capaz de hacer lo que uno cree que se debe hacer, pero no sólo eso. También significa ser capaz de analizar lo que creemos que debemos hacer y considerar si de verdad debe hacerse o si nos estamos engañando. Somos autónomos cuando somos razonables y consideramos qué debemos hacer con todos los datos a nuestra disposición.</p>		Establecer una relación de escucha	Ítem 09,10,11,12,13,15
		Reconocimiento de su entorno	Ítem 16,17
		Uso de la tecnología como medio en la humanización de los cuidados	Ítem 14
		A nivel comportamental	
		Modo de autoconcepto	Ítem 18,19
		Interdependencia	Ítem 20,21

1.6. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los Cuidados de Enfermería que Fortalecen la Autonomía del Paciente según la Percepción del Usuario. Hospital III Essalud Chimbote, 2016

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar los cuidados de Enfermería que fortalecen la autonomía a nivel cognitivo del paciente.
- Especificar los cuidados de Enfermería que fortalecen la autonomía a nivel afectivo del paciente.
- Identificar los cuidados de Enfermería que fortalecen la autonomía a nivel comportamental del paciente.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Tipo de investigación

Según el nivel que se desea alcanzar y diseño de contrastación

Descriptiva: Según Cruz (2001), “delimita los hechos que conforman el problema de investigación planteado, permitiendo identificar características propias del fenómeno investigado, describe hechos a partir de un criterio o modelo teórico definido previamente.

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo porque describió la variable de estudio Cuidados de enfermería que fortalecen la autonomía del paciente.

Según el tiempo:

Transversal: Para Hernández (2002), el diseño es transversal, único tiempo, su propósito es describir variables en un determinado momento. debido a que la recolección de los datos se dará en un único momento, obteniendo una sola medición y en un Es un estudio de Campo, puesto que se orienta a recolectar la información relacionada con el estado actual de las personas, objetos, situaciones o fenómenos tal cual se presentan al momento de la recolección.

El trabajo de investigación proyecta a medir la variable Cuidados de enfermería que fortalecen la autonomía del paciente sin interrupciones en el tiempo.

Según la naturaleza de la información que se recoge:

Cuantitativa: Señala Álvarez (1990), que las técnicas cuantitativas de obtención de información requieren de apoyo matemático y permiten la cuantificación del resultado. Son utilizadas fundamentalmente para obtener datos primarios sobre todo de características, comportamientos y conocimientos. El mismo enmarcado en el positivismo, empirismo lógico, método estadístico deductivo predeterminado y estructurado.

El instrumento que se aplicó será de metodología cuantitativa porque la variable de estudio fue medida cuantitativamente, mediante procesos estadísticos estrictos.

DISEÑO DE INVESTIGACION:

Diseño no experimental: Kerlinger (1979), La investigación no experimental es cualquier investigación en la que resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones. De hecho, no hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. Los sujetos son observados en su ambiente natural, en su realidad. En un estudio no experimental no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador.

En la investigación no experimental las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas, el investigador no tiene control directo sobre dichas variables, no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

En el trabajo de investigación la variable Cuidados de enfermería que fortalecen la autonomía del paciente describió la realidad del cuidado de enfermería sin ser manipulada la variable El presente estudio responde al siguiente diseño

Estudios no experimentales descriptivos

M O Dónde:

M: Pacientes del servicio de ginecología y cirugía

O: Cuidados de enfermería que fortalecen la autonomía del paciente.

2.2 POBLACION

- Unidad de Análisis: Pacientes del servicio de Ginecología y Cirugía del Hospital III Essalud
- Población: La población considerada para el presente estudio, estuvo conformada por el total de pacientes de los servicios de Ginecología y Cirugía del Hospital III Essalud, que cumplan con los criterios de inclusión, durante el mes de noviembre. La población alcanzó un total de 42, según el detalle:

SERVICIOS	PACIENTES
Ginecología	12
Cirugía	30
TOTAL	42

Criterios de Inclusión

- Paciente que acepte ser parte del estudio a través del consentimiento informado.

- Paciente que pertenezca a los servicios de Ginecología y Cirugía.
- Paciente del sexo femenino o masculino.
- Paciente mayor de 18 años de edad.
- Paciente que, en el momento de la encuesta, se encuentre orientado en tiempo, espacio y persona.

2.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION:

Instrumento de medición de la variable:

El instrumento que se utilizó para la medición de la variable se denominó “Enfermería y Autonomía del paciente”, el mismo que fue diseñado por las autoras.

Validez Interna: Fue sometido a juicio de experto, (personal de Enfermería con experiencia) los cuales llegaron a un 80% de validez.

Validez Externa: Se realizó a través de prueba piloto en una población con características similares.

Confiabilidad: A través de la prueba Alfa de Crombach, se obtuvo un 70%

Para la aplicación del instrumento se proyectó una duración de 15 minutos aproximadamente y fue llenado por cada paciente del servicio de Ginecología y Cirugía.

La estructura del cuestionario, se establece en 22 preguntas

Se asignó un valor numérico a cada una de las preguntas de acuerdo a la clasificación siguiente:

- Siempre = 2 puntos
- A veces = 1 punto
- Nunca = 0 puntos

Se determinó la siguiente clasificación de la variable:

0 - 22	Cuidados que no fortalecen
23 – 44	Cuidados que fortalecen

2.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- **Petición de permiso:** Una vez aprobado el proyecto de investigación, se gestionó una solicitud dirigida desde la dirección de Escuela de Enfermería de la USP al Director del Hospital III Essalud, dando a conocer que las investigadoras son estudiantes del X ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad San Pedro que realizará un trabajo de investigación sobre “Cuidados de Enfermería que Fortalece la Autonomía del Paciente según la Percepción del Usuario. Hospital III Essalud Chimbote 2016.para acceder a la autorización correspondiente a la ejecución y recolección de los datos necesarios para la investigación.
- **Tramite documentario para acceder a los servicios:** Con la solicitud emitida por el Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, dirigida al Director del Hospital III Essalud, se ingresó el documento en mesa de parte para ser sellado e informado en capacitación, regresando dos días después obteniendo como respuesta dirigirnos a capacitación donde fuimos atendidas por una licenciada de Enfermería quien agilizó los tramites teniendo como problema la fecha de terminó para la aplicación del instrumento, derivándonos a

Dirección donde nos hicieron regresar al día siguiente para ver si el documento fue aceptado en jefatura de Enfermería. Al llegar a jefatura de Enfermería la secretaria nos informó que fue aceptado y que nos dirigiéramos a los servicios de ginecología y cirugía para la presentación a las jefas de servicios.

- **Firma del consentimiento informado:** Previa a la recolección de datos, se llevó a cabo el procedimiento del consentimiento informado, iniciando con la información acerca del objeto y finalidad y relevancia del estudio, ya que es fundamental para la protección de las personas que participarán como voluntarios en la investigación, luego de ello se prosiguió a solicitar la firma del consentimiento informado. Finalmente se realizará la recolección de datos a través de los instrumentos de investigación.
- **Recolección de datos:** El instrumento fue aplicado por las investigadoras en los servicios de Ginecología y Cirugía por lo que se tomó en cuenta los criterios de inclusión y exclusión considerando su libre participación y confidencialidad. La aplicación del instrumento se realizó durante en el mes de noviembre, en el turno tarde en el horario de 2:00 a 6:00 pm.

2.5 PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS SUJETOS

Para el presente estudio de investigación se utilizará la ética principialista donde utilizaremos los cuatro principios desarrollados por Tom Beauchamps y James Childress:

- **Principio de Autonomía:** El presente trabajo de investigación respeta el principio de autonomía del paciente porque solo el decidirá si desea ser el objeto de estudio a través del consentimiento informado. (Anexo 01)
- **Principio de Beneficencia:** El presente trabajo de investigación pone en práctica el principio de beneficencia por que daremos a conocer al personal de enfermería la mejora de los cuidados de enfermería para que fortalezcan la autonomía de los pacientes.
- **Principio de No maleficencia:** Durante el trabajo de investigación no se causarán daños ni agravios morales a los sujetos de estudio.
- **Principio de Justicia:** El presente trabajo de investigación respeta el principio de justicia por que serán beneficiados de la misma manera sin un criterio de selección.

2.6 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION

Para el presente trabajo de investigación se utilizó el programa estadístico SPSS, instrumento para los análisis de datos cuantitativos y para la presentación de tablas y gráficos el programa Microsoft Office Excel que permitió la interpretación y análisis de la información.

CAPITULO III

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA 1:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE FORTALECEN LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE SEGÚN LA PERCEPCION DEL USUARIO. HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE, 2016

<i>Cuidados de Enfermería</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Fortalece</i>	40	95.2
<i>No fortalece</i>	2	4.8
<i>Total</i>	42	100

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras a los pacientes del servicio de Cirugía y Ginecología del Hospital III Essalud, durante el mes de noviembre del 2016.

Interpretación: Del total de pacientes encuestados en los servicios de Cirugía y Ginecología del Hospital III Essalud, el 95.2% refiere que los Cuidado de Enfermería fortalecen su autonomía, mientras que sólo el 4.8%, refiere que no fortalece.

:

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE FORTALECEN LA AUTONOMÍA DEL
TABLA 2**

**PACIENTE SEGÚN LA PERCEPCION DEL USUARIO. HOSPITAL III
ESSALUD CHIMBOTE, 2016, SEGÚN LA DIMENSIÓN COGNITIVO**

<i>Dimensión Cognitivo</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Fortalece</i>	38	90.5
<i>No fortalece</i>	4	9.5
<i>Total</i>	42	100

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras a los pacientes del servicio de Cirugía y Ginecología del Hospital III Essalud, durante el mes de noviembre del 2016.

Interpretación: Del total de pacientes encuestados en los servicios de Cirugía y Ginecología del Hospital III Essalud, 90.5% refiere que fortalece la autonomía a nivel cognitivo, mientras que un 9.5% refiere que no fortalece.

:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE FORTALECEN LA AUTONOMÍA DEL

TABLA 3

PACIENTE SEGÚN LA PERCEPCION DEL USUARIO. HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE, 2016, SEGÚN LA DIMENSIÓN AFECTIVA

<i>Dimensión Afectiva</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Fortalece</i>	14	33.3
<i>No fortalece</i>	28	66.7
<i>Total</i>	42	100

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras a los pacientes del servicio de Cirugía y Ginecología del Hospital III Essalud, durante el mes de noviembre del 2016.

Interpretación: Del total de pacientes encuestados en los servicios de Cirugía y Ginecología del Hospital III Essalud, consideran que los cuidados de enfermería fortalecen la autonomía a nivel afectivo en un 33.3%, mientras que un 66.7% consideran que no fortalece.

:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE FORTALECEN LA AUTONOMÍA DEL

TABLA 4

PACIENTE SEGÚN LA PERCEPCION DEL USUARIO. HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE, 2016, SEGÚN LA DIMENSIÓN COMPORTAMENTAL

<i>Dimensión Comportamental</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Fortalece</i>	10	23.8
<i>No fortalece</i>	32	76.2
<i>Total</i>	42	100

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras a los pacientes del servicio de Cirugía y Ginecología del Hospital III Essalud, durante el mes de noviembre del 2016.

Interpretación: Del total de pacientes encuestados en los servicios de Cirugía y Ginecología del Hospital III Essalud, fortalece a nivel comportamental un 23.8%, mientras que un 76.2% refiere que no fortalece.

3.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la **Tabla N°1** se observa que del total de pacientes encuestados en los servicios de Cirugía y Ginecología del Hospital III Essalud, el 95.2% refiere que los Cuidado de Enfermería fortalecen su autonomía, mientras que sólo el 4.8%, refiere que no fortalece.

Los resultados coinciden con los encontrados por Artezano (2012), quien estudió acerca del Nivel de Satisfacción del Paciente sobre el Cuidado de Enfermería, obteniendo que el Nivel de Satisfacción del Paciente estuvo en nivel alto y medio.

La integridad de una persona se expresa pues en una relación equilibrada entre los elementos corporales, psicosociales e intelectuales.

Para Jean Watson 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 se basa en la reciprocidad y tiene 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 partícipe en las transacciones de cuidados humanos. Los cuidados de enfermería no pueden realizarse sin establecer relaciones con los pacientes, es decir, no es posible cuidar sin formar vínculo alguno con los pacientes. Esta relación es un acto continuo y dinámico, es un vínculo interpersonal permanente en el que el proceso de comunicación está siempre presente.

En el escenario de estudio, desde la percepción de los pacientes, los cuidados de enfermería fortalecen de manera general su autonomía esto se interpreta en que el

profesional de enfermería mantiene el equilibrio y la armonía entre las diversas dimensiones dependiendo mucho de su entorno, de sus interrelaciones. Para que la enfermera pueda brindar un cuidado holístico debe ver a la persona como un ser íntegro. Los cuidados de enfermería se deben brindar teniendo en cuenta que cada persona es ser único e irreplicable, es por eso que en la relación enfermera-paciente la comunicación, confianza y el respeto influyen mucho en la satisfacción del paciente y en la mejora de este.

En la **Tabla N°2**, se observa que del total de pacientes encuestados en los servicios de Cirugía y Ginecología del Hospital III Essalud, 90.5% refiere que fortalece la autonomía a nivel cognitivo, mientras que un 9.5% refiere que no fortalece.

Una de las labores de enfermería está relacionada con la información que ofrece al paciente sobre la enfermedad acerca del diagnóstico, la naturaleza, los riesgos, beneficios y las recomendaciones.

Un paciente es competente para tomar una decisión si es capaz de entender la información material, de hacer un juicio sobre dicha información tomando como base sus valores personales, de pretender alcanzar un determinado objetivo y de exponer sus deseos antes sus cuidadores o investigadores.

La educación es un método para despertar la conciencia. Se debe alcanzar una relación que no sea polarizada, el profesional en enfermería es el que enseña sino a través del diálogo aprende con el paciente.

El proceso de educación ocurre desde un punto de vista holístico y se va adquiriendo a través de una relación de confianza y fe.

Durante las últimas décadas los términos 'tecnología' y 'humanismo' no han conjugado muy bien en salud, sino más bien lo contrario, y cuando hablamos de

tecnología lo hacemos en el sentido de una barrera establecida entre los profesionales de la salud y los pacientes, que ha llevado a una asistencia menos cercana o alejada de ese enfoque de atención centrada en el paciente y en definitiva, menos humana.

En el escenario de estudio, desde la perspectiva del paciente el Profesional de Enfermería informa de forma correcta y adecuada sobre su salud, su enfermedad y sobre las alternativas de tratamiento para favorecer sus decisiones. En muchas ocasiones, plantea preguntas, para conocer las preocupaciones e intereses del paciente y conseguir un clima que estimule la comprensión.

En la **Tabla N°3**, se observa que del total de pacientes encuestados en los servicios de Cirugía y Ginecología del Hospital III Essalud, consideran que los cuidados de enfermería fortalecen la autonomía a nivel afectivo en un 33.3%, mientras que un 66.7% consideran que no fortalece.

Los resultados coinciden con los encontrados por Parí (2011), quien estudió acerca de la Percepción del Paciente y la Calidad de relación interpersonal de Enfermera – paciente, para lo cual reporta que la percepción del paciente fue desfavorable y en cuanto a la Calidad de relación interpersonal obtuvo un resultado favorable.

Sin embargo, los resultados difieren con lo encontrado con Borré en el año 2013; quien estudió acerca de la Calidad percibida de la atención de Enfermería por pacientes hospitalizados donde obtuvo niveles altos.

La intimidad es autopresencia y supone una capacidad reflexiva, la persona está dotada de una intimidad desde la cual puede interiorizar todo el mundo y nadie puede arrebatársela a la vez que permanece con una radical libertad frente a ese mundo y frente a si mismo

Cuando el profesional de enfermería está brindando cuidados básicos al paciente debe tener claro el espacio o territorio del “otro” para no llegar a invadirlo sin que

el libremente lo permita. Por otra parte, debe velar porque otros también lo hagan. En cambio, su rol le permite ofrecer elementos para que ese paciente se interroge, se cuestione, no tema al dialogo con el mismo sobre su realidad y su grado de responsabilidad en el proceso de enfermedad, de este modo le acompaña en su toma de decisiones respetando su intimidad.

Cuando el ser humano atraviesa situaciones de dolor necesita ser escuchado, necesita contar a alguien lo que vive en su interior, esto exige del oyente una predisposición muy singular que equivale a vaciar fuera de si los propios relatos, argumentos, sus problemas. Escuchar atentamente constituye una tarea ética y patentiza el grado de profesionalidad del cuidador y su capacidad de entrega al enfermo.

Como profesionales de Enfermería, además de englobar en nuestra intervención meras técnicas centradas en mejorar la calidad de vida a nivel físico y/o social, centrarnos en la esfera de lo psicológico, desarrollando las habilidades y destrezas necesarias para originar una adecuada relación de ayuda, que va más allá de una simple respuesta a la cotidianidad, brindando un asesoramiento y apoyo que dé respuesta a nuestro receptor de una forma integral.

En el escenario de estudio, desde la perspectiva del paciente el Profesional de Enfermería no fortalece la Autonomía del paciente debido a que el profesional de enfermería engloba sus intervenciones a nivel fisiológico dejando de lado un clima de acogida y respeto que garantiza un mayor bienestar para el paciente y con ello un efecto terapéutico favorable, donde el paciente se sienta cómodo, seguro y confiado.

En la **Tabla N°4**, se observa que del total de pacientes encuestados en los servicios de Cirugía y Ginecología del Hospital III Essalud, fortalece a nivel comportamental un 23.8%, mientras que un 76.2% refiere que no fortalece.

Los resultados coinciden con los encontrados por Morales (2012), realizó un estudio acerca de la Calidad de atención y dimensionó esta variable según Dimensión técnica y Dimensión interpersonal para lo cual concluye para ambas dimensiones como regular.

Para el individuo permanecer, integrarse, participar, ser reconocido, protegido, cuidado y al mismo ayudar a que otros satisfagan estas necesidades, es lo que le permite realizarse como ser social, Callista Roy plante que dos clases de relaciones de interdependencia, aunque es más estable y se da con personas allegadas, que son más importantes y cercanas para el enfermo como pueden ser los padres, la pareja, hijos u otro miembro de la familia, de los cuales el enfermo espera que haya reciprocidad afectiva, atención, preocupación, apoyo. En la segunda categoría están las relaciones de soporte, como suelen ser los amigos, compañeros, de trabajo, los integrantes de un grupo al cual el paciente pertenece o en el caso de hospitalización el personal de enfermería se convierte en grupo de apoyo muy significativo para el enfermo.

En el escenario de estudio, desde la perspectiva del paciente el Profesional de Enfermería no fortalece la Autonomía del paciente debido a que los cuidados de enfermería no brindan el soporte necesario para que el paciente perciba ser reconocido, protegido y cuidado siendo así muy significativo para el paciente.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- Los Cuidados de Enfermería, según la percepción del usuario, fortalecen su autonomía. Hospital III Essalud Chimbote, 2016
- Los Cuidados de Enfermería, según la percepción del usuario, fortalecen su autonomía a nivel cognitivo. Hospital III Essalud Chimbote, 2016
- Los Cuidados de Enfermería, según la percepción del usuario, no fortalecen su autonomía a nivel afectivo. Hospital III Essalud Chimbote, 2016
- Los Cuidados de Enfermería, según la percepción del usuario, no fortalecen su autonomía a nivel comportamental. Hospital III Essalud Chimbote, 2016

4.2 Recomendaciones

- Al Profesional de Enfermería del Hospital III Essalud de los servicios de Ginecología y Cirugía, motivar y fomentar la relación enfermerapaciente mediante los valores éticos y sociales de la profesión fortaleciendo las debilidades existentes en dicha relación.
- La Dirección de Escuela de Enfermería de la Universidad San Pedro, promover en los docentes y estudiantes, la inclusión del manejo y cuidado de pacientes desde la perspectiva de la bioética dentro del Proceso de Enfermería resaltando el fortalecimiento de la Autonomía en todas sus dimensiones.

- A la Jefatura de Enfermería del Hospital III Essalud, fomentar e incentivar las capacitaciones constantes al profesional de enfermería sobre cómo seguir fortaleciendo la autonomía del paciente, con el fin de continuar o mejorar los cuidados de enfermería de manera holística teniendo en cuenta que cada paciente es un ser individual y por ende debe ser tratado como tal. Seguido de una supervisión por parte del personal encargado.
- A los enfermeros que realizan investigación; promover la línea de investigación: “Bases Filosóficas del Cuidado”, además se sugiere investigación en los siguientes temas: “Influencia de la Tecnología en los Cuidados de Enfermería” y “Conflictos éticos de la Enfermera de los servicios hospitalarios”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaide, M. (2009). *Influencia del Rendimiento y Autoconcepto en Hombres y Mujeres*. Perú.
- Alfárez, A. (2012). *La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería*. España.
- Araque, C. (2010). *Humanizar el Cuidado de Enfermería*. Colombia: San Vicente de Paul – Caldas.
- Ariza, C; Daza, R. (2008). *Calidad del cuidado de enfermería en paciente hospitalizado*. 1º Edición. Colombia: Pontifica Universidad Javeriana.
- Arredondo, C. Siles, J. (2009). *Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales*. Vol 18. España: Índex Enferm.
- Ausin, T. Aramayo, R. (2008). *Interdependencia del Bienestar a la Dignidad*. 1º edición. México: Plaza y Valdés.

- Beauchamp, T. L. (1999). *Principios de etica biomedica*. Barcelona: Masson S.A.
- Aviram, R.; Yonah, Y. (2004). *Flexible control: Towards a conception of personal autonomy for postmodern education*. 36° Edition. Israel: Ben Gurion University in the Negev.
- Badillo, E; Silva, J. (2011). *Proceso De "Consentimiento Informado*. En Dos Instituciones Hospitalarias De Bogotá. ¿La Información Proporcionada a Los Pacientes Garantiza El Respeto A La Autonomía? Colombia: Pontifica Universidad Javeriana.
- Beauchamp, T; Childress, J. (1999). *Principios de ética Biomédica*. 4° Edición. España: Masson S.A
- Beauchamp, T; Childress, J. (2001). *Principle of Biomedical. Ethic*.5° Edición. New York: Oxford University Press.
- Borré, Y. (2013). *Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla*. (Tesis de Post grado). Universidad Nacional de Colombia convenio Universidad Simón Bolívar, Facultad de Enfermería, Maestría en Enfermería. Bogotá, Colombia.
- Branden, N. (1993). *El Respeto Hacia Uno Mismo*. 2° Edición. España: Paidós Ibérica.
- Cepeda, J. (2014). *Humanismo, salud y tecnologías de acercamiento*. España: Fundación Índex.
- Davis, A. (2008). *El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: Que sabemos y que debemos cuestionar*. California: Colegio Oficial de enfermería de Barcelona.
- Duran, C. (2012). *Atención humana del paciente de urgencias*. Colombia: Fundación Santa Fe de Bogotá.
- Enfermería, F. D. (2003). *Aplicación del modelo de adaptación de Roy en el ciclo vital humano*.

- Ferrer, J; Álvarez, J. (2003). *Para Fundamentar la Bioética: Teorías y Paradigmas Teóricos en la Bioética Contemporánea*. 8° Edición. España: Desclée De Brouwer.
- García, D. (2011). “El derecho a la intimidad del paciente y el secreto profesional de los Profesionales de la salud”. México: Comexbio.
- Godoy, I. (2008). *Percepción de los enfermeros recién graduados sobre su autonomía profesional y sobre el proceso de la toma de decisiones del paciente*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.16 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr.*
- Gómez, R. (2014). *Integridad*. España: Complejo Hospitalario de Toledo.
- Gómez, E. (2007). *Como Potenciar la Autonomía del Paciente desde un Modelo Integral de Enfermería*. Colombia: La ética.
- Gonzales, M. (1990). *Algo sobre autoestima ¿Qué es y cómo se expresa?* España: Universidad de Salamanca.
- Granados, Y. (2012). *El Uso De Tecnología Y La Interacción Enfermera – Paciente. El Punto De Vista De Las Enfermeras*. Universidad de Antioquia Facultad de Enfermería Medellín.
- Guadalupe, M. (2004). *Valores y Autoestima: Conociéndose a sí en un mundo de otros*. Vol 1. Venezuela: Valencia
- Gutiérrez, M. (2007). *Adaptación y Cuidado en el ser humano*. Colombia: Manual Moderno y Universidad de La Sabana.
- Herazo, B. (2007). *Consentimiento informado: para procedimientos, intervenciones y tratamientos de salud*. 1° Edición. Colombia: Ecoe Ediciones.
- Hernández, J. (2002). *Bioética General*. México: El Manual Moderno.
- Laverde, M. (2004). Debates sobre el sujeto: *Perspectivas contemporáneas*. Colombia: Siglo del hombre editores.
- Lazarus, R; Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. España: Ediciones Martínez Roca.
- Levinas, E. (2002). *Hacia una filosofía de escucha en Ética del cuidar*. España:

Instituto Borja de Bioética.

- Liveneh, H. (2007). *Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability*. México: Manual Moderno.
- López, F; Moren, M. (2009). *La intimidación de los pacientes percibida por los profesionales de enfermería*. España: Nure investigación.
- Llaurado, G. (2013). *La autonomía del paciente y la responsabilidad del personal de enfermería*. ENE. Revista de Enfermería; 7(1).
- María de Lourdes García Hernández, L. C. (2011). scielo. Obtenido de 2011: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea09.pdf>
- Montenegro, E. C. (junio de 2007). slideshare. Obtenido de <http://es.slideshare.net/drais020810/cuidado-de-enfermeria-9087117>
- Mora, J. (2002). *Algunos antecedentes históricos de la inteligencia emocional*. 23ª Edición. Málaga: Dpto. de psicología básica.
- Morales, M. (2012). *Calidad de Atención desde la Perspectiva del Paciente*; España. En Tesis; Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Orozco, L. M. G. (2002). *Relación enfermera-paciente*. En: J. L. Hernández, A. (Comp.). Bioética general. México. Ed. Manual Moderno.
- Palacios, D. (2008). *Modernidad, positivismo y tecnología: Influencia en la enfermería y en pacientes que necesitan equipamiento tecnológico*. España: Hospital Universitario de Fuenlabrada.
- Palacios, D. (2008). *Implicaciones éticas del uso de la técnica y la tecnología en la aplicación de cuidados*. Vol. 24. Cuba: Ciencia Medicas.
- Parí, S. (2011). *Percepción del paciente sobre la calidad de relación interpersonal enfermería – paciente, en el servicio de 4to. Piso este del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas*. Lima – Perú. UNMSM.
- Pellegrino, E. (1990). *La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica*. Washington: Bol of Sanit Panam.
- Pellegrino, E; Tomasma, D. (1993). *Integrity*. New York: Oxford University Press.
- Poblete, M; Valenzuela, S. (2007). *Cuidado Humanizado: Un desafío para las Enfermeras en los servicios hospitalarios*. Chile: Acta Paul Enferm.

- Quiñones, S. (2012). *Comunicación de la enfermera intensivista en el cuidado a la persona inconsciente*. Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- Reyes, E. (2015). *Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología*. 2° Edición. México: El manual moderno.
- Riveros, A. (2012). *Interacción Enfermera-Paciente y su repercusión en el Cuidado Hospitalario*. 9° Edición. México: Versión On-line.
- Roy, C. (2000) *El modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades*. College School of Nursing. Boston. 1° y 2° Semestres 2000; IV (7
- Salles, P. (2011). *Autoconcepto, autoestima y salud mental*. Chile: Psicología clínica y de salud.
- Sanford, R. (2000). *Caring through relation and dialogue: A nursing perspective for patient education*. New York: Advances in Nursing Science.
- Seriano, J. (2002). *Reflexiones sobre el Concepto de Afrontamiento en Psicooncología* 75° Edición. México: Boletín de Psicología.
- Tejada, G. G. (16 de febrero de 2013). slideshare. Obtenido de <http://es.slideshare.net/gcarmenpromo/conceptos-de-enfermeria-y-cuidado-de-enfermeria>.
- Torrallba, F. (2002). *Ética del cuidar*. España: Institución Borja de Bioética.
- Tribunal Nacional Ético de Enfermería. (1998). *Guía para el desempeño del profesional de enfermería*. 1° Edición. Colombia.
- Trujillo, L. (2012). *Autonomía y Autodisciplina* Colombia: Traditional Copyright.
- Vera, M. (2004). *La teoría del afrontamiento del estrés de Lazarus y los moldes cognitivos*. 2° Edición. España.
- Whetsel, M. (2007), *The Roy Adaptation Model and Research: Global Perspective*. Nursing Science Quarterly.
- Whetsell, M. (2011). *Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo*. 11° Edición. New York.

Woogara, J. (2005). *Patients' Privacy of the Person and Human Rights. Nursing and Ethics*. Vol. 12

ANEXOS

GRAFICO N° 01

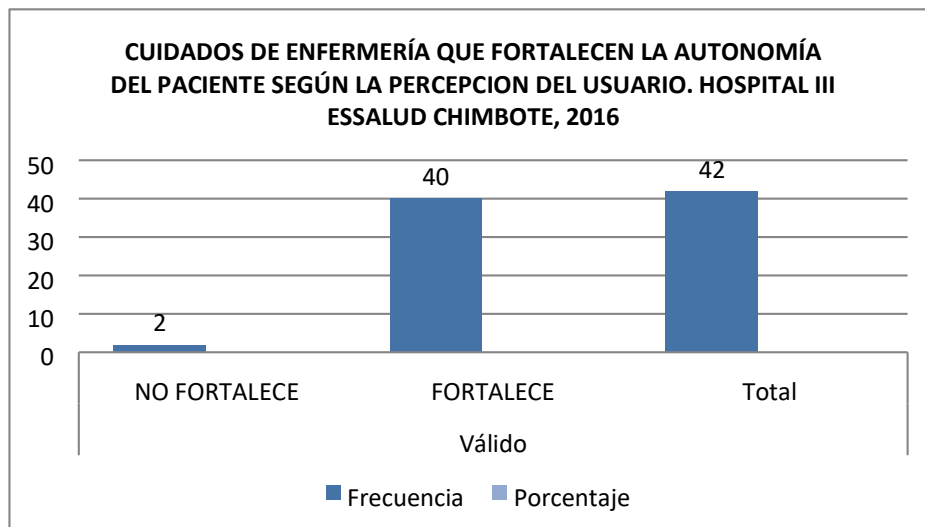


GRAFICO N° 02

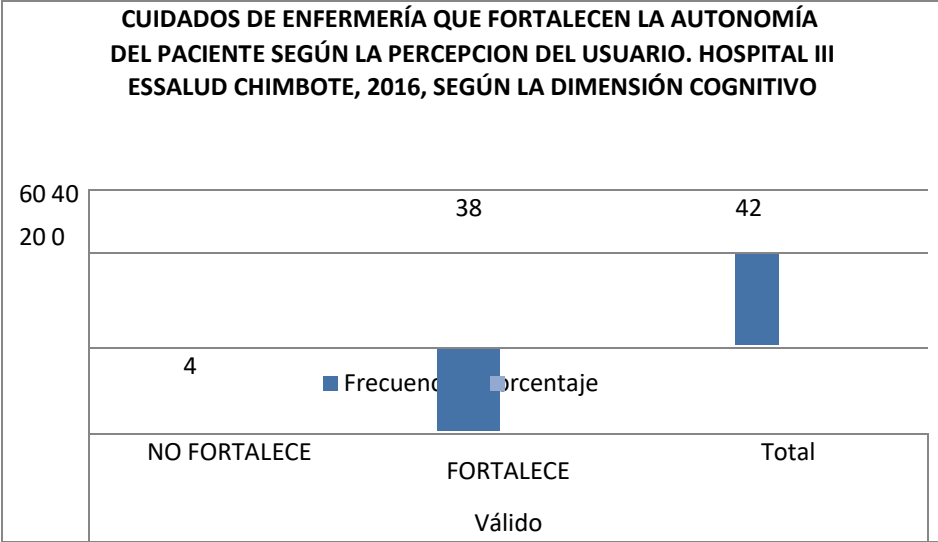


GRAFICO N° 03

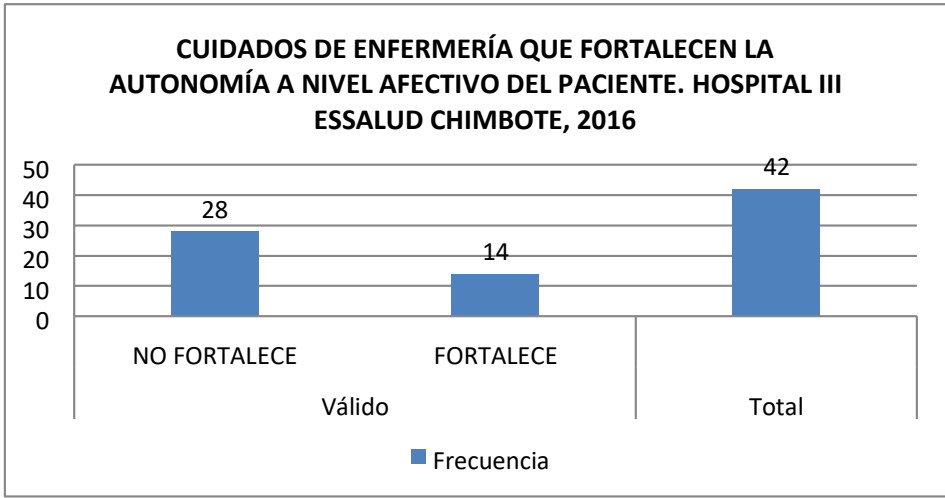


GRAFICO N° 04

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE FORTALECEN LA AUTONOMÍA
DEL PACIENTE SEGÚN LA PERCEPCION DEL USUARIO. HOSPITAL III
ESSALUD CHIMBOTE, 2016, SEGÚN LA DIMENSIÓN
COMPORTAMENTAL**

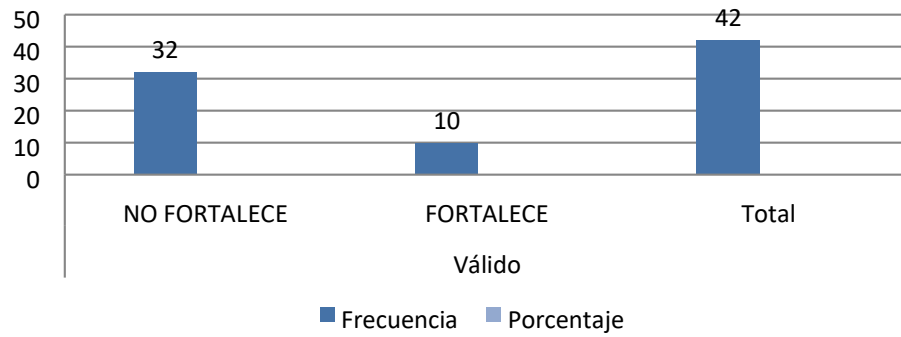


GRAFICO N° 05

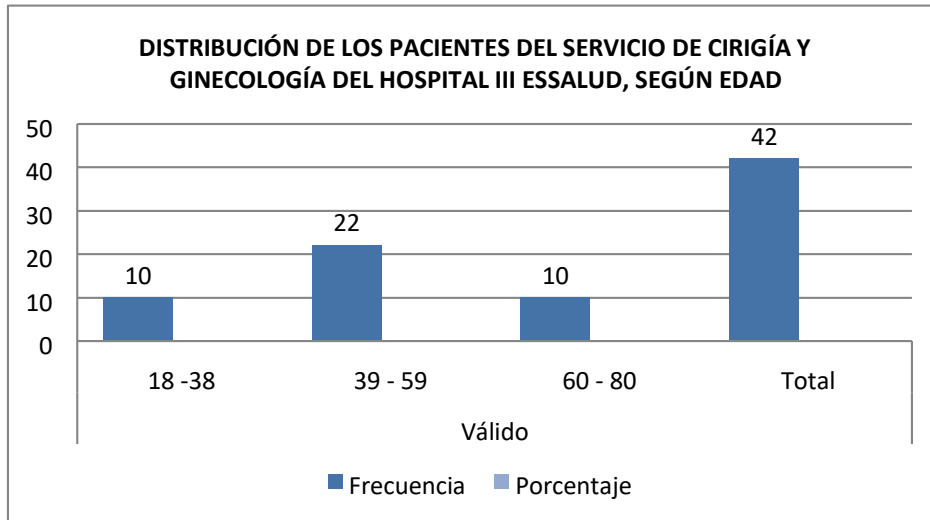


GRAFICO N° 06

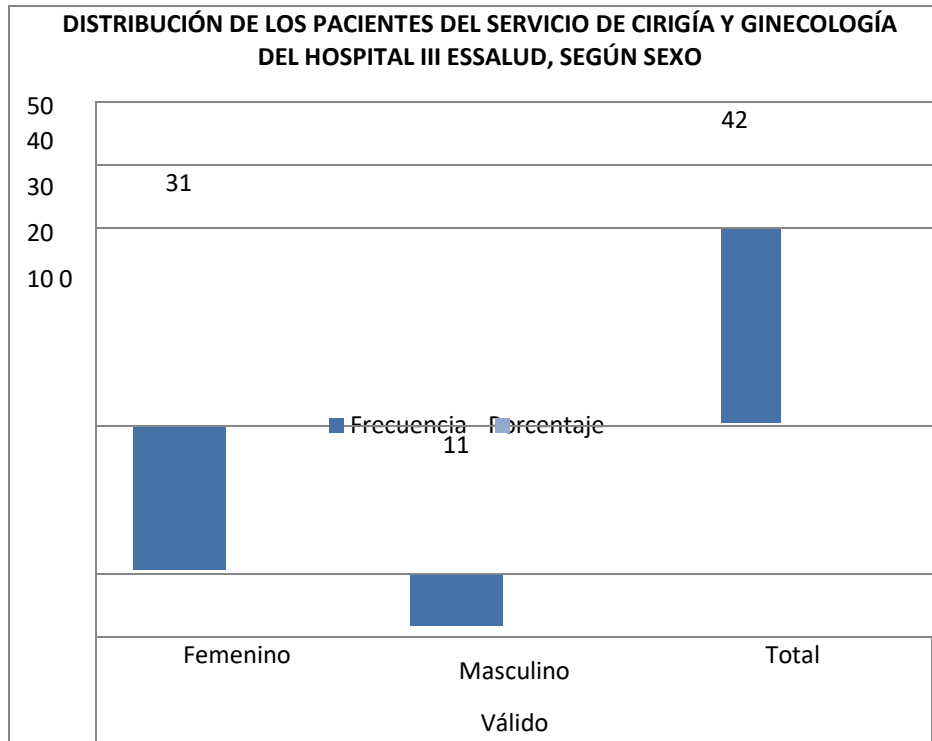
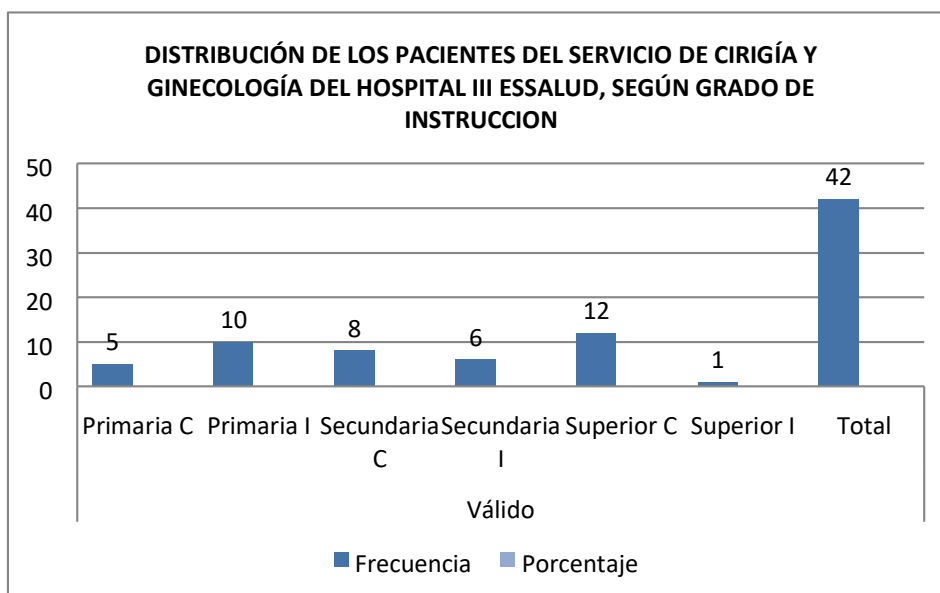


GRAFICO N° 07



ANEXOS

TABLA 1: EDAD:

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18 - 38	10	23,8	23,8	23,8
	39 - 59	22	52,4	52,4	76,2
	60 - 80	10	23,8	23,8	100,0
	Total	42	100,0	100,0	

TABLA 2: SEXO

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		31	73,8	73,8	73,8
	Femenino				100,0
	Masculino	11	26,2	26,2	
	Total	42	100,0	100,0	

TABLA 3: GRADO

		Instrucción			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria C	5	11,9	11,9	11,9
	Primaria I	10	23,8	23,8	35,7
	Secundaria C	8	19,0	19,0	54,8

Secundaria	6	14,3	14,3	69,0
Superior C	12	28,6	28,6	97,6
Superior I	1	2,4	2,4	100,0
Total	42	100,0	100,0	

TABLA 4: NIVEL COGNITIVO

TOTALCOGNIRE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
NO FORTALECE	4	9,5	9,5	9,5
FORTALECE	38	90,5	90,5	100,0
Total	42	100,0	100,0	

TABLA 5: AFECTIVO

AFECTTOTALRECO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
NO FORTALECE	28	66,7	71,8	71,8
FORTALECE	14	33,3	28,2	100,0
Total	42	100,0		

TABLA 6: COMPORTAMENTAL

COMPORTAMETALRECO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
NO FORTALECE	32	76,2	76,2	76,2
FORTALECE	10	23,8	23,8	100,0
Total	42	100,0	100,0	

TABLA 7: CUIDADOS TOTALES**TOTALIRECO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
NO FORTALECE	2	4,8	4,8	4,8
FORTALECE	40	95,2	95,2	100,0
Total	42	100,0	100,0	

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es “Cuidados de Enfermería que Fortalece la Autonomía del Paciente según la Percepción del Usuario. Hospital III Essalud Chimbote 2016.”, el propósito de este estudio es Determinar los Cuidados de Enfermería que Fortalecen la Autonomía del Paciente según la Percepción del Usuario. Hospital III Essalud Chimbote, 2016.

El presente proyecto de investigación está siendo conducida por las investigadoras Gil Vásquez Ruddy Vanessa y Paredes Lara Ana Virginia con la asesoría de la Mg. Marialita Ramírez Preciado de la Universidad San Pedro.

Si accedo a participar en este estudio, deberé responder una encuesta, la que tomará 15 min de mi tiempo.

Mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

En principio, las encuestas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puedo ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Gracias por su participación.

Yo, Loz Angélica Ramírez Quispe.....doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

He recibido información en forma verbal y escrita sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo.

He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas.

Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando.

Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto puedo comunicarme con: Las investigadoras Gil Vásquez Ruddy Vanessa, Paredes Lara Ana Virginia o con la Mg. Marialita Ramírez Preciado de la Universidad San Pedro.


Dirección: Trapecio Y'9 – Villa María Jr. Pacasmayo M - 6

Institución: Hospital III Essalud.


Teléfono: 959927515 - 987629069

Email: vane_10910@hotmail.com - vicky_tauro_20@hotmail.com

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

 24/11/16
Firma del participante y fecha

Luz A. Ramírez Quispe
Nombre del participante


Firma del investigador y fecha

Ana Paredes Lara
Nombre del investigador

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE FORTALECE LA AUTONOMÍA DEL
PACIENTE SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO. HOSPITAL III
ESSALUD CHIMBOTE 2016.**

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una serie de ítems, léalos detenidamente y según sea su opinión marque con una “X” en el casillero correspondiente. SIEMPRE A VECES NUNCA

I.- DATOS GENERALES

• Edad: _____ años.

• Sexo: Femenino ()
 Masculino ()

• Grado de Instrucción: Primaria C. () Primaria I. ()
 Secundaria C. () Secundaria I. ()
 Superior C. () Superior I. ()
 Analfabeto ()

II.- CONTENIDO

N° Ítem	Ítems	Siempre	A Veces	Nunca
01	El profesional de enfermería le informa acerca de sus derechos como pacientes.			
02	El profesional de enfermería respeta sus conocimientos y creencias sobre su enfermedad.			
03	El profesional de enfermería le preguntan sobre su estado de salud.			

04	El profesional de enfermería le brinda información clara y precisa sobre su estado de salud			
05	Cuando Ud. le realiza una pregunta al profesional de enfermería este le responde con términos claros y sencillos			
06	El profesional de enfermería le explica lo que significa el consentimiento informado de manera clara y precisa.			
07	El profesional de enfermería le orienta durante su ingreso al hospital o al servicio.			
08	El profesional de enfermería promueve su independencia, e intimidad sin ningún tipo de presión.			
09	El profesional de enfermería se presenta y lo saludan al ingresar a su ambiente.			
10	El profesional de enfermería lo llama a Ud. por su nombre.			
11	El profesional de enfermería se muestra amable al momento de atenderlo.			
12	El profesional de enfermería permite que UD., exprese sus preocupaciones y temores.			
13	Cuando Ud. Tiene alguna necesidad para su cuidado y llama al profesional de enfermería, este acude de manera inmediata.			
14	El profesional de enfermería demuestran interés y solicitan su colaboración al momento que van a realizarle un procedimiento.			
15	El profesional de enfermería pregunta y observa las necesidades que Ud., tiene en forma periódica y regular.			

16	El profesional de enfermería incentiva y explica a sus familiares a ocuparse de su cuidado mientras usted se encuentra hospitalizado.			
17	Cuando sus familiares lo visitan el profesional de enfermería tiene un trato cordial hacia ellos.			
18	El profesional de enfermería le consulta y explica antes de realizar un procedimiento.			
19	El profesional de enfermería le da la oportunidad de participar en su cuidado.			
20	El profesional de enfermería toma decisiones por usted sin antes consultarle.			
21	El profesional de enfermería permite que los estudiantes de salud lo exhiban sin su consentimiento durante la práctica clínica.			
22	El profesional de enfermería respeta su privacidad e intimidad.			

ANEXOS

VALIDEZ A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO DE LA MATRIZ DE CONSISTENCIA

VALORACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

1. Datos generales

- 1.1. Apellido y nombres del juez: Gordillo Caro Gladys
 1.2. Cargo e institución donde labora: Docente - UNIVERSIDAD SAN PEDRO
 1.3. Nombre del instrumento a evaluar: Autonomía del Paciente en los Servicios de Ginecología y Cirugía
 1.4. Autor (es) del instrumento: Gil Vázquez Vanessa - Paredes Lara Ana

2. Aspectos de la validación

Indicadores	Criterios	Deficiente	Clara	Regular	Buena	Muy buena
		A	B	C	D	E
1 Claridad	Está formulado con lenguaje claro y apropiado				✓	
2 Objetividad	Permite medir hechos observables				✓	
3 Actualidad	Adecuada al avance de la ciencia y tecnología				✓	
4 Organización	Presentación adecuada				✓	
5 Suficiencia	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficientes				✓	
6 Pertinencia	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				✓	
7 Consistencia	Permite conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos				✓	
8 Coherencia	Entre variables indicadores y los ítems				✓	
9 Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación				✓	
10 Aplicación	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente				✓	

Conteo total de marcas <i>Realice conteo en cada una de las categorías de la escala</i>	↓	↓	↓	↓	↓
	A	B	C	D	E

Coefficiente de validez = $\frac{1(A) + 2(B) + 3(C) + 4(D) + 5(E)}{50} = \frac{40}{50} = 0.8$

3. Calificación global: Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado

Categoría	Intervalo
Desaprobado ()	0.00 - 0.06
Observado ()	< 0.06 - 0.70
Aprobado (X)	< 0.70 - 1.00

0.8

4. Opiniones de aplicabilidad

Instrumento aprobado.

Lugar: Chimbote, 30 de Octubre 2016

Firma y sello


 CEP 966

VALORACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

1. Datos generales

- 1.1. Apellido y nombres del juez: ZAMIERZ TRECIADO MARILITA
 1.2. Cargo e institución donde labora: UNIVERSIDAD SAN PEDRO
 1.3. Nombre del instrumento a evaluar: ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE GINECOLOGIA Y CIRUGIA
 1.4. Autor (es) del instrumento: GU. VARGAS VANESSA Y BAERDES LARA ANA

2. Aspectos de la validación

Indicadores	Criterios	Deficiente	Clara	Regular	Buena	Muy buena
		A	B	C	D	E
1 Claridad	Está formulado con lenguaje claro y apropiado				✓	
2 Objetividad	Permite medir hechos observables				✓	
3 Actualidad	Adecuada al avance de la ciencia y tecnología				✓	
4 Organización	Presentación adecuada				✓	
5 Suficiencia	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficientes				✓	
6 Pertinencia	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados				✓	
7 Consistencia	Permite conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos				✓	
8 Coherencia	Entre variables indicadores y los items				✓	
9 Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación				✓	
10 Aplicación	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente				✓	



Conteo total de marcas		A	B	C	D	E
Realice conteo en cada una de las categorías de la escala		0	0	0	10	0

Coefficiente de validez =
$$\frac{1(A) + 2(B) + 3(C) + 4(D) + 5(E)}{50} = \frac{40}{50} = 0.8$$

3. Calificación global: Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado

Categoría	Intervalo
Desaprobado ()	0.00 - 0.06
Observado ()	< 0.06 - 0.70
Aprobado ()	< 0.70 - 1.00

0.8

4. Opiniones de aplicabilidad

EL INSTRUMENTO ES VALIDO PARA SER APLICABLE.

Lugar: Chimbote, 22 Octubre de 2016.

Firma y sello

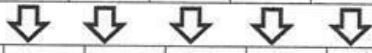
VALORACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN POR CRITERIO DE JUECES

1. Datos generales

- 1.1. Apellido y nombres del juez: Teóclara Uruz Flor María
 1.2. Cargo e institución donde labora: Hospital III ESACUD - Calumbó
 1.3. Nombre del instrumento a evaluar: "Autoridad del paciente en los servicios de Ginecología y Cirugía"
 1.4. Autor (es) del instrumento: Gil Vazquez Vanessa - Paredes Lara Ana

2. Aspectos de la validación

Indicadores	Criterios	Deficiente	Clara	Regular	Buena	Muy buena
		A	B	C	D	E
1 Claridad	Está formulado con lenguaje claro y apropiado			✓		
2 Objetividad	Permite medir hechos observables				✓	
3 Actualidad	Adecuada al avance de la ciencia y tecnología				✓	
4 Organización	Presentación adecuada				✓	
5 Suficiencia	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficientes				✓	
6 Pertinencia	Permite conseguir dabs de acuerdo a los objetivos planteados				✓	
7 Consistencia	Permite conseguir datos basados en teorías o modelos teóricos				✓	
8 Coherencia	Entre variables indicadores y los ítems				✓	
9 Metodología	La estrategia responde al propósito de la investigación					✓
10 Aplicación	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente				✓	



Conteo total de marcas					
Realice conteo en cada una de las categorías de la escala					
A	B	C	D	E	
		1	8	1	

Coefficiente de validez =
$$\frac{1(A) + 2(B) + 3(C) + 4(D) + 5(E)}{50} = \frac{40}{50} = 0.8$$

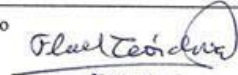
3. Calificación global: Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado

Categoría	Intervalo
Desaprobado ()	0.00 - 0.06
Observado ()	< 0.06 - 0.70
Aprobado (X)	< 0.70 - 1.00

0.8.

4. Opiniones de aplicabilidad

Lugar: Calumbó, 14- Octubre 2015

Firma y sello

 CE 13491

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DE PRUEBA PILOTO

```
RELIABILITY
/VARIABLES=Informderec Respetacono Pregestadsal birndainfo Respondetercl
expliconseinf
oriingreshos indep salud llamanom semuestamabl exprepreocu acudeinme de
muestrainte obnefp partifam
tratocord consultaproc particuid tomadec exhb priva
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=DESCRIPTIVE SCALE CORR COV
/SUMMARY=TOTAL.
```

Fiabilidad

Advertencias

El determinante de la matriz de covarianzas es cero o aproximadamente cero. Las estadísticas basadas en su matriz inversa no se pueden calcular y se visualizan como valores perdidos por el sistema.

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,606	,597	22

ANEXOS 06 TRAMITE
DOCUMENTARIO



UNIVERSIDAD
SAN PEDRO

CARGO

"Año de la consolidación del Mar de Grau"

HT. 103579



Chimbote, noviembre 07 del 2016

OFICIO N° 1045-2016-USP-FCS/D

Señor
Dr. Jorge Campos Echeandía
Gerente
Hospital III EsSalud Red Asistencial Ancash
Presente.

Asunto: Solicita permiso para aplicación de instrumentos de trabajo de investigación.

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi saludo personal e institucional y a la vez presentar a las alumnas RUDDY VANESSA GIL VÁSQUEZ y ANA VIRGINIA PAREDES LARA, de la Escuela Profesional de Enfermería, quienes están realizando un Trabajo de Investigación denominado: "CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUE FORTALECE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO, HOSPITAL III ESSALUD CHIMBOTE 2016", es por ello que está solicitando permiso para la aplicación de instrumentos en la Institución que Ud. tan dignamente dirige.

La aplicación del Instrumento será en el Servicio de Cirugía y Ginecología, dirigida a Pacientes de los mencionados servicios, con una duración aproximada de 25 - 30 minutos, durante el 24 de octubre hasta el 18 de noviembre del presente.

Por tal motivo, la presente es para solicitar permiso, así como las facilidades para nuestras estudiantes, en el desarrollo de la Actividad. En espera de contar con su apoyo me despido.

Agradeciendo la atención que le brinde a la presente, es propicia la ocasión para testimoniarme mi consideración y estima personal.

Atentamente,



Dr. Eber Wilfredo Zavaleta Llanos
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

EWZLL/cmb.-
Archivo

NIT 6543 20/11/16 8137

8137

"Año de la consolidación del Mar de Grau"
"Año de la Conmemoración del Octogésimo Aniversario de la Creación de la Seguridad Social en el Perú"

CARTA N° 408 -UClyD-GRAAN-ESSALUD-2016.

Chimbote, 21 de Noviembre del 2016

Señor:

DR. CARLOS VILCHEZ ZAPATA
Director del Hospital III Chimbote
Red Asistencial Ancash.
Seguro Social de Salud - EsSalud
Presente.-



ASUNTO: BRINDAR FACILIDADES PARA LA REALIZACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN.

REF. : OFICIO N°1045-2016-USP-FCS/D

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, y a la vez para informar que con documento de la referencia el Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro, solicita se le brinde las facilidades para aplicar su instrumento de recolección de datos en el Servicio de Cirugía y Ginecología del Hospital III Chimbote, para la realización de su trabajo de investigación, a las siguientes estudiantes:

- RUDDY VANESSA GIL VASQUEZ
- ANA VIRGINIA PAREDES LARA

En virtud a lo expuesto, solicitamos brindar las facilidades, a fin de que la estudiante antes mencionada pueda desarrollar sin contratiempos su respectiva investigación, salvaguardando la integridad de nuestros pacientes y respetando las normas institucionales.

Agradeciendo la atención a la presente, me suscribo de usted.

Atentamente,


Ruddy Vanessa Gil Vasquez
SECRETARIA DE CALIDAD, INVESTIGACION
E INNOVACION Y LOGISTICA
RED ASISTENCIAL ANCASH

RCA
CC. Archivo.

Area Año Semestre
NIT 6543 2016 134