

**SIGNIFICADOS DE HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN ESTUDIANTES DE  
ENFERMERÍA DE PRÁCTICAS FORMATIVAS - FACULTAD CIENCIAS DE LA  
SALUD UNIVERSIDAD DEL CAUCA.**



**YANETH MARCELA MUÑOZ ÁNGEL**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES, EXACTAS Y DE LA EDUCACIÓN  
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN  
POPAYÁN COLOMBIA  
2016**

**SIGNIFICADOS DE HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN ESTUDIANTES DE  
ENFERMERÍA DE PRÁCTICAS FORMATIVAS - FACULTAD CIENCIAS DE LA  
SALUD UNIVERSIDAD DEL CAUCA.**

**YANETH MARCELA MUÑOZ ÁNGEL**

**Director:  
PATRICIA EUGENIA VÉLEZ VARELA**

**Trabajo de grado para optar por el título de  
Magister en Educación**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES, EXACTAS Y DE LA EDUCACIÓN  
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN  
POPAYÁN COLOMBIA  
2016**

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

Director \_\_\_\_\_

Patricia Eugenia Vélez Varela PhD.

Jurado \_\_\_\_\_

Edgar Alfonso Castro Franco Mg.

Jurado \_\_\_\_\_

María Consuelo Santacruz Caicedo Mg.

Lugar y Fecha de sustentación: Popayán, 13 de Mayo de 2016

## **AGRADECIMIENTOS**

A los estudiantes que participaron de manera desinteresada y sincera, sin ellos el estudio no habría sido posible, son fuente de interrogantes e inspiración.

Al Departamento de Enfermería de la Universidad del Cauca que apoyó su realización, en especial a las Profesoras Martha Vivas y Gladys Galindo.

A la Clínica La Estancia por permitir los espacios necesarios para el desarrollo del estudio, Doctor Javier Berón, Doctora Raquel Orejuela, Enfermera Maciel Cabrera.

A los sujetos de cuidado quienes son la razón de ser de este trabajo de investigación, esperando que podamos mejorar su bienestar.

A la Profesora Patricia Vélez por su conocimiento y motivación.

A mis padres Leonor y Milciades, por su paciencia y constancia.

## RESUMEN

La educación universitaria debe garantizar una formación basada en tres componentes: ético, estético y científico, sin demeritar ni priorizar la aplicación individual de cada uno de ellos; por el contrario, manteniendo el equilibrio y mostrando la importancia de su articulación, este concepto se hace aún más evidente en la formación de profesionales en ciencias de la salud y específicamente en Enfermería, donde la historia ha demostrado la necesidad de integrar saberes y prácticas que superen la visión instrumental y biológica de la atención, dando protagonismo a los sujetos de cuidado y a la complejidad del verdadero concepto de la salud. Para los estudiantes de Enfermería, las prácticas formativas se constituyen en espacios de aprendizaje donde la influencia institucional de los prestadores de servicios de salud marca un parámetro transcendental en la visión humanista del cuidado.

De esta manera a partir de un estudio cualitativo con enfoque etnográfico, siguiendo pautas de un diseño metodológico propio de la teoría fundamentada, y a través de una mirada hermenéutica o comprensiva de las múltiples expresiones que los estudiantes logran formular de las realidades, en la presente investigación se pretende comprender los significados de humanización del cuidado en estudiantes de IX semestre del programa de Enfermería de la Universidad del Cauca durante las prácticas formativas realizadas en una institución de salud de tercer nivel de atención de la ciudad de Popayán en el segundo periodo de 2014, a partir del cual y luego de un proceso de observación, análisis, resultados y discusión se concluye que para los estudiantes la visión humanista del cuidado está asociada a los siguientes factores: formación, espiritualidad, sensibilidad ante el dolor y el sufrimiento, relación de ayuda y confianza, comunicación y expresión de sentimientos, autoconfianza y autonomía, ambiente terapéutico y comprensión de las vivencias del sujeto de cuidado. Así mismo el equipo de salud de la institución hospitalaria se constituye en modelo para el alumno, por lo tanto los aportes desde el saber, el hacer y el ser por parte de cada uno de los colaboradores es transcendental en el proceso de aprendizaje del estudiante. A partir de este trabajo se logra reconocer que la educación en Enfermería alrededor de la

humanización del cuidado, no solo se construye en el aula de clase o en la relación estudiante-docente, sino también en la realidad de las prácticas formativas donde los sujetos de cuidado, el equipo de salud y la institución se constituyen en factores clave del proceso de formación, en consecuencia los aportes alrededor de este contexto son fundamentales para tal propósito. Por esta razón, se desarrolló con los estudiantes de Enfermería una propuesta educativa en torno al tema de humanización del cuidado dirigida a la institución hospitalaria donde se realizó la práctica y donde se espera que nuevos estudiantes sean testigo del impacto que estas intervenciones generan (Véase anexo 1). Así mismo y buscando el fortalecimiento de la formación académica se propone al Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca la aplicación de *Caring Efficacy Scale* en estudiantes que se encuentran en prácticas formativas, se trata de una escala validada que se utiliza en la medición del cuidado humano transpersonal basada en la teoría de Jean Watson que permite identificar la autoeficacia en los estudiantes de Enfermería, esto con el fin de reforzar los aspectos positivos e identificar oportunidades de mejora ante los resultados poco favorables.

Palabras claves y descriptores: cuidado, humanización del cuidado, prácticas formativas, teoría del significado.

## ABSTRACT

University education should ensure training based on three components: ethical, aesthetic and scientific, without discrediting or prioritize individual application of each of them; on the contrary, maintaining balance and showing the importance of articulation, this concept becomes even more evident in the training of professionals in health sciences and specifically in Nursing, where history has shown the need to integrate knowledge and practices beyond the instrumental and biological vision of care, giving prominence to the subject of care and complexity of the true concept of health. For nursing students, training practices constitute learning spaces where institutional influence of health service providers marks a transcendental parameter in the humanistic vision care.

Thus from a qualitative study with ethnographic approach, following guidelines of its own methodological design of grounded theory, and through a hermeneutics or comprehensive look at the many expressions that students are able to formulate the realities in this investigation it is to understand the meanings of humanization of care in students IX semester of Nursing program at the University of Cauca during training practices carried out in a health institution of tertiary care in the city of Popayan in the second quarter of 2014, from which and after a process of observation, analysis, results and discussion we conclude that for students humanistic vision care is associated with the following factors: training, spirituality, sensitivity to pain and suffering, helping relationship and trust, communication and expression of feelings, self-confidence and autonomy, therapeutic environment and understanding of the experiences of the subject of care. Likewise, the health team of the hospital institution constitutes a model for the student, therefore the contributions from knowing, doing and being by each of the partners is crucial in the process of student learning. From this work it fails to recognize that education in sicken about the humanization of care, not only is built in the classroom or in the student-teacher relationship but also in the reality of training practices where subjects care, health team and the institution constitute key factors of the training process, therefore contributions around this context are essential for this purpose. For this reason, an educational proposal on the

issue of humanization of care aimed at the medical institution where the practice was made and where it is expected that new students are witness to the impact that these interventions generated (see annex was developed with nursing students 1). Likewise, and seeking to strengthen academic training is proposed to Nursing Program at the University of Cauca application of Caring Efficacy Scale in students who are in training practices, it is a validated scale used in measuring care human transpersonal based on the theory of Jean Watson that identifies self-efficacy in nursing students, this in order to strengthen the positive aspects and identify opportunities for improvement to the unfavorable results.

Keywords and descriptors: care, humanization of care, training practices, theory of meaning.



## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	12
<b>CONTEXTO TEÓRICO Y MARCO METODOLÓGICO</b>	14
<b>Introducción al área conceptual del estudio</b>	16
Cuidado	16
Humanización del cuidado	18
Prácticas formativas	22
El significado	26
Manejo del problema	28
Investigaciones anteriores	31
Contexto	33
Relevancia de este estudio	34
<b>Metodología</b>	37
Tipo de investigación	37
Enfoque	38
Diseño metodológico	40
Estudio de investigación	41
Recolección de datos	43
Análisis de datos	47
<b>HALLAZGOS</b>	50
Del deber ser a la realidad: diez factores de humanización del cuidado	50
De la teoría a la práctica: aportes de la Institución de Salud en la construcción de significados de humanización del cuidado	88
<b>CONCLUSIONES</b>	97
<b>REFERENCIAS</b>	99
<b>ANEXOS</b>	108

**LISTA DE TABLAS**

Pág.

Tabla 1. Criterios de clasificación de los estilos de aprendizaje

92

**LISTA DE FIGURAS**

	Pág.
Figura 1. Factores de humanización del cuidado	51
Figura 2. Formación humanista del Enfermero	52
Figura 3. Incorporación de la fe y la esperanza	57
Figura 4. Vulnerabilidad ante el dolor y el sufrimiento	60
Figura 5. Dolor y humanización	61
Figura 6. Relación de ayuda y confianza	63
Figura 7. Comunicación y expresión de sentimientos	66
Figura 8. Autoconfianza y autonomía para ejercer los cuidados	69
Figura 9. Educación para la salud	75
Figura 10. Ambiente terapéutico	78
Figura 11. Respuesta a las necesidades de los sujetos de cuidado	80
Figura 12. Comprensión de las vivencias del sujeto de cuidado	82
Figura 13. Confianza para el cuidado	86
Figura 14. Las dudas y preocupaciones	87
Figura 15. Modelo de Ned Hermann	93
Figura 16. Test de dominancia cerebral	94

## INTRODUCCIÓN

*«Cierta día, Cuidado tomó un pedazo de barro y lo moldeó con la forma del ser humano. Apareció Júpiter y, a pedido de Cuidado, le insufló espíritu. Cuidado quiso darle un nombre, pero Júpiter se lo prohibió, pues quería ponerle nombre él mismo. Comenzó una discusión entre ambos. En éstas, apareció la Tierra, alegando que el barro era parte de su cuerpo, y que por eso, tenía derecho de escoger el nombre. La discusión se complicó, aparentemente sin solución. Entonces, todos aceptaron llamar a Saturno, el viejo Dios ancestral, para ser el árbitro. Este decidió la siguiente sentencia, considerada justa: «Tú Júpiter, que le diste el espíritu, recibirás su espíritu, de vuelta, cuando esta criatura muera. Tú Tierra, que le has dado el cuerpo, recibirás su cuerpo de vuelta, cuando esta criatura muera. Y tú, Cuidado, que fuiste el primero en moldear la criatura, la acompañarás todo el tiempo que viva. Y como no ha habido acuerdo sobre el nombre, decido yo: se llamará «hombre», que viene de «humus», que significa «tierra fértil». (Higinio, S. I a.C.)*

El cuidado es tan importante para la vida humana y para la preservación de todo tipo de vida, que dio origen a la fábula - mito. Fue personalizado, se convirtió en un ser concreto; como tal, cuidado daba forma a la arcilla, conversaba con el cielo (Júpiter) y con la tierra, y convocaba a la autoridad suprema del dios del cielo y la tierra que inició la edad de oro y la utopía absoluta del ser humano (Saturno). La fábula-mito del cuidado elaborada por Higinio quiere resaltar el significado del cuidado para la vida humana. (Boff, 2002 p.38)

El cuidado es un concepto cuyo gran potencial epistemológico puede contribuir al proceso de vertebración de la disciplina enfermera. El origen fenomenológico del cuidado desde la perspectiva epistemológica y hermenéutica fue abordado por diferentes autores considerando la integración de los cuidados en la vida cotidiana y las variantes interpretativas en el proceso de satisfacción de necesidades según las diferentes culturas. (Siles Gonzalez & Solano Ruiz, 2007 p.1).

Cuidar es más que un acto, es una actitud; por lo tanto, abarca más que un momento de atención, de celo y de desvelo, representa una actitud de ocupación, de responsabilización y de compromiso efectivo con el otro. (Boff, 2002 p.29) El cuidado tiene múltiples dimensiones: cuidar de sí mismo, de los cercanos, de los lejanos, de los extraños, del planeta, de la producción, del consumo, etc. (Toro S.F. p.9)

De esta manera, en un acercamiento a la significación del cuidado y específicamente al concepto de humanización del cuidado, la presente investigación se realiza dentro del marco de la educación universitaria en ciencias de la salud y específicamente en el programa de Enfermería, donde se busca generar espacios de reflexión en torno a los significados que otorgan los estudiantes a este concepto. Desde el punto de vista educativo, se hace pertinente la aplicación del estudio al evidenciarse las necesidades de formación en salud basada en la integralidad como noción constituyente de saberes y de prácticas. Teniendo en cuenta que la Enfermería como disciplina se basa en el acto de cuidar, lograr articular la teoría del cuidado humanizado y su aplicación en las prácticas formativas del estudiante es fundamental para el desempeño del ejercicio profesional; por ello es importante tener en cuenta desde la formación de los profesionales de Enfermería la concientización y sensibilización respecto a este concepto en el marco de la ética y los valores, buscando dar respuesta a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales de los sujetos de cuidado.

Las ciencias permiten observar, clasificar, experimentar y evaluar las interacciones para comprender mejor los acontecimientos naturales (Cibanal & Arce, 2009, p. 148). La Enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos. Las visiones epistemológicas de ciencia desde la enseñanza, se plantean en tres épocas: La primera corresponde al positivismo lógico y la concepción heredada; la segunda, al racionalismo crítico y la nueva filosofía de ciencia y la tercera época, el postmodernismo y las visiones contemporáneas; esta última etapa, se basa en significados y uso de las teorías científicas,

más no en la forma, estructura o construcción de las mismas ; uno de los representantes de esta visión es Ronald Giere quien desde la Ciencia cognitiva, plantea la generación o construcción de conocimiento que dé sentido y sirva para intervenir, propone un “modelo teórico” donde el científico captura el mundo tanto para sí mismo como para los demás (Amador Rodríguez & Aduríz-Bravo, 2011, pp. 1-16). El presente trabajo comparte esta última visión al dar protagonismo al estudiante de Enfermería en la construcción de significados en torno a la humanización del cuidado; situación que permite realizar intervenciones a partir de la comprensión de los mismos.

Según el planteamiento de Vygotsky (1896-1934) en relación al conocimiento como producto de la interacción social y cultural, se hace necesario reconocer al sujeto como un ser eminentemente social, de tal manera que todos los procesos psicológicos (comunicación, lenguaje, razonamiento, etc.) se adquieren primero en un contexto social y luego se internalizan; de esta manera el aprendizaje de los estudiantes universitarios de ciencias de la salud se fortalece a través de la práctica del cuidado donde se hace evidente que el desarrollo cognitivo está condicionado por el aprendizaje, y este último no solo se construye en las aulas, también se fortalece en la relación estudiante - institución hospitalaria, estudiante - profesionales en ejercicio y fundamentalmente, estudiante – sujetos de cuidado (pacientes y familiares), es en estos escenarios donde se logran construir significados a partir de realidades y necesidades sentidas.

Por todo lo anterior el presente estudio propone una mirada hermenéutica o comprensiva en las múltiples expresiones de los estudiantes de IX semestre de Enfermería, en torno a los significados que le otorgan a cada vivencia de humanización del cuidado durante la práctica formativa, como resultado de las representaciones que logran formular a partir de las realidades, siendo éste un intento de visibilizar demostrando entre otras cosas, la convergencia o divergencia entre teoría y práctica; de ahí que la pregunta orientadora del proceso de investigación sea: ¿Qué significados de humanización del cuidado tienen los estudiantes de IX semestre del programa de Enfermería de la Universidad del Cauca, durante las prácticas formativas realizadas en una Institución de salud de tercer nivel de atención de la Ciudad de Popayán en el segundo periodo de 2014?

El presente trabajo de investigación no proporciona respuestas definitivas en relación a los significados de humanización del cuidado, su intención es aportar a lo ya estudiado previamente desde la especificidad del contexto.

El estudio plantea como objetivo general comprender los significados de humanización del cuidado en Estudiantes de IX semestre del Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca durante las prácticas formativas realizadas en una Institución de Salud de tercer nivel de atención de la ciudad de Popayán en el segundo periodo de 2014. El logro de este objetivo se establece a partir del desarrollo de los siguientes objetivos específicos: Identificar factores involucrados en la humanización del cuidado durante las prácticas formativas de los estudiantes de Enfermería y determinar el tipo de aportes realizados por la Institución de salud en la construcción de dicho significado.

El desarrollo de este trabajo surge por motivación personal, al identificar como Enfermera, Docente y Auditora de Calidad en Salud oportunidades de mejora que permitan fortalecer la práctica de Enfermería a partir de la investigación educativa, siendo la formación académica el punto de partida.

Los capítulos contenidos en el presente informe dan cuenta del desarrollo y hallazgos del estudio sobre los significados de humanización del cuidado en Estudiantes de Enfermería. En la primera parte se presenta el contexto teórico y metodológico, introduciendo de manera condensada la bibliografía relevante del estudio, las investigaciones anteriores, el contexto, así como la relevancia y justificación del mismo. Aquí se presentan datos relacionados con la humanización del cuidado, prácticas formativas, teoría del significado, el manejo que se le ha dado al problema y las investigaciones previas que se han realizado. Posteriormente se describen las características de la metodología cualitativa y la manera como se llevó a cabo la investigación.

Los hallazgos se han organizado en dos capítulos: el primero, expone los factores involucrados en la humanización del cuidado durante las prácticas formativas y el segundo, presenta los aportes realizados por la institución de salud en la construcción de significados de humanización del cuidado.

## CONTEXTO TEÓRICO Y MARCO METODOLÓGICO

### Introducción al área conceptual del estudio

#### Cuidado

*“Cuando amamos cuidamos y cuando cuidamos amamos. El cuidado constituye la categoría central del nuevo paradigma de civilización que trata de emerger en todo el mundo. El cuidado asume la doble función de prevención de daños futuros y regeneración de daños pasados.” (L. Boff).*

La corriente fenomenológica de Husserl plantea la interpretación del cuidado como un concepto universal, esencial y, por tanto, común para todas las culturas en todas las épocas históricas e independientemente de las ideologías, creencias, y presupuestos científicos: el cuidado como concepto y un fenómeno dado en sí mismo a la conciencia (según el proceso reduccionista de Husserl, 1994). Esta visión fenomenológica y estructural de la historia de la enfermería permite el estudio en profundidad de los cuidados revelando sus características esenciales que son compartidas por diferentes culturas en distintas fases históricas. Heidegger plantea los cuidados como concepto y fenómeno cuyos significados y prácticas están influidos por el contexto social, político, ideológico, religioso y científico en el que tiene lugar. En este tipo de interpretación, el cuidado constituye un fenómeno que está compuesto por un conjunto de propiedades y relaciones diversas, externas, dinámicas, percibidas directamente a través de los sentidos. Mediante la aplicación de la fenomenología Heideggeriana a la historia de la enfermería se obtiene una visión coyuntural permitiendo la identificación y comprensión de los fenómenos implicados en cuidados de salud en un contexto específico en el que se consideran las creencias, las experiencias subjetivas, las ideologías, etc. (Siles Gonzalez & Solano Ruiz, 2007 p.3)

Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. Según estudios recientes del significado del cuidado en la práctica profesional de Enfermería se refieren a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la



dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado. Por otra parte, el cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica. (Baez Hernandez, Nava - Navarro, Ramos - Cedeño, & Medina - Lopez, 2009).

El cuidado entendido por algunas autoras es la acción encaminada de hacer algo por alguien, rasgo humano, imperativo moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer, el cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida, es decir, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio (Vargas Diaz, 2015, p.39). “La ciencia del cuidado provee una guía ética, moral y de valores para la ciencia y el fenómeno humano, se enfoca en el cuidado-salud-persona-naturaleza-universo. Esta reintroduce el espíritu y retorna a las dimensiones sacras dentro de nuestro trabajo y vida en el mundo” (Watson, 2008).

Cuidar es más que un acto, es una actitud; por lo tanto, abarca más que un momento de atención, de celo y de desvelo, representa una actitud de ocupación, de responsabilización y de compromiso efectivo con el otro. La actitud es una fuente, genera muchos actos que expresan la disposición de fondo. Según el filósofo que mejor vio la importancia esencial del cuidado, Martín Heidegger (1889-1976) “el cuidado es algo más que un acto y una actitud”, en su famosa obra *el ser y el tiempo* “en cuanto totalidad estructural original, el cuidado es existencialmente a priori de toda posición y conducta fáctica del ser-ahí, es decir se halla siempre ya en ella”, esto significa que el cuidado se encuentra en la raíz primera del ser humano, antes de que haga nada, y todo cuanto haga irá siempre acompañado de cuidado e impregnado de cuidado. Significa reconocer que el cuidado es un modo de ser esencial, siempre presente e irreductible a otra realidad anterior. Es una dimensión frontal, originaria, ontológica, imposible de desvirtuar totalmente. (Boff, 2002 p.29-30).

El cuidado forma parte de la naturaleza y de la constitución del ser humano. El cuidado como modo de ser revela la forma concreta “como es el ser humano”, según Heidegger, el cuidado debe estar presente en todo por cuanto facilita la existencia humana. La pregunta y correspondiente respuesta acerca de que es el ser humano subyace en las formaciones sociales, en las diferentes visiones de mundo, en las diferentes filosofías, ciencias y proyectos elaborados por el ingenio humano, sin embargo al preguntarse qué imagen de ser humano se proyecta cuando se descubre como “un ser en el mundo con otros”, siempre relacionándose, construyendo su hábitat, ocupándose de las cosas, preocupándose por las personas, dedicándose a aquello a lo que atribuye importancia y valor y disponiéndose a sufrir y a alegrarse con aquellos a los que se siente unido y quienes ama? la respuesta más adecuada será: el ser humano es un ser de cuidado, más aún su esencia se encuentra en el cuidado. Poner cuidado en todo lo que proyecta y hace: he aquí la característica singular del ser humano. (Boff, 2002 pp.31-32)

### **Humanización del cuidado**

Jean Watson, autora de la Teoría del Cuidado Humano, sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de Enfermería. (Rivera Alvarez & Triana, 2007). Para los seguidores del “cuidado humano”, teniendo en cuenta la orientación que acompaña esa denominación (humanista, fenomenológica), el cuidar es entendido como la esencia del ser. Si el cuidar es lo que caracteriza las acciones de Enfermería en sus diferentes dimensiones y es parte del ser cuidador (tanto la enfermera como la docente), todas sus acciones se deberían inscribir en el cuidado (Waldow, 2009, p.249).

Según Watson una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de vivir juntos a una transacción humana- humano. Para Watson, el campo

fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo –todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson, considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias. Ha estudiado el cuidado de Enfermería con enfoques filosóficos (existencial– fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la Enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Define varias categorías que a su vez incluyen comportamientos de cuidado: sentimientos del paciente, apoyo físico, características de la Enfermera, cualidades del hacer de la Enfermera, proactividad, priorización al ser cuidado, empatía y disponibilidad para la atención (Rivera Álvarez, 2007).

Es así como la Enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Collière, resalta cuatro etapas en el recorrido histórico del cuidado de lo humano: 1. Etapa doméstica: el cuidado se centra en el hogar, derivado de los cuidados de la mujer, fundamentados en el manejo mítico y mágico de la salud y la enfermedad. 2. Etapa vocacional: Definió el cuidado como una práctica de salvación eterna, plantea la figura de la mujer consagrada, la sumisión y la inspiración divina. 3. Etapa técnica: La salud entendida como la lucha contra la enfermedad, centrado en el auxilio social, la enfermedad y la técnica. 4. Etapa profesional: El concepto de salud se transforma en la concepción integral y holística del hombre con el propósito de brindar un mayor bienestar físico y una mejor adaptación de los individuos con su entorno (Ibáñez Alfonso, 2013, pp. 164-165). Según Watson, (1999, p.27), una ciencia humana enfocada al cuidado requiere de una práctica de Enfermería vista en el presente pero también en el futuro así como la Enfermería avanza en el campo científico también en el área humanística de la práctica clínica se requiere de un nuevo modelo. Así como la mente es inseparable del cuerpo, las

actividades de aprendizaje de Enfermería no deberían divorciarse de la práctica clínica. La calidad de Enfermería y el cuidado de la salud actualmente demandan respeto por lo humano en la función única del ser. El fenómeno de la salud enfermedad debe acercarse a una amplia base conceptual.

En la actualidad, según el artículo 3° de la Ley 911 de 2004 por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia: El acto de cuidado de Enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de Enfermería y el ser humano, sujeto de cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. (Ministerio de Protección Social, 2004).

“El concepto de Humanización, hace referencia al ser humano, que es todo aquello relativo o perteneciente al hombre y propio de él; definiéndolo como un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud” (ICONTEC, 2013). Para la Enfermería, la humanización como referente de calidad está inmersa en su razón de ser. De hecho, los conceptos centrales del metaparadigma de la disciplina se refieren al ser humano, el cual comprende a los individuos, las familias y los grupos de la comunidad, sujetos del cuidado de Enfermería (Fawcett & DeSanto- Madeya, 2013). De igual manera, respecto a este concepto, Moreno-Fergusson, (2013) plantean: “una atención humanizada se caracteriza por el interés del personal de salud por identificar las necesidades particulares de las personas y su familia; por comprender el significado que tiene para ellas la situación que están viviendo, conocer sus experiencias anteriores, su cultura, sus creencias y valores. Por esta razón es fundamental la comunicación permanente con el paciente” (pp. 146-147).

Más allá del campo epistémico propio de las disciplinas relacionadas con la salud en este caso el de la Enfermería, se requiere en el personal dedicado a esta profesión de una sensibilización ético filosófica, que permita superar el punto de demarcación científica para acceder al plano muchas veces ignorado de lo humano, en donde el paciente se asume más

como objeto que como sujeto trascendente; así Ibáñez (2013) citando a Martin Buber (1993), plantea que se han establecido dos modos básicos de nuestra existencia: Yo – Tú y Yo – Eso, la primera se asume como relación dialógica, en la cual en nuestro caso quien presta un servicio de cuidado de Enfermería y se sitúa frente al otro, el paciente, el enfermo, quien está postrado y expuesto a la voluntad de quien le asiste, posibilita el lugar del reconocimiento, del encuentro, de la apertura al dialogo, fundado en la palabra amorosa, cálida, generando el “lugar del sentido humano por excelencia” por otro lado, la relación Yo-Eso, se constituye en relación de objetivación, el otro, es decir, el paciente, el enfermo, es asumido como un objeto, es cosificado. (p. 198)

“La humanización del cuidado, requiere un proceso de cuidado centrado en el ser humano, en el entendido de que ese ser humano no sólo incluye la persona sujeto de cuidado, sino a la Enfermera y el estudiante de Enfermería” (González Juárez, 2009, p.40).

Watson ha definido 10 factores que denomina Proceso Caritas de Cuidado (PCC), que permiten comprender en un nivel más profundo las dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas, estas son: Proceso caritas 1: Práctica para ser ecuánime con otros. Proceso caritas 2: Estando auténticamente presente, habilitación, mantenimiento de la fe, esperanza y sistemas de creencia de sí mismo y de los demás. Proceso caritas 3: Cultivar las prácticas espirituales propias y el yo transpersonal. Proceso caritas 4: Desarrollar y mantener una relación de cuidado autentica, de ayuda y de confianza. Proceso caritas 5: Estar presente y ser soporte de las expresiones de sentimientos positivos y negativos. Proceso caritas 6: Utilizar creativamente el yo y todas las formas de conocimiento como parte del proceso de cuidado, involucrándose en el arte de la práctica de cuidado y sanación. Proceso caritas 7: Involucrarse en la experiencia genuina de la enseñanza-aprendizaje, que atiende a la totalidad y a la esencia, buscando moverse dentro del marco de referencia del otro. Proceso caritas 8: Crear un ambiente de sanación a todos los niveles, a través de las cuales sean potenciadas la totalidad, la belleza, el confort, la dignidad y la paz. Proceso caritas 9: Cubrir las necesidades básicas con una conciencia de cuidado intencionado, suministrando lo esencial del cuidado humano que potencia en la armonía, mente, cuerpo y espíritu, es decir, la totalidad en todos los aspectos del cuidado. Proceso

caritas 10: Ampliación y atención a las dimensiones y misterios de la propia vida/muerte, dar cuidado espiritual a uno mismo y a la persona que cuida, permitir y estar abierto a los milagros, atendiendo a lo espiritual y misterioso que permite un milagro. (Pinto Afanador, 2012, pp.242-249).

### **Prácticas formativas**

Además de ser la fundadora de la Enfermería, introducir las ciencias de la salud en los hospitales militares, Florence Nightingale en 1860 desarrolló el primer programa sólido de formación de Enfermeras, basado en normas profesionales. Después de su participación en la Guerra de Crimea formaliza la Enfermería como apoyo logístico a los ejércitos, preparando Enfermeras para la guerra e introduciendo las costumbres militares dentro de la práctica de la profesión. En Colombia se inició en el año 1873, con la llegada de las Hermanas de la Presentación de Tours Francia, quienes prepararon a las primeras Enfermeras, reforzándose con esto la tradición religiosa de la Enfermería. En 1903 y 1906 aparecen las primeras escuelas de Enfermería que funcionaban como parte del hospital, allí se desarrollaban los programas tanto teóricos como prácticos. En 1935 con la reforma de la Universidad Nacional, se crea la Escuela de Enfermería como una de sus facultades y se eleva la profesión de Enfermería a categoría de carrera universitaria. Se identifica que en la década del 60 se empiezan a incluir contenidos propios de la conceptualización de Enfermería con énfasis biomédicos, se impone el paradigma conductista de la educación, se observa la preponderancia de un modelo pedagógico autoritario, utilizándose la disciplina como instrumento de vigilancia. La actividad práctica es considerada en su efecto instrumental donde se debe demostrar las habilidades y destrezas motrices y no la actividad donde se puede recrear el saber y confrontar el referente teórico; el modelo conductista conduce a la estabilización de conductas operantes, habilidades y destrezas sin posibilitar el desarrollo del intelecto ni crear nuevos conocimientos, de esta manera se consolidó el desarrollo de conductas esperadas por medio de la memorización y de la imitación, sin posibilitar el análisis crítico de la práctica de Enfermería. Para el caso de Colombia el modelo autoritario empieza a superarse a partir de los ochenta iniciándose la verdadera conceptualización curricular de Enfermería, impulsando la utilización de teorías de

autocuidado, sistemas, humanísticas, interpersonales, de necesidades y de cuidado. La década de los noventa es especialmente rica en la búsqueda de modelos pedagógicos que privilegian espacios de relación docente – estudiante, se asume al estudiante como el actor principal de su aprendizaje (Jiménez, Gómez, Vásquez, & Munar, 2005). “Sin embargo, en general, los enfoques que se oponen al modelo biomédico son bastante teóricos y a veces poco viables en la práctica cotidiana del cuidado de la salud”. (Waldow, 2009).

Actualmente, la educación en ciencias de la salud, plantea centrarse en la integralidad como noción constitutiva y constituyente de saberes y de prácticas, que supere el modelo de enseñanza centrada en procedimientos desde donde el paciente es interpretado como “Una bolsa de órganos” o territorios por los cuales evolucionan cuadros fisiopatológicos cuyas afecciones son vistas como acontecimientos exclusivamente biológicos. Este abordaje clásico (basado en contenidos biomédicos) centra las oportunidades de aprendizaje en el Hospital Universitario, adopta sistemas de evaluación por cuantificación cognitiva (acumulación de información técnico científica estandarizada) e incentiva la especialización precoz, perpetuando modelos tradicionales de práctica, presentados como ideales. Por lo tanto para profundizar las experiencias de la enseñanza de la integralidad, es preciso que la educación permanente en salud se configure como un lugar vivo, en el que podamos abandonar (desaprender) el sujeto que somos para que pasemos a ser producción de subjetividad: abriendo fronteras todo el tiempo, desterritorializando grillas (gradientes) del comportamiento o de gestión del proceso de trabajo. También necesitamos por lo tanto experimentar una incomodidad ante las escenas clásicas y duras de la clínica tradicional, mecanicista, biologicista y centrada en el procedimiento. (Pinheiro, Burg, Koifman, & Araujo de Mattos, 2009). De esta manera, “se entiende que el conocimiento que permite al profesional de Enfermería una actuación competente está incrustado en una serie de prácticas y actividades que son compartidas por la comunidad profesional” (Castillo Parra & Medina Montoya, 2006).

El saber se manifiesta y funciona en los contextos institucionalizados de salud, donde la Enfermería posee legitimidad para la acción y se organiza a través de la repetición de cierto

tipo de situaciones que son resueltas en función de las características del conocimiento profesional que se posea.

Los estudiantes de Enfermería aprenden ese conocimiento práctico (las convenciones de la profesión, su lenguaje, sus esquemas de valoración, sus tradiciones, sus patrones de conocimiento sistemático y de conocimiento en la acción) sobre todo durante las prácticas formativas, en dónde los estudiantes “aprenden en la acción”. Esta situación acerca el mundo teórico de la universidad y el de la práctica profesional.

Es importante remarcar que la visión que poseen los profesores de Enfermería acerca de las actividades que deben realizar los alumnos durante la práctica y sus objetivos, depende de su concepción sobre los tipos de conocimiento imprescindibles para una práctica profesional competente... Sin embargo, el conocimiento profesional relevante para los estudiantes es un saber que combina componentes explícitos y tácitos que se activan en la acción sin que se tenga clara conciencia de ello, a no ser que se haga después de procesos de reflexión y autodiálogo. Es un saber difícilmente formalizable en reglas o accesible al lenguaje, porque es concreto y se halla en un proceso constante de comprensión-transformación-comprensión (p.309).

*“Podemos decir que las enfermeras expresamos nuestro conocimiento a través de la práctica y si no pensamos en términos reales del conocimiento podemos entrar en la penumbra de la repetición y el estancamiento... Si la práctica es la expresión de nuestro conocimiento, es lógico que trabajemos sobre los patrones de conocimiento de enfermería”.*

Carper definió que el cuerpo de conocimientos que da soporte a enfermería se manifiesta por patrones, o sea por medio de formas características de expresión externa e interna que dejan ver la manera como se piensa sobre un fenómeno. Los patrones no aumentan el conocimiento, más bien ponen su atención en el significado de conocer y sobre las clases de conocimiento que son de mayor ayuda para la disciplina de enfermería. Los patrones de conocimiento que identificó Carper a partir de un análisis de la estructura conceptual y sintáctica del conocimiento de enfermería fueron cuatro: el empírico o ciencia de



enfermería, el ético o componente moral, el estético o arte de enfermería y el conocimiento personal. Los patrones se expresan de manera integrada entre ellos existen conexiones sin las cuales sería muy compleja la expresión del cuidado y de las intervenciones de enfermería de manera holística. (Duran de Villalobos, 2005)

En toda situación de enfermería<sup>1</sup> entran en constante interacción los atributos del receptor del cuidado, y sus propios atributos como persona y enfermera, dentro de los cuales están el patrón de conocimiento empírico que le confieren la cientificidad a cada una de las decisiones que toma, el patrón ético que le muestra el camino correcto para su actuar, el patrón estético que le permite identificar la belleza de cada situación por difícil que sea, y el patrón de conocimiento personal que implica conocerse a sí misma, reconocer sus atributos y sus falencias, para aplicar lo mejor a cada uno de los pacientes a su cargo. Para ejercer con propiedad el rol, la enfermera debe reconocer su ubicación filosófica dentro del contexto del cuidado, esta ubicación tradicionalmente corresponden al paradigma Empiricista y el Interpretativo. (Vasquez, Gonzalez, Ramos, & Vargas, 2006)

La práctica formativa en salud, es definida por la resolución 2376 de 2010 como la estrategia pedagógica planificada y organizada desde una institución educativa que busca integrar la formación académica con la prestación de servicios de salud, con el propósito de fortalecer y generar competencias, capacidades y nuevos conocimientos en los estudiantes y docentes de los programas de formación en salud, en un marco que promueve la calidad de la atención y el ejercicio profesional autónomo, responsable y ético de la profesión (Ministerio de Protección Social, 2010).

Dentro de los escenarios de práctica se encuentran espacios institucionales que intervienen en la atención integral de la salud de la población, como es el caso de los hospitales universitarios, definidos en la ley 1164 de 2007 como una Institución Prestadora de Servicios de salud que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser hospital de enseñanza y práctica supervisada por autoridades académicas competentes y

---

<sup>1</sup> La situación de enfermería, es todo contexto donde actúa la enfermera, dentro del cual desempeña su rol profesional aplicando un plan de cuidados individualizados que aplica con el rigor científico que le confiere la valoración de su paciente a través de los patrones funcionales, propuestos como un sistema único de valoración de enfermería

que ofrece formación y atención médica en cada uno de los niveles de complejidad. El hospital está comprometido con las funciones esenciales de la Universidad, las cuales son formación, investigación y extensión (Ministerio de Protección Social, 2007). En este sentido, William Osler afirma que “Estudiar los fenómenos de la enfermedad sin libros es cruzar el mar sin cartas de navegación, mientras que estudiar libros sin pacientes no es tan siquiera embarcar” (Lozano Losada, 2013).

### **El significado**

“Usualmente en investigación, los significados se relacionan con las asociaciones que los seres humanos crean de los estímulos que los rodean o de los componentes de sus procesos de pensamiento, pero sin dar mayor importancia al contexto en que esto ocurre” (Lacasa, Vélez & Sánchez, 2005 citado en Arcila Mendoza, Mendoza Ramos, Jaramillo, & Cañon Ortiz, 2010).

Jerom Bruner ha destacado particularmente este concepto al igual que otros autores como Lev Semionovich Vygotsky y Kenneth Gergen.

Bruner (1998) plantea un marcado interés por la psicología cognitiva, buscando posibilidades que le permitan comprender al hombre como un ser cultural que construye y deconstruye los significados para asimilar su realidad. Una de ellas fue la Psicología popular, también denominada como Psicología del sentido o Psicología cultural. De esta escuela retoma la existencia de un mundo interno en el que se encuentran las creencias y los deseos, y un mundo fuera del hombre que es la cultura. Al relacionarse estas dos le permiten al hombre transformar sus creencias, sus acciones y su entorno en forma paralela; este es, de igual manera, uno de los supuestos básicos del constructivismo.

Bruner (1998) Comprende los significados como construcciones consensuadas entre el hombre y la cultura en la que se halla inmerso. Lo anterior se logra dilucidar cuando propone que éstos -los significados - tienen dos líneas de origen, una de tipo biológico que denominó protolingüística y otra, de origen cultural. En el momento en que se entrecruzan estas dos líneas surge la negociación que permite la constante transformación de los significados. Cabe aclarar que en algún momento de la evolución del ser humano

desaparecen los significados protolingüísticos y los significados de origen social predominan en él.

A partir de su propuesta pueden mencionarse dos funciones, la primera es que los significados sirven de mediador entre la cultura y el hombre, ya que si el hombre no construye estos significados no puede ser parte de ella; la segunda es que favorecen la construcción de los “Yoes” que conforman o están implícitos en cada sujeto, ya que a través de las prácticas interpersonales se crean los significados que constituyen sus características.

Bruner le atribuye importancia a las narraciones y la negociación en la construcción de significados que realiza el ser humano. De esta forma busca entender cómo se insertan los significados en las transacciones humanas dentro de una cultura particular. Esta modalidad de conocer la realidad la denominó “interpretación narrativa”, la cual se ocupa de “las intenciones o acciones humanas y de las vicisitudes y consecuencias que marcan su transcurso. Trata de situar sus milagros atemporales en los sucesos de la experiencia y de situar la experiencia en tiempo y espacio” Para ello utilizó la propuesta teórica de Grice, que le permitía al investigador saber en qué momento el ser humano utiliza las narraciones para transgredir, intencionalmente, los significados construidos culturalmente o tan sólo para continuar con ellos. (Arcila Mendoza, Mendoza Ramos, Jaramillo, & Cañon Ortiz, 2010 pp.42-47)

Es así como “los constructos significativos que posee cada sujeto, los comunica en el aula y deben ser reinterpretados por el docente y los alumnos, para crear un marco hermenéutico (construcción o interpretación del pensamiento) de comprensión de la diversidad” (Ruedas Marrero, Ríos Cabrera, & Nieves, 2009).

Para Gadamer (1993): “la hermenéutica tiene tres momentos: comprensión, interpretación y aplicación. Estos contribuyen a la comprensión de la hermenéutica más como un saber hacer que requiere de una particular finura del espíritu, que como un método disponible” (p. 378).

En el mismo orden de ideas, la palabra como discurso, como texto, como materia de estudio y aplicación, que pretende poner en práctica un método hermenéutico encaminado a obtener desde la investigación mayor comprensión del objeto de estudio, es de obligatorio reconocimiento al abordar la investigación educativa, ya que según Gadamer (1993):

*“La Hermenéutica implica la posibilidad de hacerse un ser libre, sólo por el hecho de ser inherente a la condición de ser portadora de la palabra...la facticidad implica la posibilidad de interpretar, detectar relaciones, extraer conclusiones en todas las direcciones, que es lo que contribuye a desenvolverse con conocimiento dentro del terreno de la comprensión de los textos”.* (Ruedas Marrero, Ríos Cabrera, & Nieves, 2009).

### **Manejo del Problema**

La educación Universitaria debe garantizar una formación basada en tres componentes: ético, estético y científico, sin demeritar ni priorizar la aplicación individual de cada uno de ellos; por el contrario, manteniendo el equilibrio y mostrando la importancia de su articulación; y es que este concepto se hace aún más evidente en la formación de profesionales en ciencias de la salud, donde la historia ha demostrado la necesidad de integrar saberes y prácticas, que superen la visión instrumental y biológica de la atención, dando protagonismo al sujeto y a la complejidad del verdadero concepto de la salud.

“Es evidente que el conocimiento en general se puede aprender, pero la aplicación de ese conocimiento a un caso real, en cambio solo puede adquirirse a través de la propia experiencia y del propio razonamiento, y va madurando con lentitud” (Gadamer, 2011). De esta manera, durante el desarrollo del plan de estudios del programa de Enfermería de la Universidad del Cauca, se incluyen además de clases teóricas, prácticas formativas a través de convenios docencia servicio con clínicas y hospitales, dando respuesta a la estructura curricular que se encuentra constituida por cuatro áreas: básica, profesional, específica de Enfermería, investigativa y socio humanística, esta última dimensión, aporta a la formación de competencias relacionadas con el respeto de la cultura de su medio social y de la dignidad humana, así como al entendimiento del ser humano como un ser holístico. De

igual manera, el aprendizaje en el modelo pedagógico educativo del proceso de formación del estudiante del Programa de Enfermería posee las siguientes características: es *significativo*, buscando que el estudiante incorpore en su estructura de conocimiento lo nuevo y lo vincule con su campo de experiencia; *reflexivo* permitiendo que el estudiante sea capaz de darse cuenta de qué fue lo que aprendió y cuáles fueron las acciones e interacciones que produjeron ese aprendizaje y *colaborativo*, a partir del reconocimiento de la complejidad de la realidad y de la limitación individuales para aprehenderla e intervenir sobre ella. Supone por tanto un acercamiento interdisciplinar a los problemas, el trabajo en equipo y la interdependencia de sus miembros para el logro de propósitos comunes, y respeto de las diferencias individuales y la diversidad. Para fomentar el aprendizaje significativo es importante que lo que debe aprenderse posea un significado en sí mismo, es decir que haya una verdadera relación entre sus partes y que adquiera significado para el estudiante a partir de las relaciones con conocimientos anteriores; con este aprendizaje se busca promover en los estudiantes el autoaprendizaje, la autonomía, integralidad y creatividad; el pensamiento crítico y la capacidad de innovación. (Programa de Enfermería Universidad del Cauca, 2008)

Para reconocer la aplicación del conocimiento, se hace necesario dar protagonismo al estudiante universitario como sujeto principal dentro del proceso formativo de cuidado, siendo éste el saber propio de la práctica profesional y disciplinar de Enfermería y es que significado que se tenga de un fenómeno, condiciona la forma en que va a ser representada la realidad en los sujetos y que de acuerdo con Lévinas, “las palabras introducen la franqueza de la revelación en la cual el mundo se orienta y adquiere un significado entre los individuos”, (Báez Hernández, Nava Navarro, Ramos Cedeño, & Medina López, 2009) entonces, los significados que los estudiantes dan a sus realidades clínicas son fundamentales para reconocerlos como sujetos activos dentro de la dinámica del proceso educativo universitario y para el caso que nos ocupa, representando la realidad de la relación de cuidado entre paciente y estudiante de Enfermería.

Al incursionar en el tema específico de la humanización del cuidado, se percibe en un primer momento una redundancia respecto a la expresión, puesto que el arte de cuidar se

trata de un asunto humano, es decir, inherente a nuestra propia condición humana; sin embargo, las acciones de deshumanización surgen en todos los contextos, generando una serie de consecuencias derivadas del no reconocimiento del otro, en el sentido de la alteridad como propone el Filósofo Lévinas, perdiendo el reconocimiento de sus puntos de vista, sus concepciones, sus valores y principios, sus intereses y sus intenciones; situación asociada a una visión positivista y reduccionista de los términos salud-enfermedad. Afirma el filósofo, “El Yo ante el Otro es infinitamente responsable”. En lo que respecta a la Enfermería, cada una de las acciones que el profesional interponga tanto para bien como para mal son de su incumbencia; el cuidado como la esencia de su actuar, es de su rotunda responsabilidad. Allí reside la importancia de aplicarlo de la mejor manera, y de establecer relaciones desde la humanidad (Rodríguez, 2011). Por lo tanto en la etapa actual de las visiones de cuidado de Enfermería, definida como la etapa profesional, se hace necesario retomar el concepto de integralidad como una manera de identificar el verdadero sentido del “yo – tu”, planteado por Martin Buber, donde se facilita el encuentro, el diálogo, la calidez, entre otros. Entendemos entonces la humanización del cuidado como el rescate de los aspectos humanos, espirituales y transpersonales que reconoce al sujeto como ser trascendente.

Sin embargo, además de estos aspectos, es evidente en las instituciones de salud el progresivo distanciamiento que se percibe entre los profesionales de la salud y los pacientes; y aunque los procesos de calidad intentan fortalecer este vínculo, finalmente se ve afectado por situaciones impuestas por el sistema o decisiones de tipo administrativo que se traducen entre otras cosas, en la fragmentación de la atención, falta de oportunidad en la respuesta ante las necesidades de los pacientes, afectación del acceso, reducción de los tiempos de encuentro; lo que hace que los sujetos de cuidado sean vistos como una suma de enfermedades, atendidos por diferentes actores del área que pretenden dar respuesta a su patología, aunado esto a la desmejora en las condiciones de trabajo y sobrecarga laboral para los profesionales de la salud. Todas las anteriores categorías afectan la humanización del cuidado y se hacen evidentes para todos los actores del sistema, incluyendo los estudiantes que realizan prácticas formativas en las IPS, quienes al lograr la integración de

la formación académica con la prestación de los servicios de salud, se acercan a las realidades a partir de la comprensión de sus percepciones.

Es así como desde La Clínica La Estancia, luego de una evaluación periódica de quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, se ha logrado identificar que la amabilidad y la calidez por parte del personal de salud es uno de los factores que debe mejorarse en la Institución, al evidenciarse que del total de reportes presentados entre los meses de Marzo, Abril y Mayo del año 2014, el 26% corresponden a situaciones que afectaron esta condición, siendo actitudes que mantienen relación directa con la humanización del cuidado (Clínica La Estancia, SIAU, 2014).

### **Investigaciones anteriores**

En el estado de Puebla México, durante el año 2008, Báez Hernández, Nava Navarro, Ramos Cedeño, & Medina López, realizan un estudio titulado “El significado de cuidado en la práctica profesional de Enfermería”, bajo una metodología cualitativa, cuyo propósito fue comprender cómo representan los profesionales de Enfermería su quehacer profesional, mostrando como resultados seis categorías periféricas que forman el significado de cuidado: factores, implicaciones, contribuciones, aplicaciones, creencias y actitudes. Concluyendo que el cuidado de Enfermería envuelve y comparte la experiencia humana a través de una relación transpersonal y de respeto.

El estudio titulado “La percepción de cuidar entre estudiantes y profesionales de la Enfermería” realizado por Pavan Biscon, Ferreira, & Ferreira, tuvo como objeto conocer la percepción del cuidado y las relaciones entre las concepciones de los estudiantes y los profesionales de Enfermería con base en los conceptos y clasificaciones de Morse, el estudio fue realizado en el año 2006 en la ciudad de Araras, municipio brasileiro, bajo una metodología cuantitativa, concluyendo que las mayores diferencias se hicieron evidentes entre las concepciones de alumnos y profesores, en las concepciones del cuidado como característica humana y como imperativo moral. Los resultados apuntan a la necesidad de mayor afinación entre la enseñanza y su aplicación en el ejercicio de la profesión.

En el año 2009 Muñoz Hernández, Coral Ibarra, Moreno Prieto, Pinilla Pinto, & Suarez Rodríguez realizan un estudio cualitativo denominado “Significado del cuidado humanizado en egresadas de la facultad de Enfermería” cuyo objetivo fue conocer el significado de cuidado humanizado en egresadas de la facultad de Enfermería de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, para que a través de sus directivos, docentes y estudiantes se unifique para conceptualizarlo y asumirlo. En el estudio se encontró que el cuidado humanizado significa una atención integral teniendo muy en cuenta la parte humana del paciente, afirman que debe brindarse independiente de que la persona esté sana o enferma y además consideran que es sentir sin involucrarse con el enfermo, permitir la expresión de sentimientos de la persona a quien se cuida y respetar su entorno familiar y personal.

Gómez Ramírez, Daza, & Zambrano en el año 2008 realizaron un trabajo cualitativo titulado: “Percepción de cuidado en estudiantes de Enfermería: caracterización e impacto para la formación y la visión del ejercicio profesional” con el objetivo de describir la percepción del cuidado que tienen los estudiantes de primer semestre de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia; los resultados señalan que la percepción de cuidado en estudiantes de primer semestre de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia se enfoca en los comportamientos de cuidado relacionados con el patrón de conocimiento empírico, es decir, con los fundamentos de asistencia clínica y técnicas para la atención de Enfermería y lo propio del patrón ético. Los patrones personal y estético se percibieron con menor frecuencia, por lo que se destaca la importancia de formar a los estudiantes en las dimensiones humanísticas del cuidado.

Con el objetivo de describir la percepción de los comportamientos de cuidado humanizado brindados por el personal de Enfermería en la persona hospitalizada, y a sus cuidadores familiares, en La Clínica Country Bogotá, en el año 2007 Rivera Álvarez & Triana, publican un estudio cuantitativo titulado “Percepción de comportamientos de Cuidado Humanizado de Enfermería en La Clínica Country.” Los resultados muestran que el 86,7% de las personas hospitalizadas siempre percibieron un cuidado humanizado de Enfermería, evidenciado en los comportamientos en los que se priorizó a la persona; los



comportamientos percibidos fueron empatía, apoyo emocional, proactividad y disponibilidad para la atención.

El estudio titulado “Cuidado en la Práctica formativa de los estudiantes de Enfermería de la Facultad Ciencias de La Salud Universidad del Cauca Popayán 2006” realizado por Zambrano & Ortiz a través de una metodología cualitativa pretende identificar patrones de conocimiento en el cuidado brindado por el estudiante de Enfermería durante su práctica formativa. Concluyendo que la corriente positivista prima en relación a los conceptos de cuidado.

### **Contexto**

El departamento del Cauca cuenta con una población de 1.367.496 habitantes, de los cuales 270.000 corresponden al municipio de Popayán (Gobernación del Cauca, 2014). Para el año 2010, en el departamento del Cauca se matricularon 20.417 estudiantes en instituciones de educación superior Universitaria, distribuidos en 6 instituciones con las que cuenta el departamento (Ministerio de Educación Nacional, 2014). Una de estas instituciones es la Universidad del Cauca y específicamente la Facultad de Ciencias de la Salud que desde el año 1970 ofrece el Programa de Enfermería con una duración de 10 semestres bajo modalidad presencial; en el año 2003 el Ministerio de Educación Nacional, le otorgó acreditación por un período de tres años que fue renovada en el 2008 por cuatro años más. Actualmente se encuentra en proceso de renovación curricular y renovación de la acreditación. El Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca se orienta hacia la formación de un profesional capaz de cumplir con cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. El programa tiene como objetivo formar integralmente profesionales de Enfermería con una visión humanística y una concepción de cuidado integral, que permita al educando interactuar ante las necesidades de salud de la población, respetar el contexto cultural y transformar las condiciones de vida de los individuos familias y colectivos. La estructura curricular del programa está constituida por el área básica, disciplinar específica de Enfermería, socio - humanística e investigativa (Universidad del Cauca, 2014).

Una de las instituciones con las que la Facultad Ciencias de la Salud ha realizado convenio de docencia servicio para realización de prácticas formativas es la Clínica La Estancia, IPS privada de tercer nivel de atención, cuya misión es “Ser una institución que presta servicios de salud de manera integral generando valor en sus procesos y a su entorno, comprometida con el cuidado y la recuperación de nuestros usuarios, respetando sus derechos y deberes, propiciando el desarrollo del conocimiento científico, en un ambiente innovador, humanizado y seguro.” Sus valores corporativos son: Solidaridad, calidez, honestidad, respeto y responsabilidad. (Clínica La Estancia, 2014).

### **Relevancia de este estudio**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado directrices para aumentar y transformar la formación de los profesionales de Enfermería, con el fin de responder a las necesidades del sector, no solamente formando más profesionales sino buscando estrategias que permitan garantizar unos recursos humanos de salud con las competencias idóneas para responder a la evolución de las necesidades de las poblaciones; frente a esta situación uno de los obstáculos identificados es la formación de Enfermería que sigue padeciendo los efectos de la medicalización de los currículos porque su fuente teórica y epistémica es el modelo biomédico clínico, centrado principalmente en la enfermedad y muy poco en la perspectiva psicosocial. Este modelo ha conducido a la fragmentación y a la deshumanización de los cuidados y la función de la Enfermería se ha centrado más en las finanzas que en los cuidados (International Council of Nurses, 2013). Por lo tanto, la aplicación del presente trabajo resulta pertinente en la medida en que aporta a la búsqueda de espacios de reflexión en torno a un “Problema educativo contemporáneo” en lo que respecta a la formación de profesionales de Enfermería, situación identificada recientemente por organizaciones de referencia internacional como la OMS y el Consejo Internacional de Enfermería.

Para Colombia, la acreditación en salud exige que “las instituciones prestadoras de servicios de salud, las universidades y organizaciones que forman profesionales en salud, implementen capacitaciones en humanización y que dichas temáticas sean fundamentales en la atención y formación del personal, así se logra que las personas y usuarios de la salud

sean considerados como seres humanos en un sentido global” (ICONTEC, 2013); por lo tanto la humanización de la atención ha sido definida como un eje de la acreditación en salud; de tal manera que resulta pertinente buscar espacios de discusión en relación a los factores que afectan este proceso desde el contexto educativo y específicamente en lo concerniente a las prácticas formativas. Es así, como desde el punto de vista educativo, se busca generar mejoras en la relación Estudiante-Paciente al dar relevancia al componente de humanización del cuidado. Como valor agregado, algunos resultados de la investigación serán objeto de análisis en la IPS donde se realizará el estudio, al considerar que la institución está trabajando de manera voluntaria y periódica en la autoevaluación de los procesos que buscan mejorar la calidad de la atención del paciente, incluyendo la humanización de la atención, en espera de lograr altos estándares de calidad.

Es evidente la brecha que existe entre los actores del sistema de salud y los pacientes. Los avances tecnológicos, la búsqueda de rentabilidad institucional al percibir la salud como un negocio, las nuevas pautas y normas establecidas, reducción de tiempos en atención, fragmentación del servicio a partir del surgimiento de nuevas especialidades y subespecialidades, desmotivación del recurso humano institucional, entre otros, han sido factores que contribuyen a la deshumanización en la prestación de los servicios de salud. El acto profesional de cuidar la salud se ha ido deteriorando en la medida que la comunicación con el paciente se restringe a encuentros cada vez más técnicos, distantes y fríos que esquivan el diálogo y privilegian la información. (Bohórquez & Jaramillo, 2004). Ante esta necesidad, el trabajo se constituye como una propuesta interesante en la medida en que busca desde el campo educativo trabajar los factores que afectan la prestación de servicio de salud con calidad, impactando de manera positiva a las instituciones, el equipo multidisciplinario, la comunidad pero ante todo beneficiando a los pacientes y sus familias.

El surgimiento de la investigación partió de la necesidad de los pacientes y la insatisfacción evidenciada por muchos de ellos y sus familias, en torno al sentido de humanización de la atención por parte de los profesionales de la salud, que se hace evidente desde los procesos de calidad de las instituciones y que interrogan frente a la búsqueda de posibles soluciones, dentro de las que se encuentran fortalecer la formación de los futuros

profesionales de la salud en relación a este tema, y más cuando es una de las problemáticas que con mayor frecuencia evidencian los estudiantes dentro de las prácticas formativas de cuidado de Enfermería en el ámbito clínico, generando cuestionamientos a cerca del futuro profesional. Dentro del plan de estudios del programa de Enfermería de la Universidad del Cauca, se realizan prácticas formativas en su mayoría clínicas que incluyen de manera transversal el enfoque socio humanista; sin embargo desde la asignatura de Educación y gestión del Cuidado I y específicamente en la práctica realizada en La Clínica la Estancia, se pretende priorizar en procesos de calidad institucionales que permitan reflexionar en torno al concepto de la humanización y que hagan visible este enfoque. Al haber logrado el aval del Departamento de Enfermería de la Universidad del Cauca y del Comité de Ética de Investigación de Clínica La Estancia, resulta factible la realización del presente trabajo.

Si bien, a nivel internacional, nacional y local se encuentran estudios relacionados con la percepción de cuidado en estudiantes o humanización del cuidado en profesionales, dentro de la revisión realizada no se encuentran estudios que permitan identificar significados de humanización del cuidado en estudiantes de Enfermería durante las prácticas formativas; por lo tanto se constituye en una propuesta novedosa.

Es por esto que el presente trabajo tiene como objetivo general: comprender los significados de humanización del cuidado en Estudiantes de IX semestre del Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca durante las prácticas formativas realizadas en una Institución de Salud de tercer nivel de atención de la ciudad de Popayán en el segundo periodo de 2014. Los objetivos específicos propuestos son: Identificar factores involucrados en la humanización del cuidado durante las prácticas formativas de los estudiantes de Enfermería y determinar el tipo de aportes realizados por la Institución de salud en la construcción de significados de humanización del cuidado en Estudiantes de Enfermería.

## **Metodología**

### **Tipo de investigación**

Se decide abordar el presente estudio mediante una metodología cualitativa, con el propósito de comprender un fenómeno en su contexto y no en la explicación causal del mismo. Los métodos cualitativos de investigación son aquellos métodos que intentan capturar el fenómeno de una manera holística, comprenderlo en su contexto. El texto se basa en un paradigma post positivista y se apoya teóricamente en el constructivismo, “en el paradigma constructivista, se entiende que las realidades son construidas de manera específica y local” (Guba y Lincoln, 1994, citado en De la Cuesta Benjumea, 2002 p.16).

Así, los estudios cualitativos no ponen su énfasis en predecir el comportamiento humano, sino en comprenderlo; permiten el acceso a los motivos, significados, emociones; buscan comprender los actos diarios de las personas y su comportamiento en escenarios y situaciones ordinarias, la estructura de estas acciones y las condiciones que las acompañan e influyen sobre ellas. (Schwartz y Jacobs, 1979, citado en De la Cuesta Benjumea, 2002 p.16)

“La investigación cualitativa no rechaza las cifras ni las estadísticas, pero no les concede el primer lugar; se concentra ante todo sobre el análisis de los procesos sociales, sobre el sentido que las personas y los colectivos dan a la acción, sobre la vida cotidiana, sobre la construcción de la realidad social” (Deslauriens, 2004). “Algunos de los datos pueden cuantificarse por ejemplo con censos o antecedentes sobre las personas u objetos estudiados, pero el grueso del análisis es interpretativo” (Strauss & Corbin, 2002, p.20), para el caso que nos compete, el análisis se basa en el componente narrativo.

## **Enfoque**

La manera de pensar la realidad del presente estudio se basa en la etnografía reflexiva teniendo en cuenta la importancia que el trabajo le otorga a lo simbólico, reconociendo que el comportamiento del ser humano solo se puede entender en contexto y para este caso se busca comprender los procesos propios de la cultura de la humanización del cuidado en las prácticas formativas de los estudiantes. “Una de las funciones de la investigación etnográfica es descubrir, desentrañar, sacar, exponer la esencia de las estructuras que están ahí, implícitas en el quehacer cultural” (Jaramillo Echeverry & Murcia Peña, 2008, p.71).

La etnografía, tiene tres funciones: enfoque, método y texto. Como enfoque la etnografía es una concepción y práctica de conocimiento que busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros (entendidos como “actores”, “agentes” o “sujetos sociales”). La especificidad de este enfoque corresponde, según Walter Runciman (1983), al elemento distintivo de las Ciencias Sociales: la descripción. Estas ciencias observan tres niveles de comprensión: el nivel primario o “reporte” es lo que se informa que ha ocurrido (el "qué"); la "explicación" o comprensión secundaria alude a sus causas (el "por qué"); y la "descripción" o comprensión terciaria se ocupa de lo que ocurrió para sus agentes (el "cómo es" para ellos). Un investigador social difícilmente entienda una acción sin comprender los términos en que le caracterizan sus protagonistas. En este sentido los agentes son informantes privilegiados pues sólo ellos pueden dar cuenta de lo que piensan, sienten, dicen y hacen con respecto a los eventos que los involucran. Mientras la explicación y el reporte dependen de su ajuste a los hechos, la descripción depende de su ajuste a la perspectiva nativa de los "miembros" de un grupo social. Una buena descripción es aquella que no los malinterpreta, es decir, que no incurre en interpretaciones etnocéntricas, sustituyendo su punto de vista, valores y razones, por el punto de vista, valores y razones del investigador. La etnografía como enfoque no pretende reproducirse según paradigmas establecidos, sino vincular teoría e investigación favoreciendo nuevos descubrimientos. (Guber, 2001)

Basado en las características de investigación etnográfica que plantea Axpe Caballero, (2003) el presente estudio procura: describir, respetar las categorías narrativas de los

participantes, recolectar evidencias empíricas en el contexto de las prácticas formativas; ser inductivo porque las categorías no están determinadas antes de entrar al campo; ser holista porque se realiza una descripción global de la realidad; interesarse en las interpretaciones y los significados que los estudiantes le atribuyen a la humanización del cuidado; realizar una prolongada estancia durante el trabajo de campo en dos periodos académicos; utilizar estrategias variadas para la recolección de información que implican observación participante, entrevistas, notas de campo, cartas, entre otras; realizar recolección y análisis de información de manera simultánea; permitir la diversidad de puntos de vista; realizar triangulación a través de diversas fuentes con las que se busca validar y contar con multiplicidad de perspectivas, los puntos de referencia corresponden a los estudiantes en dos periodos académicos diferentes, las opiniones del personal que labora en la institución de salud, y adicionalmente teniendo en cuenta la importancia de la complementariedad se busca enriquecer el estudio a partir ciertos datos cuantitativos obtenidos a partir de la aplicación de una escala y un test. Se concluye entonces que la finalidad de este estudio etnográfico es conocer, describir y comprender la realidad que viven los estudiantes en torno a un concepto que se hace evidente en las prácticas formativas.

En el ámbito educativo “El objetivo de la etnografía educativa es aportar valiosos datos en los contextos, actividades y creencias de los participantes en los escenarios educativos. Habitualmente estos datos corresponden a los procesos educativos tal como estos ocurren naturalmente” (P. Goetz, 1998, p.237)

De igual manera, en Enfermería el enfoque etnográfico es usado como una forma de examinar conductas y percepciones en lugares clínicos... Se trata del proceso de descubrimiento sobre lo que acontece en una determinada área de la Enfermería, incluyendo los significados y las interpretaciones de aquello que ocurre. Con este tipo de enfoques se busca comprender el universo simbólico del otro, sus perspectivas en relación a la vida, la salud y la enfermedad, adicionalmente se interconecta con los conocimientos incorporados de otros campos, como la educación y la psicología y con aquellos que darán el fundamento para el trabajo etnográfico. (Do Prado, De Souza, & Carraro, 2008)

Se presenta así un modelo etnográfico que conjuga: una dimensión “semántica”, centrada en el actor, cuyo discurso de identidad es recopilado - sobre todo mediante entrevistas etnográficas - desde una perspectiva emic y una dimensión “pragmática”, centrada en los modos de interacción, cuya praxis es estudiada - principalmente a través de observaciones participantes - desde una perspectiva etic (Dietz, 2011)

### **Diseño metodológico**

Las técnicas y procedimientos para la codificación y análisis de datos del presente estudio se basan en la teoría fundamentada, que para este caso no aportarán teoría sino ordenamientos conceptuales (clasificar o elaborar) muy útiles. “La teoría fundamentada se puede utilizar como un conjunto de guías y procedimientos que pueden ayudar a cualquier investigador cualitativo a desarrollar conceptualizaciones, más o menos provechosas de sus datos” (Charmaz, 1990, citado por De la Cuesta Benjumea, 2002), con este fin se utilizó en este estudio. Bajo este diseño metodológico y a partir de pasos rigurosos, sistemáticos y estructurados se procesan, interpretan y analizan los datos. En este diseño metodológico se usa la comparación constante para establecer similitudes, diferencias y conexiones, todos los datos son codificados y categorizados y de este proceso se forman conceptos mayores y estructuras. (Do Prado, De Souza, & Carraro, 2008).

Según la teoría fundamentada, el análisis de los datos cualitativos plantea tres fases de desarrollo: En la primera, denominada descriptiva, se realiza la codificación abierta<sup>2</sup>, para identificar, nombrar y describir categorías<sup>3</sup>; la segunda emplea la codificación axial<sup>4</sup> para relacionar categorías y la tercera, la codificación selectiva<sup>5</sup>, que completa descripciones, refina categorías e identifica la categoría central. El análisis es inductivo y abierto y finaliza

---

<sup>2</sup> Codificación abierta: el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones (Strauss & Corbin, 2002, p.110)

<sup>3</sup> Categorías: conceptos que representan fenómenos (ideas centrales de los datos) (Strauss & Corbin, 2002, p.110)

<sup>4</sup> Codificación axial: proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías, denominado "axial" porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones (Strauss & Corbin, 2002, p.134)

<sup>5</sup> Codificación selectiva: proceso de integrar y refinar la teoría. (Strauss & Corbin, 2002, p.157)



cuando las categorías se saturan es decir cuando no hay más información sobre la categoría. Para avanzar en el análisis se utilizan memos analíticos (se elaboran a lo largo del estudio y aportan según el momento de análisis) y diagramas (permiten visualizar las relaciones entre categorías) (Strauss & Corbin, 2002).

Lincoln y Guba (1985, citado en De la Cuesta Benjumea, 2002) sostienen que en los estudios cualitativos “las cuestiones de validez y confiabilidad se solucionan al garantizar veracidad y credibilidad de los hallazgos” al respecto, este estudio tuvo en cuenta la permanente cercanía con los datos, las descripciones amplias, las transcripciones completas y el muestreo teórico<sup>6</sup> cuyo propósito es maximizar las oportunidades de comparar acontecimientos, incidentes o sucesos para determinar como varía una categoría en términos de sus propiedades y dimensiones (Strauss & Corbin, 2002), en este estudio se tuvo en cuenta la variabilidad respecto al tiempo, lugar o persona.

### **Estudio de investigación**

El presente estudio se desarrolló durante 13 meses, se inició en mayo de 2014 y finalizó en junio de 2015.

Para lograr el desarrollo del proyecto fue necesario solicitar a la Clínica La Estancia el aval del Comité de Ética (Véase anexo 2) y la autorización del Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca (Véase anexo 3). Para obtener los permisos correspondientes se entregó el documento escrito del proyecto de investigación y se realizaron las socializaciones correspondientes. Una vez obtenidas las autorizaciones, se contactaron a los participantes del estudio partiendo de la voluntariedad en el desarrollo del trabajo y se obtuvo su consentimiento informado donde se autoriza el uso de su información; para ello se les presentó de manera general los objetivos del estudio y se garantizó la confidencialidad y el anonimato. Todos obtuvieron copia del consentimiento y firmaron de

---

<sup>6</sup> Muestreo teórico: recolección de datos guiada por los conceptos derivados de la teoría que se está construyendo y basada en el concepto de "hacer comparaciones", cuyo propósito es acudir a lugares, personas o acontecimientos que maximicen las oportunidades de descubrir variaciones entre los conceptos y que hagan más densas las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones. (Strauss & Corbin, 2002, p.219)

manera voluntaria reconociendo que en cualquier momento podrían interrumpir su participación (Véase anexo 4).

En el estudio participan 16 estudiantes de IX semestre del programa de Enfermería de la Universidad del Cauca, que realizaron prácticas formativas de Educación y Gestión del Cuidado<sup>7</sup> I en Clínica La Estancia durante el segundo periodo de 2014. El 4 de noviembre se inicia el proceso de práctica clínica con 3 grupos de rotación de 5 o 6 estudiantes, para un total de 16 estudiantes; el primer grupo permaneció en la institución 8 días, al culminar este tiempo ingresó el segundo rote y así hasta terminar los tres grupos con el mismo periodo de tiempo, de tal manera que toda la práctica se desarrolló en 24 días culminando actividades el 9 de Diciembre, tiempo en el cual se logró recolectar datos preliminares que permitieron de manera improvisada realizar la primera codificación abierta, aquí se codificaron y nombraron categorías simples de manera provisional a partir de conversaciones, vocabularios, sentimientos entre otros. De los 16 estudiantes, regresaron 4 a Clínica La Estancia para el primer periodo académico de 2015 cursando X semestre en la asignatura de Educación y Gestión del Cuidado II (esta situación se debió a una asignación aleatoria realizada por parte de la coordinación), 2 de los estudiantes en mención dieron continuidad al tema de Humanización y esto permitió ahondar más en relación a la recolección de datos. El primer estudiante estuvo en la Clínica entre el 18 de marzo y el 18 de abril de 2015, el otro estudiante estuvo entre el 28 de abril y el 27 de mayo de 2015, logrando cada uno un total de 30 días de rotación. Durante la primera semana del mes de Julio culminó el periodo académico, tiempo en el cuál fue posible realizar otro encuentro con los estudiantes que permitió aplicar instrumentos que aportaron a la triangulación de datos<sup>8</sup> al realizar verificación y comparación de la información obtenida en diferentes

---

<sup>7</sup> Educación y gestión del cuidado: La asignatura, busca el desarrollo de competencias que permitan al estudiante un desempeño en concordancia con las necesidades de las instituciones donde prestarán sus servicios y con las necesidades y las demandas de los colectivos poblacionales a servir; todo esto, como producto de las características del entorno, los cambios de paradigmas y las constantes reformas en el sector salud. (Syllabus Educación y gestión del cuidado Programa de Enfermería Universidad del Cauca)

<sup>8</sup> Triangulación de la información: Respecto a la problemática de la evaluación de la validez interna o grado en que son válidos los resultados dentro del contexto de la calidad metodológica del estudio, se ha utilizado la triangulación como una alternativa para aumentar la fortaleza y calidad de un estudio cualitativo. Dentro del marco de una investigación cualitativa, la triangulación comprende el uso de varias estrategias al estudiar un mismo fenómeno, por ejemplo, el uso de varios métodos (entrevistas individuales, grupos focales o talleres

momentos mediante los diferentes métodos. Esta segunda fase aportó al identificar temas emergentes, que permitieron refinar, describir y relacionar las categorías que habían emergido; se realizó entonces la codificación abierta, axial y selectiva. La tercera y última fase correspondió a la escritura del informe final que culminó en el mes de febrero de 2016.

De esta manera se cuenta en total con 16 participantes durante el estudio; de ellos, 14 estudiantes están entre 20 y 25 años de edad, un estudiante de 35 y otro de 43 años. De los 16 estudiantes 9 son hombres y 7 son mujeres. 11 dependen económicamente de otras personas y 5 estudian con recursos propios (2 de ellos laboran como Auxiliares de Enfermería). 11 viven con la familia y los 5 restantes viven solos.

### **Recolección de datos**

Antes de iniciar el desarrollo del trabajo de campo en el sitio de práctica, se realizó un primer acercamiento exploratorio aplicando una encuesta (Véase anexo 5) que permitió identificar datos sociodemográficos, opiniones generales en relación al tema y conocimientos previos que sirvieron de referente. A cada estudiante se le asignó un código que solo conocía la investigadora, para garantizar su anonimato.

El propósito de la práctica fue lograr que los alumnos integraran a la asignatura de gestión los conocimientos disciplinares, social-humanísticos y de ciencias básicas adquiridos durante la carrera, de tal manera que previa participación y conocimiento del sistema organizacional de la institución, logran desarrollar propuestas de cambio que contribuyeran a mejorar la calidad del cuidado, traduciéndose esto en beneficios sociales y en proyección y desarrollo disciplinar. En la fase previa a la práctica clínica de los estudiantes, se abordó con el equipo de calidad de la Clínica las necesidades de intervención prioritarias, planteándose varias situaciones pero primando al final la necesidad de apoyo de los estudiantes de Enfermería en relación al tema de humanización

---

investigativos). Al hacer esto, se cree que las debilidades de cada estrategia en particular no se sobreponen con las de las otras y que en cambio sus fortalezas sí se suman. Se supone que al utilizar una sola estrategia, los estudios son más vulnerables a sesgos y a fallas metodológicas inherentes a cada estrategia y que la triangulación ofrece la alternativa de poder visualizar un problema desde diferentes ángulos (sea cual sea el tipo de triangulación) y de esta manera aumentar la validez y consistencia de los hallazgos. Se describen cuatro tipos de triangulación: la metodológica, la de datos, la de investigadores y, por último, la de teorías, (Okuda Benavides & Gómez-Restrepo, 2005)

del cuidado y no solo porque es uno de los objetivos principales de la planeación estratégica actual de la IPS o eje de los procesos de acreditación, sino porque es una necesidad sentida que se hace evidente en las expresiones de pacientes y familiares, de esta manera cada estudiante tuvo asignado un área exclusiva de la Clínica y el desarrollo de su práctica debía fundamentarse en las necesidades evidenciadas en el sitio donde estuviera asignado, así por ejemplo en el servicio de urgencias adultos permanecían 2 o 3 estudiantes: en urgencias observación hombres, en urgencias observación mujeres o sala de transición y emergencia; mientras tanto y de manera simultánea el resto de estudiantes (2 o 3) estaban desarrollando su práctica en sala general 4° piso u hospitalización 5° piso, esto de lunes a viernes en el horario de 7 am a 1 pm. Durante este periodo, cada estudiante construyó un proyecto de gestión a partir de la identificación de necesidades puntuales de los pacientes y familiares en relación a la humanización del cuidado, en el contexto específico del servicio asignado, variando respecto a las otras áreas por el nivel de complejidad, especialidad, capacidad instalada, volumen de pacientes, entre otras. Al tratarse de un tema amplio y complejo, los estudiantes realizaron el diagnóstico situacional a partir de uno de los cinco lineamientos de la humanización de la atención que para ese momento había definido la Clínica (calidez, comunicación asertiva, información, fidelización o política de no dolor). Ante la posibilidad de evidenciarse información limitada por parte del estudiante, teniendo en cuenta que podía enfocarse exclusivamente en el lineamiento asignado, se comparó los datos a partir de la información obtenida en la encuesta aplicada antes de la práctica buscando identificar factores involucrados en la humanización del cuidado desde la percepción de cada uno de ellos, de tal manera que la información no se vea sesgada y posteriormente se pueda comparar con lo observado y lo referido en entrevistas y otras actividades que hicieron parte del trabajo de campo.

De esta manera, al iniciar la práctica, los datos se obtuvieron fundamentalmente de la observación participante, mediada por notas y diarios de campo, se utilizó registro narrativo, apoyado en grabaciones, fotografías, videos. Una de las dificultades evidenciadas en la observación fue la imposibilidad de participar de manera simultánea en las 4 o 5 áreas donde estaban ubicados los estudiantes, esto porque se encontraban en servicios diferentes,

por lo tanto en los momentos en los que no fue posible garantizar presencialidad, fue necesario acudir a las cámaras de monitoreo de la institución hospitalaria para observar en simultaneo lo que ocurría con cada estudiante, de igual manera esta situación dio un espacio al estudio encubierto a partir de la observación no participante que permitió obtener datos claves que se logran cuando el sujeto no se siente observado por el investigador. Todos los datos fueron transcritos en diarios de campo (Véase anexo 6) que se agruparon en cinco momentos: el primero denominado estudiantes hablando con pacientes a cerca de la humanización, correspondió a un espacio de tiempo que se dio durante la práctica para que el estudiante se acercara a los pacientes e identificara su percepción respecto a la humanización en la Clínica, esto les serviría de punto de partida para elaborar los proyectos de gestión relacionados con el tema, el segundo momento corresponde a estudiantes en las diferentes áreas de la Clínica realizando actividades propias de la rutina del servicio, para este momento fueron observados a través de las cámaras de monitoreo; en el tercer momento los estudiantes realizan jornadas educativas dirigidas al personal de Enfermería de la Clínica en relación al tema de humanización del cuidado; el cuarto momento corresponde a la sustentación que realizan los estudiantes de los proyectos de gestión desarrollados en torno al tema de humanización, esta presentación la hacen en la Clínica y posteriormente en la Universidad; el quinto y último momento correspondió a la escritura de la carta de la humanización por parte de los estudiantes. En total se realizaron 13 diarios de campo.

Luego de la observación, los datos se recogieron por medio de entrevistas abiertas estructuradas (Véase anexo 7), en total se realizaron 16 entrevistas, la duración de las mismas fue de 25 a 60 minutos, esta actividad se realizó en diferentes lugares que se caracterizan por la intimidad del área: salón de gestión del conocimiento, sala de juntas de gerencia, o consultorio de hematología de Clínica la Estancia, una entrevista se realizó en la Facultad de Educación y otras dos se realizaron vía Skype porque los estudiantes no se encontraban en la ciudad. Todas las entrevistas se grabaron con autorización de los participantes y se transcribieron en su totalidad. Las entrevistas se realizaron al terminar cada una de las rotaciones prácticas, para esto fue necesario realizar un exploratorio a partir

de tres entrevistas que sirvieron como punto de partida para realizar los ajustes correspondientes. Cada pregunta de la entrevista tenía la posibilidad de cambiar la manera o el orden de enunciarla, sin embargo se mantuvo el significado y el contexto de la misma. El muestreo teórico permitió profundizar en algunos temas, buscando saturación de categorías. En el contexto se buscó promover el dialogo y la narrativa manteniendo una actitud de escucha y respeto. La transcripción de entrevistas generó 88 páginas para ser analizadas.

Al terminar la práctica de los dos periodos académicos se aplicó a los 16 estudiantes una escala validada que se utiliza en la medición del cuidado humano transpersonal basada en la teoría de Jean Watson, la escala se denomina *Caring Efficacy Scale* (Watson, 2002 p.167-173) (Véase anexo 8), fue desarrollada por Carolie Coates para la medición y evaluación de programas de formación de Enfermeras en la Universidad de Colorado. La escala se diseñó con el objetivo de evaluar la percepción de autoeficacia<sup>9</sup> que tiene la enfermera para otorgar cuidados y relacionarse con sus pacientes como resultado de la aplicación del programa curricular basado en la teoría de autoeficacia de Bandura<sup>10</sup> y la teoría transpersonal del cuidado humano de Watson. La importancia de relacionar ambas teorías en el instrumento permite determinar la capacidad percibida por Enfermeras /os de expresar cuidados humanos con base en la teoría de Watson en la práctica y enseñanza del cuidado. La versión original del instrumento, realizada en el año 1980 se adaptó para ser aplicada en 1992, quedando constituida por 30 ítems de formato Likert, con intensidades de -3 a +3,

---

<sup>9</sup> Autoeficiencia: Juicios de cada individuo sobre sus capacidades, con base en los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado. (Bandura, 1995)

<sup>10</sup> Según (Oliveri Medina, 2007) el constructo de autoeficacia, que fue introducido por Bandura en 1977 representa un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva (Bandura, 1982,1997). De acuerdo a esta teoría, la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas: a) Las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, b) Las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados y c) Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados (Bandura, 1995). De acuerdo a la teoría e investigación, la autoeficacia influye en cómo la gente siente, piensa y actúa. Respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo (Bandura, 2001). Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas (autoestimulantes y autodesvalorizantes), en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas (Bandura, 2001). Un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones y el logro académico (Bandura, 1997).

balanceados en ítems positivos y negativos (Poblete-Troncoso, Valenzuela-Suazo, & Merino, 2012, pp. 10).

Adicionalmente, basado en el modelo de Ned Herрман se aplicó un test de dominancia cerebral (Véase anexo 9) que permite identificar formas de pensamiento y potencialidades cognitivas de los 16 estudiantes. Basado en los modelos de Sperry y McLean, Ned Herman elaboró un modelo de cerebro compuesto por cuatro cuadrantes, dos izquierdos y dos derechos que resultan del entrecruzamiento de los hemisferios del modelo Sperry, y los cerebros límbico y cortical del modelo McLean. Los cuatro cuadrantes presentan formas distintas de operar, de pensar, de crear, de aprender y en suma de convivir con el mundo, aun cuando se asume que el cerebro funciona como una totalidad integrada. (Velasquez Burgos, Remolina de Cleves, & Calle, 2007, pp.48-50).

Finalmente y luego de haber culminado clase, practicas formativas y todo el curso de la carrera, el día 10 Junio de 2015 se entregaron hojas de colores a los estudiantes que permitieran evocar diferentes emociones, se les solicitó elaborarán una carta dirigida a un ser querido, donde describieran de manera abierta e individual cual fue la experiencia durante la práctica formativa de Clínica La Estancia en relación a la Humanización del cuidado, esta actividad se realizó en un salón de clase de la Facultad de Ciencias de la Salud.

### **Análisis de datos**

Al aportar al ordenamiento, generación de categorías y comparaciones, el análisis de datos del presente trabajo se realizó con el apoyo de la herramienta *Atlas ti*<sup>11</sup> “principal soporte informático para desarrollar teoría fundamentada, este programa fue diseñado a finales de los ochenta por el alemán Thomas Murh, quien recurriendo a la tecnología hizo un intento por aplicar los planteamientos metodológicos de Glaser y Strauss” (San Martin Centro, 2014, p.114) el desarrollo de este análisis se realizó siguiendo el procedimiento de la teoría fundamentada entendida como un estilo de análisis y no como un método o estrategia de investigación (De la Cuesta Benjumea, 2002, p.22).

---

<sup>11</sup> Atlas ti: software para el análisis cualitativo de datos

Acudiendo a las recomendaciones de (Jaramillo Echeverri & Murcia Peña, Investigación Cualitativa "La complementariedad", 2008) el procesamiento de la información se dividió en tres fases: La primera fase consistió en una lectura continua de la información en la medida en que se fué recolectando, a partir de ahí se identificaron algunos temas y conceptos basados en la teoría sustantiva que se alimentaron progresivamente de la teoría formal; en la segunda fase se realizó la codificación de los datos y en la tercera fase “se buscó su comprensión en el contexto en que fueron recogidos”

De esta manera, inicialmente se creó una unidad hermenéutica en el *Atlas ti* que permitió albergar datos, códigos, memorandos y diagramas pertenecientes al análisis. Posteriormente se incluyeron **documentos primarios** a partir de fuentes de datos como encuesta, diarios de campo, entrevistas, escala, test y carta, representados en textos, tablas e imágenes. A cada uno se les asignó el código del informante, tipo y número del instrumento y de pregunta. Así: S: Sujeto, ENC: Encuesta, ENT: Entrevista, PREG: Pregunta, C: Carta, TEST: Test, ESCALA: Escala

A partir de la lectura de la información, se buscaron temas emergentes, conceptos, e interpretaciones que fueron identificados a manera de segmentos de texto, a partir de ahí se elaboraron los esquemas de clasificación denominados **codificación abierta**, se obtuvieron listados de códigos descriptivos que luego se agruparon y conceptualizaron, generándose las **categorías**, a partir de estas se continuó con la codificación abierta basado en el muestreo teórico alrededor de estas o de nuevas.

Posteriormente las categorías se fueron relacionando a través de la **codificación axial** a partir de la creación de redes de relaciones conceptuales que permiten explicar la relación entre categorías y subcategorías.

La **codificación selectiva** permitió elaborar una categoría central que integró códigos y categorías.

Se realizó consulta bibliográfica y elaboración de memos durante todo el análisis, con lo que se logró verificar teóricamente las categorías.



El siguiente capítulo muestra los hallazgos de este estudio, se presenta de manera narrativa, exponiendo citas textuales asociadas a cada categoría, de igual manera en su presentación se ha incluido la discusión.

El título de cada capítulo corresponde a la codificación selectiva y los subtítulos a la codificación axial, que a su vez contienen datos obtenidos de la codificación abierta, esta misma distribución se logra observar en las figuras, en las cuales las relaciones código código se resumen así: is associated with (está asociado con), Is part of (es parte de), contradicts (contradice) , is cause of (es causa de).

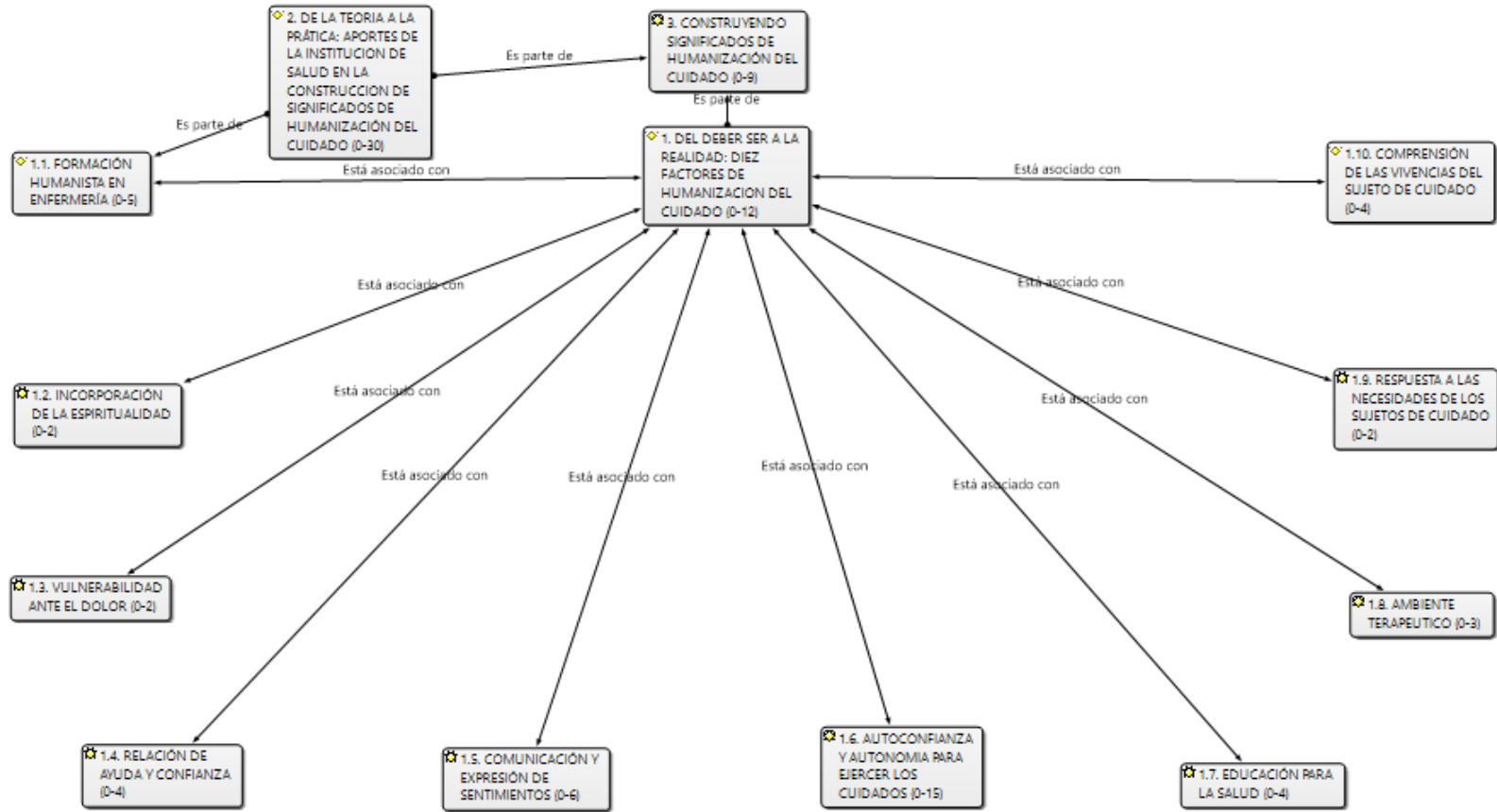
## HALLAZGOS

### **Del deber ser a la realidad: diez factores de humanización del cuidado**

En este capítulo se exploran los factores de humanización del cuidado en el contexto de las prácticas formativas que desarrollan los estudiantes de Enfermería a partir de la identificación de categorías que emergieron del estudio, producto de la asociación con los diez factores de cuidado planteados por Jean Watson (Urra, Jana, & García, 2011). Cada testimonio lleva el código correspondiente de quien lo dijo y el instrumento utilizado.

Así los datos revelan que existe una variedad de factores involucrados, desde los comportamientos, hasta los conocimientos y las habilidades y al igual que la teoría de Watson, los estudiantes conciben la práctica como el mundo real, *un mundo que no nos es ajeno, mundo al que hemos venido para desarrollar un proyecto, que nos permitirá trascender y cuya expresión más primitiva es el cuidado genuino*. Pero también los estudiantes identifican el deber ser de la práctica profesional e integran una serie de categorías que hablan de ideales que humanizan el cuidado.

Los estudiantes refieren que la humanización del cuidado integra sentimientos, vocación e integralidad, así por ejemplo una joven concluye que “es brindar cuidado con amor, por vocación, porque queremos, no por obligación” [ENT1.PREG19.S3]. Al inicio de una entrevista una estudiante comenta: “Es abordar el paciente en todas sus esferas física, mental, psicológica, emocional, socioeconómica con el mismo objetivo: satisfacer las necesidades que él tenga” [ENT1.PREG19.S5]. Para algunos la humanización hace parte del cuidado y no se concibe la posibilidad de separar los términos, “Humanización del cuidado no debería existir, el cuidado tiene que ser humanizado” [ENT1.PREG19.S16], para otros se trata de conceptos complementarios “cuando yo hago cuidado humanizado me involucro más como persona, es más como un acompañamiento de tú a tú” [ENT1.PREG19.S3]. En cualquiera de las circunstancias, existen una serie de factores que se han construido a partir de las vivencias de la realidad; este capítulo explora cada uno de ellos en términos de construcción de su significado. (Véase figura 1)



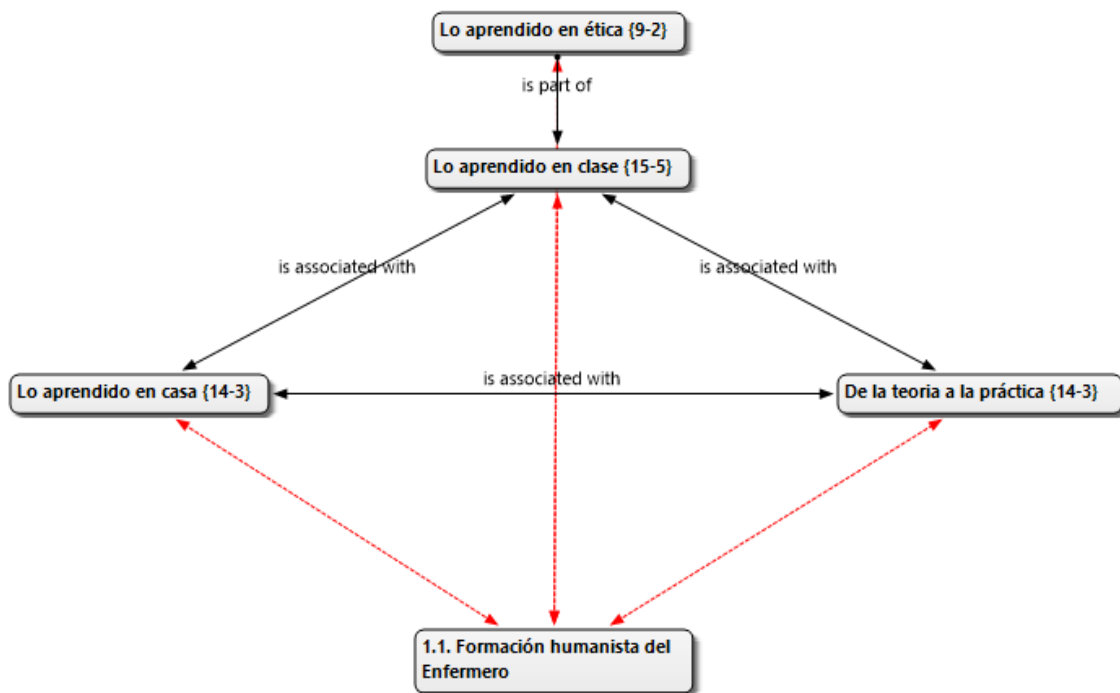
La figura 1 muestra los 10 factores de humanización del cuidado identificados durante el desarrollo del trabajo, en adelante las figuras del presente capítulo exponen los componentes de cada uno de estos factores.

**Figura 1.** Factores de Humanización del cuidado

### Factor 1: Formación humanista del Enfermero

Los Estudiantes consideran que uno de los factores de humanización está relacionado con la formación humanista que se construye a partir de tres momentos claves: la familia (casa), la teoría (clase) y la práctica (Véase figura 2).

Para Watson, el primer factor del Proceso Caritas de Cuidado (PCC) se denomina “práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente”. Watson asume que el “día a día” de la práctica profesional requiere que la Enfermera/o evolucione en su desarrollo moral. Si bien la formación de cada uno en la infancia y juventud temprana está marcada por el contexto socio-cultural de pertenencia, esto no significa la permanencia en un sistema estático. (Urrea, Jana, & García, 2011 p.14)



**Figura 2.** Formación humanista del Enfermero

Los relatos de los estudiantes entrevistados durante este estudio demuestran la importancia que cada uno de ellos le da al aprendizaje de los valores morales en el contexto

familiar. Esto parte de una reflexión de la propia experiencia y de las vivencias individuales:

*“...si uno tiene buenas bases dentro de su familia, si le han enseñado el respeto, el buen trato al semejante, a la gente, eso es como una escalerita: si yo vengo de una familia donde me han tratado bien, yo trato bien; en la academia me van formado más y cuando llego a trabajar encuentran una persona cálida; eso viene de la formación desde la casa... como todo”. [ENT1.PREG15.S2]*

Los seres humanos forman sus valores a través de la socialización. Y en analogía a la “escalera”, el constructivismo es una construcción propia que se va produciendo día a día como resultado de la interacción entre los aspectos cognitivos y sociales, por lo tanto el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción del ser humano (Carretero, 1993 p.21). A propósito, en las cartas escritas a sus seres queridos, tres estudiantes comentan:

*“Abuelita por último quiero contarte que aprendí y entendí qué es brindar una atención total, integral dirían mis docentes y es que además de atender la parte física también está la parte mental, espiritual; aprendí la importancia de saludar que usted tanto me enseñó”. [C1.S16]*

*“Pero sabes qué papá yo pienso que esto de ser amable y cariñoso con las personas es algo con lo que nacemos y que en nuestro hogar nos enseñan y yo sé, que a pesar del poco tiempo que estuvimos juntos me diste tanto amor y ahora yo debo transmitir este amor a los demás, tú alguna vez me dijiste que deseabas con todo tu corazón que ofreciera mi vida al servicio de los demás, con sabiduría, amor y habilidad; pues bien, yo he llegado a la conclusión que a través de la Enfermería yo puedo materializar tu deseo y ese también es mi deseo”. [C1.S8]*

*“En este momento recuerdo los consejos que tú me dabas para que fuera una gran profesional y sobre todo para que nunca llegará a parecerme a esas personas con las que tú te habías encontrado alguna vez en los hospitales a los que has tenido que ir y que los catalogabas como "insensibles" cuando atendían a las personas.” [C1.S10]*

La carga afectiva que se trasmite en la familia afecta de manera importante la construcción de la formación humanista. Lo informativo y contextual, el entorno de la vida, pueden constituirse en agentes de educación cuando son aprovechados para configurar el modo de ser y de actuar de la persona. Es decir, ayudan a constituir al hombre. Su papel no es el mismo que el de la educación formal, pero contribuyen eficazmente –por la interacción que se establece entre el hombre y el ámbito– a determinar formativamente a la persona. En sentido amplio, son verdaderos agentes de educación; intervienen en el camino de madurez de la persona. Estos medios –y entre ellos la familia– no tan institucionalizados ni sistematizados o, incluso, en muchas ocasiones, no tan conscientes de su papel educativo, como en la educación formal, constituyen un campo de gran interés, el aprendizaje adquirido en el entorno social es mucho más significativo que el que se logra adquirir en las instituciones educativas. (Fragoso Fernandez & Canales Rodriguez, 2008 p.179).

Los estudiantes reconocen que además de las experiencias de aprendizaje logradas en la familia; la Universidad ofrece un espacio de análisis y formación que los aproxima a la realidad del ejercicio profesional y al respecto visualizan los conceptos teóricos como posibilidades educativas que ayudan a perfilar o a cambiar los comportamientos. Lo anterior es posible evidenciarlo en los siguientes relatos:

*“Ahora se habla mucho más que antes de la parte de humanización y entonces digamos que ya venimos como con más fuerza desde la academia... mucho de esto, de cierta manera ayuda, es un aporte”. [ENT1.PREG15.S12]*

*“En Enfermería se están haciendo las cosas bien y realmente si ya no se quiere brindar un cuidado humanizado hace parte de cada uno, porque nos están dando las herramientas nos están explicando todo”. [ENT1.PREG22.S4]*

Los estudiantes entrevistados se referían con frecuencia a la importancia que tuvo la asignatura de ética y cuidado en la formación académica. Este reconocimiento se precisa desde el análisis crítico del siguiente relato:

*“Me parece que la asignatura de ética es algo muy bueno, incluso creería yo que eso debería ser como al inicio de la carrera porque las clases que ella da [docente de ética] y todos los aportes generan tantos cuestionamientos en cada uno de nosotros, creo que es algo muy importante y es algo que estoy casi segura que a todos mis compañeros ha marcado. Esa materia es como muy buena, me pareció que nos reorientó porque muchos teníamos una idea equivocada de la profesión y del sentido, y creo que ella nos orientó y cada uno retomó su propio sentido y la esencia de la profesión.”*  
 [ENT1.PREG7.S8]

La respuesta educativa frente a una humanidad en crisis según Ovalle, Lezport, De Zubiría, Novoa, & Zambrano, (2007 p.31) está basada en cuatro pilares o fundamentos: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos en medio de la diversidad y aprender a ser, este último pilar fue el título del informe sobre educación de la UNESCO de 1972, el cual manifestaba en su preámbulo el temor a una deshumanización del mundo vinculada a las consecuencias de una evolución exclusivamente tecnológica. En el contexto actual, la comisión dirigida por Jacques Delors reafirma ese principio fundamental comprendiéndolo como una educación que contribuya al desarrollo global de cada persona, una educación que fomente la inteligencia, la sensibilidad, el sentido estético, los valores éticos y el pensamiento autónomo crítico de todas las potencialidades de cada ser humano en particular. Se trata de lograr una educación que tenga por objeto el despliegue completo del hombre en toda su riqueza y en la complejidad de sus expresiones y compromisos como individuo, miembro de una colectividad, ciudadano, inventor de técnicas y creador de sueños, pero en ningún caso se trata de una educación que fomente el individualismo o rechace algunos aspectos de la técnica.

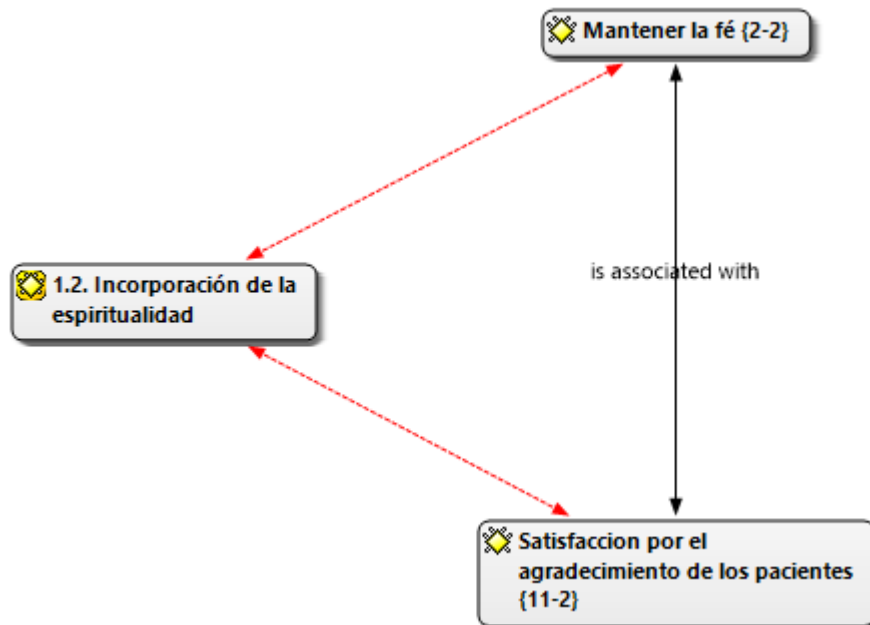
Por último y como se identificará en el capítulo “de la teoría a la práctica formativa: un espacio de reflexión en torno a la humanización del cuidado”; la importancia de los conceptos teóricos se fundamentan en la práctica que señala la importancia de las construcciones de significado logradas a través del quehacer diario del estudiante de Enfermería.

## **Factor 2: Incorporación de la espiritualidad**

Watson ha propuesto como segundo factor del cuidado de lo humano “Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado”. Este factor se refiere a la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, dado que ha estado presente a lo largo de toda nuestra historia y por lo tanto también a lo largo de la narrativa que da cuenta de nuestra convivencia como especie humana, en los que ha habido influencias de lo mágico, las oraciones y los encantos. De este modo, el permitir que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales para permitir que les ayude a mantener la fe en ellos mismos, contribuirá a la sanación o mantenimiento de la salud. (Urta, Jana, & García, 2011 p.15). Durante la entrevista se dejó ver claramente el componente espiritual:

*“Pues la verdad yo soy muy creyente, yo soy cristiana y para mí es fundamental, sin embargo uno tiene que respetar las creencias de las personas que uno tiene a su cuidado, entonces por lo menos lo he implementado en personas de edad avanzada, uno los escucha y les dice: tranquilos que Dios está con ustedes; pero cuando las personas no se prestan para eso, uno no debe meterse en ese tema. Para mí es totalmente importante, yo considero que es una ayuda fundamental, de hecho en muchas ocasiones la fe ha hecho cosas que la ciencia no ha logrado”. [ENTI.PREG3.S16]*





**Figura 3.** Incorporación de la fe y la esperanza

Espiritualidad es aquella dimensión del ser básica y trascendente formada por creencias y valores. La espiritualidad incluye la religión pero no es igual a ella; es un concepto más amplio, un fenómeno no confinado a templos, iglesias o ritos. Es una dimensión única de la persona. La espiritualidad es una fuerza que da sentido a la vida. Busca respuestas a aquello que no podemos explicar con la razón y con el conocimiento. En determinados momentos y circunstancias de la vida adquiere una mayor importancia o significado, como en situaciones de enfrentar la enfermedad y la muerte. En el estudio cualitativo Autoconcepto en un grupo de adultos del Municipio de Chía (Restrepo-Quintero, 1996) se lograron establecer los descriptores para la valoración del auto concepto. Durante el proceso se identificaron 9 categorías, entre las cuales figura "apoyo espiritual" con los siguientes descriptores: Creer en algo. Tener alguien en quien confiar. Tener una escala de valores. (Quintero Laverde)

Urbano Plaza, Triana, Gomez Ramirez, Molano Pirazán, & Martinez citando a Sanchez (2012 p.312) resalta la importancia de la espiritualidad como parte de infundir esperanza y dar apoyo a las personas que se encuentran en situaciones de enfermedad crónica y terminal. El cuidado espiritual en Enfermería se refiere al encuentro individual entre las

personas cuidadoras y el ser cuidado, en alentar la fe y la esperanza, en ofrecer paz en la fortaleza de sentirse cercano a los demás en un encuentro autentico de crecimiento mutuo. Es a su vez, permitir a los pacientes mostrar sus valores y creencias. Cuando la persona tiene dificultades de socializar sus temores en el momento de la interacción, la Enfermera posee el conocimiento y la intencionalidad de brindar un cuidado espiritual y respetuoso, que favorezca el intercambio de sentimientos en búsqueda de un encuentro autentico que fortalezca el espíritu. Según Kosciszewski para que se dé cuidado espiritual, tanto al final de la vida, como para otros pacientes en condiciones críticas, hay que tener presentes tres aspectos importantes: 1. Evaluar y documentar las necesidades espirituales de los pacientes y las familias de los pacientes en forma permanente. 2. Fomentar el acceso a los recuerdos espirituales importantes para el paciente y su familia 3. Provocar y facilitar las prácticas espirituales culturales que los pacientes y sus familias necesitan para encontrar consuelo ante la situación que están viviendo. (Urbano Plaza, Triana, Gomez Ramirez, Molano Pirazán, & Martinez, 2012).

Es importante considerar que la interacción se manifiesta en doble vía, es decir, que la Enfermera también siente la gratitud expresada por la persona o la familia y la riqueza de ayudar al otro a encontrar significado a sus creencias y valores en momentos de vulnerabilidad. Al respecto se presentan algunas apreciaciones de los estudiantes:

*“...de hecho había una señora que fue la que a mí más me conmovió porque la señora había tenido ya un proceso largo de hospitalización, le habían hecho tres cirugías y estaba con la hija, entonces la señora tenía mucha angustia, era la hora en que tenía que recibir el almuerzo, yo me puse a hablar con ella, a escucharla y a decirle que en la medida que ella pudiera nos colaborara... ella sintió que yo le estaba hablando como con amabilidad y cordialidad, fue un trato de mucha cercanía que la señora me dijo... gracias señorita que Dios le pague, Dios le pague por eso, porque en otras partes no me habían escuchado, a mí no me habían atendido así y nadie había hecho eso por mí, así me dijo la señora llorando y entonces yo le dije: no señora, que se tranquilizara, ella me decía Dios le pague, eso es lo que uno necesita, que lo escuchen y que lo entiendan a uno... entonces uno mira... para lograr ese contacto con el paciente*

*se requiere tiempo... uno conoce muchas de las cosas que piensa y que está sintiendo el paciente y que le van a servir a uno pues para guiar en ese proceso de cuidado que se está brindando...” [ENT1.PREG3.S10]*

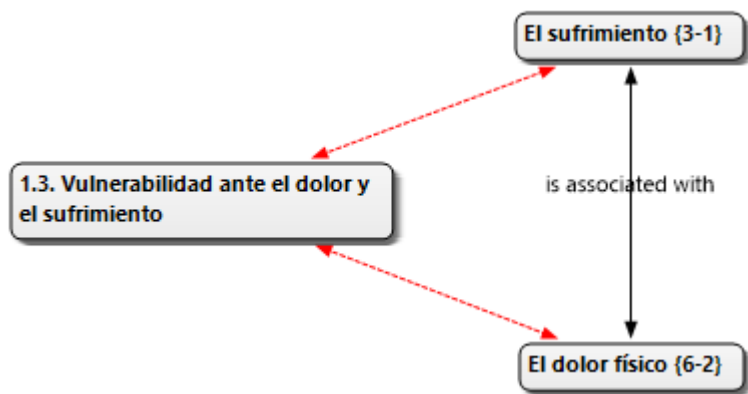
Brindar cuidado espiritual es cuando el Enfermero propicia dentro de su cuidado holístico un espacio donde el paciente exprese sentimientos, miedos, preocupaciones, creencias, sensaciones y percepciones que se generan al interactuar con los otros y con esa fuente suprema en la cual cree y se apoya. Así por ejemplo una teoría de rango medio de Enfermería propuesta por Swanson y las reflexiones en torno al cuidado espiritual para analizar una situación de Enfermería y así cumplir el propósito de visualizar cómo los aspectos epistemológicos y teóricos en Enfermería se relacionan con los casos reales de la práctica. (Briceño Gazón, y otros, 2012 p.329)

### **Factor 3: Cultivar la sensibilidad ante el dolor y el sufrimiento**

Los estudiantes toman las ideas de dolor y sufrimiento para identificar la necesidad de desarrollar la sensibilidad en la profesión de Enfermería. Así el tercer factor de cuidado de Watson plantea “El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión”, al respecto para Watson el ser humano es en primer lugar un ser sintiente, así el desarrollo de la sensibilidad forma parte de un ser auténtico y honesto, que no teme develar su rostro ante la vulnerabilidad y el dolor. (Urrea, Jana, & García, 2011)

El dolor y sufrimiento tienen significados diferentes dependiendo del ámbito y ciencia que los analice y de los contextos personales, culturales y sociales que los interpreten. El concepto de sufrimiento se relaciona mucho más con el dolor moral, el daño, la pérdida y las expectativas de la vida negativa que se puede originar. Es, sin embargo, la enfermedad ya sea física o mental la que provoca una mayor vulnerabilidad y sufrimiento. Las conductas de dolor/sufrimiento tienen por objeto poner al hombre en estado de alerta en lo psicosomático y hasta atraer la atención, la ayuda, la asistencia, la compasión o consuelo (Véase Figura 4). El dolor tiene su origen por causa de índole neurofisiológico o psicológico, poseen vías o mecanismo de transmisión (neuro transmisores), umbrales

perceptivos, y un tratamiento farmacológico, psicológico y médico estructurado y experimentado. No acontece lo mismo con el sufrimiento ya que afecta las personas en su totalidad, la terapéutica de las técnicas de afrontamiento no están tan desarrollados como en el tratamiento del dolor: las drogas y analgésicos reducen sufrimiento aunque no parece que sea la mejor solución; además podrían utilizarse técnicas psicosociales de reducción del estrés, del dolor, de la angustia, el temor, técnicas distractoras y de reducción de miedos, estrategias psicofarmacológicas que controlen la depresión y la angustia. (Garzon Diaz, 2003 pp.224-225).



**Figura 4.** Vulnerabilidad ante el dolor y el sufrimiento

Para los estudiantes es fundamental identificar qué tipo de manejos se realizan respecto al control del dolor y el sufrimiento, se hace evidente que para ellos las técnicas no farmacológicas aportan de manera importante al cumplimiento de los objetivos; así lo expresan algunos de los estudiantes:

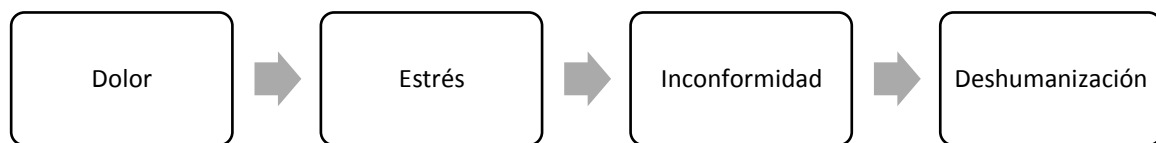
*“Existen otras maneras de manejar el dolor, técnicas de respiración, recomendarle a los familiares que le lleven algo para distraerlo, periódicos, algo para leer; y con la familia yo creo que hay un factor clave: lo espiritual o algo así”. [ENT1.PREG14.S5]*

*“Me puede dar cuenta desde el manejo de dolor que no todas las soluciones están en la parte farmacológica, sino que podemos minimizar cualquier tipo de dolor que tenga el paciente de una manera no farmacológica, en la parte de disminuirle de dolor estamos*

*brindando confort, nos permite comunicarnos eficazmente, hay un contacto más directo con el paciente”.* [ENT1.PREG14.S3]

De esta manera el manejo del dolor y el sufrimiento en los servicios hospitalarios se constituye en uno de los puntos álgidos de la humanización, un estudiante explica la razón:

*“Cuando el paciente tiene dolor va a manifestar mayor inconformidad que cuando está cómodo o aliviado, la inconformidad está en relación con la deshumanización, el estrés lleva a inconformidad y el dolor lleva a estrés.”* [ENT1.PREG14.S6] (Véase Figura 5)



**Figura 5.** Dolor y deshumanización

Así los estudiantes proponen soluciones ante esta situación:

*“Cuando yo tengo una política de no dolor, esta me permite brindar medidas de confort de tal manera que el paciente estará en su estancia hospitalaria más cómodo, más tranquilo, menos ansioso, va a ayudar a evolucionar el proceso del tratamiento de la enfermedad y que la enfermedad sea resuelta de la manera más rápida... Las actividades de Enfermería para aliviar el dolor van orientadas a: uno, disminuir la ansiedad por falta información y dos, brindar todas las medidas de confort...”* [ENT1.PREG14.S7]

Steeves y Kanh citados Gutiérrez y Gómez (2012) por llaman la atención sobre la oportunidad que tienen los profesionales de Enfermería para conocer y comprender lo que es el sufrimiento, por ser testigos del mismo. Para ello deben tener una visión que les permita hablar sobre el sufrimiento y sobre la mejor manera de responder para aliviarlo, adicionalmente se sugiere que “son las Enfermeras quienes valoran al sujeto que sufre y se

ajustan a sus necesidades para aliviar dicha enfermedad” (Gutierrez de Reales & Gomez Ramirez, 2012 p. 298)

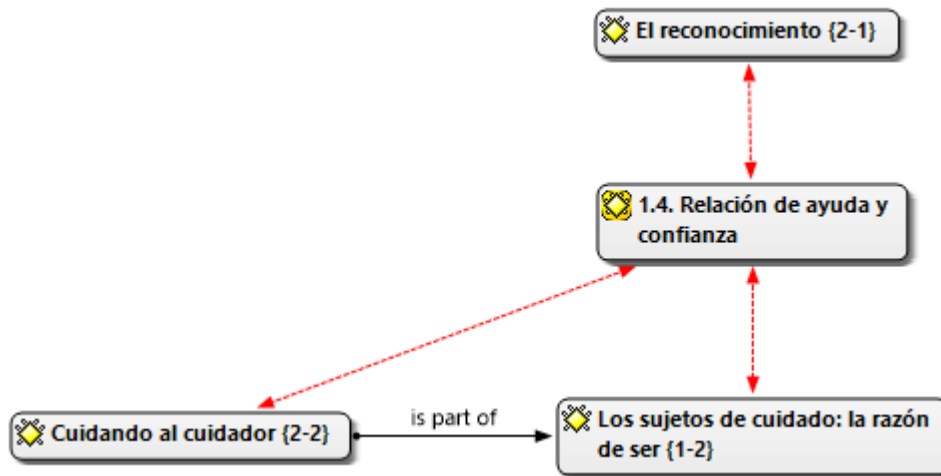
De esta manera los relatos de los jóvenes entrevistados durante este estudio están llenos de alusiones a la comunicación como herramienta facilitadora de expresión de sentimientos, este tema se ampliará en un capítulo posterior.

*“Cuando uno como persona manifiesta lo que le está sucediendo, lo que está necesitando o como se está sintiendo creo que es una manera de desahogarse y de sanarse de la angustia.” [ENT1.PREG14.S8]*

#### **Factor 4: Relación de ayuda y confianza**

Según Watson, el cuarto factor de cuidado se relaciona con el “Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza” delimitando tres guías para evitar la incongruencia: en primer término, las Enfermeras/os no deben jugar roles estereotipados, ni emitir discursos programados cual “contestador telefónico”, ya que esto bloquea la autenticidad y aleja al paciente; en segundo término, el ser capaz de reconocer las dificultades que conlleva la relación con otros pasa por el comprender que toda relación, al menos, tiene dos emisores y dos receptores; y en último término, que si bien las experiencias que otorgan los pacientes son vitales, también lo son las propias experiencias. Este es un proceso de autoaprendizaje, en el que la introspección es fundamental. (Urra, Jana, & García, 2011)

Los datos muestran que los estudiantes identifican la importancia del reconocimiento del otro como principio básico en la construcción de confianza y posterior afianzamiento de las relaciones de ayuda con los sujetos de cuidado que incluyen a los pacientes y cuidadores. (Véase Figura 6).



**Figura 6.** Relación de ayuda y confianza

La filosofía focalizada en el Otro, desde la concepción de Emmanuel Lévinas, ofrece una interesante oportunidad para incorporar al cuidado brindado, el más profundo sentido de humanismo. El análisis de dicha filosofía permite establecer una reflexión profunda de cómo ver al sujeto de atención como un ser del que se necesita para encontrar en el yo la propia realización. “Actuar llevando al olvido que el sujeto de los cuidados es igual a mi persona en cuanto a dignidad y humanidad es olvidar que yo mismo soy humano. Y si este olvido viene por parte del profesional de Enfermería, ¿qué tipo de cuidado está brindando?” (Rodríguez, 2011 p. 41)

Desde esta perspectiva, C. Rogers (1961) define la relación de ayuda como “Toda relación en la que, al menos una de las partes intenta promover en el otro el crecimiento, el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada”. Cibanal y Arce (2014) plantean cinco fases en la relación de ayuda: primera fase: acogida, segunda fase: clarificación y definición del problema, tercera fase: confrontación y reestructuración, cuarta fase: establecimiento de un plan de acción con el paciente, quinta fase: separación (Cibanal Juan & Arce Sanchez, 2014 p.149).

Para los estudiantes la fase de acogida está enmarcada por el factor tiempo, de esta manera lo describen:

*“Primero me presento para que me conozca, luego lo recibo, le digo buenos días mi nombre es tal, me voy a quedar con usted. Entonces para generar empatía eso es **despacio** uno se va metiendo **suave, suave, suave** y es así como el paciente va generando confianza... la confianza del paciente es muy importante para el Enfermero.” [ENT1.PREG13.S2]*

*“Algunos pacientes se encontraban solos, necesitaban algún acompañamiento o conversar o expresar lo que estaban sintiendo y **cuando yo tenía tiempo lo hacía**, aunque no era mucho... pero en si logré como establecer una conversación y cierta confianza con ellos y al hacerlo uno se da cuenta de la cantidad de necesidades que tienen las personas, de cosas que uno a veces no mira o no mide que están afectando al paciente... y creo que en el momento de establecer una relación de confianza con el paciente uno logra dar un mejor cuidado.” [ENT1.PREG13.S8]*

El objetivo principal de la fase de acogida consiste en crear un clima de confianza con el paciente a fin de proporcionarle el contexto adecuado para encontrar respuestas y los recursos necesarios para que tome sus propias decisiones. (Cibanal Juan & Arce Sanchez, 2014). Es en esta fase donde la estructuración del tiempo y la empatía se constituyen en elementos clave de la relación de ayuda.

El análisis de los datos señala que la relación de ayuda con los sujetos de cuidado fundamentan la razón de ser de los estudiantes de Enfermería:

*“Amo mi carrera y mientras haya pacientes, mis manos, mi empeño y mi corazón serán de todos ellos” [C1.S3]*

Para algunos, la relación no se basa en el cuidado exclusivo del paciente, va más allá, reconociendo la importancia del rol del cuidador. Como la cita lo muestra, es una necesidad identificada en especial por aquellos que asumen el rol de estudiantes y laboran simultáneamente como auxiliares de Enfermería viviendo a diario las necesidades y el cansancio propio del quehacer:

*“...Entonces yo puedo actuar ante el dolor del paciente, pero ante el dolor del cuidador que se trasnocha en una silla, que se cae del sueño, el Enfermero le dice: es que usted vino*



*a cuidar a su paciente no vino a dormir, pero **el cuidador también se cansa**, yo por ejemplo en mi turno cuando veo que ellos están cansados les paso una colchoneta y le digo acuéstese si le dicen algo le dice que yo se la pase... Hay gente que es hipertensa que está enferma, nadie piensa en el cuidador, todos piensan en el paciente. Yo digo él también se cansa y se enferma... **Si yo me canso como auxiliar que trasnocho, y si son las tres de la mañana y me da sueño y me canso, también hay que hacer énfasis en el cuidador... por Dios.**” [ENT1.PREG18.S2]*

### **Factor 5: Comunicación y expresión de sentimientos**

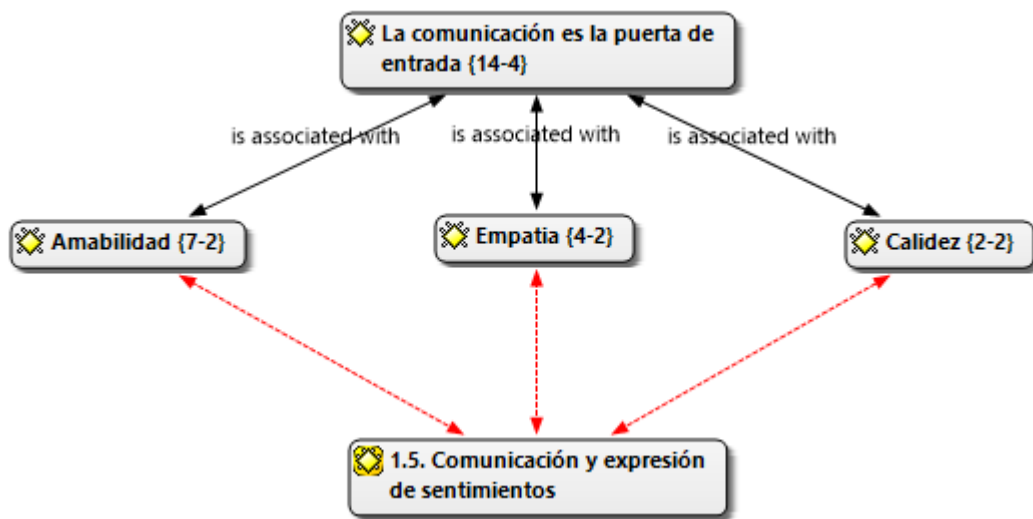
Según Watson, el quinto factor de cuidado hace alusión a “estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida” (Urra, Jana, & García, 2011). La presencia de la Enfermera ayuda a los pacientes a sanar todos los aspectos de su bienestar a través del descubrimiento de sus conflictos internos para iniciar el proceso de curación de adentro hacia afuera. Esta evolución y el crecimiento facilitan una sensación de plenitud y equilibrio. (Pinto Afanador, 2012 p.245)

Los estudiantes reconocen que la puerta de entrada a la expresión de sentimientos se basa en la comunicación, así durante la observación de las prácticas se evidencia que cada uno de ellos se relaciona de manera diferente con los pacientes, la mayoría demostrando su interés por acercarse y conversar con los sujetos de cuidado, en algunos estudiantes se hacen evidente su agrado al estar cerca de los pacientes, otros un poco más distantes pero de igual manera interesados en el bienestar de cada uno de ellos. La comunicación verbal y no verbal son fundamentales para lograr fortalecer esta relación, los pacientes perciben el agrado del estudiante y responden a su buena actitud, se convierte en un ciclo donde cada uno aporta de tal manera que la conversación logra fluir sin dificultad. El protagonismo en esta conversación no es exclusiva de estudiante – paciente, aporta de manera significativa la relación estudiante – cuidador. [DC2.061114.S5]

La comunicación con un paciente demanda especiales cuidados y protocolos que no se dan en relaciones y actividades de otro tipo. Es necesario comunicarse de forma asertiva

con los sujetos de cuidado, ya que es la manera más eficaz de conseguir que dicha comunicación sea positiva y logre al máximo el objetivo del mejoramiento de la salud. (Martinez Bermudez, 2014 p. 98)

Siendo entonces la comunicación la puerta de entrada para la expresión de sentimientos, los estudiantes asocian el concepto con tres factores: la amabilidad, la empatía y la calidez (Véase Figura 7)



**Figura 7.** Comunicación y expresión de sentimientos

*“La calidez hace que la humanización se lleve a cabo porque uno para tratar a una persona tiene que hacerlo con ese calorcito, con esa parte humana, no darle confianza total y que de pronto se vayan a pasar; es no tratarlos como un robot, es **necesario permitirles que ellos digan lo que les está pasando**, todo en sus límites, **las palabras poco cálidas muchas veces tienden a afectar esa relación**, si yo fuera paciente no me gustaría que me tratarán como un robot, cuando uno está enfermo quiere que lo traten de la mejor forma.” [ENT1.PREG9.S16]*

Aunar al cuidado la sensibilidad como parte del humanismo, es la forma más eficaz de encontrar las potencialidades del otro, pues como lo dice Restrepo (1994), “es en el plano de lo sensible en donde habitan nuestras más radicales diferencias”. Es, a partir de esta concepción donde la Enfermería, a través de la relación directa en la atención brindada,

ofrece bajo el concepto del cuidado, la diferencia en relación con otras ciencias, pues establece ese intercambio integral con las necesidades del otro, comprendiéndolas y estableciendo las acciones para ayudarle. (Rodríguez, 2011 p. 39).

Para los estudiantes la comunicación no verbal va más allá de las palabras e incluye el tono de voz y los gestos; al parecer este lenguaje tiene relación directa con lo que ellos llaman empatía.

*“...Lo principal es hablarles con una **sonrisa** y saludar, así se rompe el hielo; en el primer momento en que todos entran serios, tirando papeles, tablas, obviamente a ellos [a los pacientes] les da miedo preguntar pero si uno llega con una sonrisa, **ahí empieza la empatía.**” [ENT1.PREG9.S13]*

*“A mí siempre me gusta llegar a los pacientes con una **cara chévere**, no llegarles bravo ni aburrido... me gusta manejar mucho **el tono de voz** con ellos, tonos agradables que puedan ser percibidos de una manera más tranquila... cuando uno ya es casi Enfermero lo siguen viendo como un alguien muy joven, entonces llegar también con criterio, con seguridad, orientarlos, dar educación pero sin juzgar, siempre llegar como a tratar de meterles un poco de chanza porque así funcionan las cosas.” [ENT1.PREG9.S12]*

La sonrisa en el proceso de comunicación con los pacientes adquiere un gran significado al abrir puertas, romper el hielo, alegrar el contacto, acortar la espera, facilitar el dialogo, brindar consuelo y comunicar respeto y aceptación (Martinez Bermudez, 2014 p. 99). La principal característica de las personas que son percibidas como cálidas y agradables, es su sonrisa. Por otro lado la fuerza o volumen de la voz es una característica que es preciso saber variar, el tono muestra la calidad de voz y hace que se diferencia un mensaje de otro. (Cibanal & Arce, 2009 p. 86)

Según C. Rogers (1961) “la empatía es la capacidad de sumergirse en el mundo subjetivo del otro y participar de su experiencia en la medida en que nos lo permiten tanto la comunicación verbal como no verbal o el paralenguaje del paciente” “Es la capacidad de ponerse en el lugar del otro y de ver el mundo como él lo ve” Esta forma de ser empático

viene contemplada por otras actitudes Rogerianas como son la consideración positiva incondicional del paciente y el ser congruente o auténtico. (Cibanal & Arce, 2009 p.107)

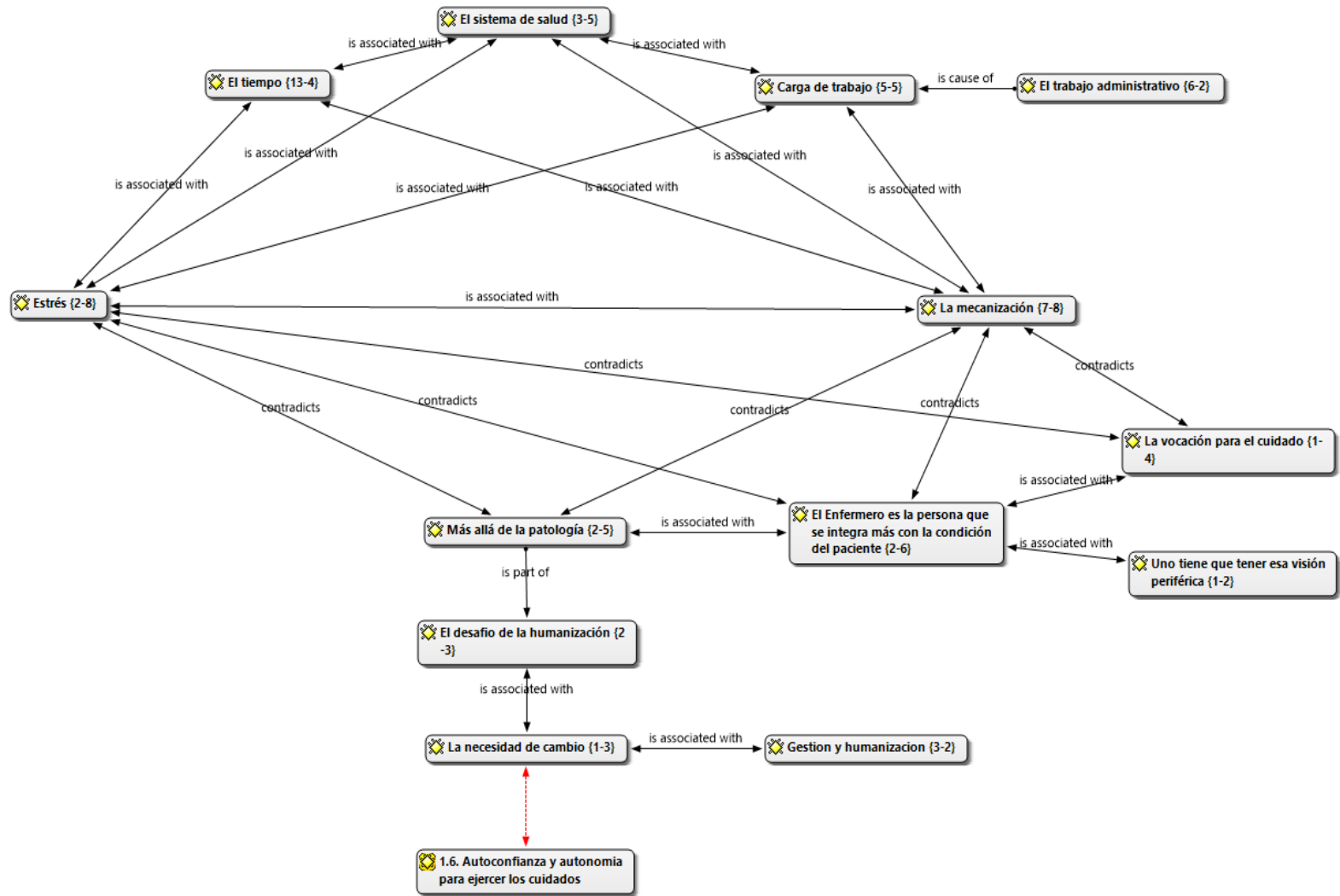
Los datos indican que los estudiantes perciben la empatía como el camino hacia la expresión de sentimientos por parte de los pacientes y así lo manifiestan:

*“La empatía no debe confundirse con la simpatía, que es de pronto estar con el paciente, sonreírle; la **empatía es sentir con el paciente**, ponerse en su lugar, saber lo que él está sintiendo, ayudarlo en esa parte y no tratar de cuestionarlo sino **ayudarlo al paciente a sacar todas esas cosas y que él mismo se apersona de su condición**; entonces es un habilidad que debe desarrollarse y que debe trabajarse, para eso el personal debe tener la disposición y una sensibilidad también muy grande para poderlo hacer.” [ENT1.PREG9.S13]*

#### **Factor 6: Autoconfianza y autonomía para ejercer los cuidados**

Watson plantea como sexto factor del cuidado de lo humano “El uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia” Watson se refiere a la sistematización excesiva de normativas que impiden el desarrollo creativo de esta profesión (Urta, Jana, & García, 2011).

Los datos muestran que el “sistema de salud” afecta la autoconfianza y autonomía para ejercer cuidados. Por ejemplo, los estudiantes consideran que el “tiempo” y la “carga de trabajo” muchas veces derivado de las actividades administrativas están ocasionando mecanización asociado al estrés; este tipo de situaciones contradicen la integralidad del cuidado. Por esta razón la humanización es considerada un “desafío” que sugiere una necesidad de cambio donde aspectos como la gestión aporten a los logros de la humanización y no se alejen de los objetivos propuestos. (Véase Figura 8).



**Figura 8.** Autoconfianza y autonomía para ejercer los cuidados

Así un estudiante plantea la situación:

*“Poco a poco fui estudiando el porqué del comportamiento de las personas y entendí que gran parte de esta "inadecuada atención" está dada por la estructuración del mismo sistema nefasto de salud colombiano. Situación que nosotros mismos nos hemos encargado de permitir...” [C1.S4]*

Humanización y deshumanización en servicios de salud se cruzan a diario y permiten a la vez grandes logros y grandes dificultades. No sería solo la actitud “inhumana” del profesional, sino también la estructura misma del sistema de salud la que puede no ser amable con el paciente, que puede poner trabas o que puede facilitar los procesos, que puede estar concebida en función del paciente o no estarlo, y que si no lo está, se encuentra enferma... No se ha calculado el monto del derroche de recursos que se generaría ante la ausencia de métodos administrativos de contención de costos y uso racional del recurso. Pero tampoco se ha calculado el impacto dañino que puede tener dichos métodos administrativos sobre la salud y el bienestar de los pacientes cuando se aplican indiscriminadamente. (Bohorquez Carrillo, 2012 p.13-14).

Los estudiantes se sienten involucrados en esta situación y hacen críticas al sistema de salud colombiano: esto es razonable, pues la experiencia práctica es una prueba para vislumbrar el futuro del sector, de esta manera los jóvenes explican las relaciones entre el sistema de salud, el estrés, la falta de tiempo y la deshumanización, así muchas de las actividades administrativas que debe desarrollar el Enfermero durante un turno, son asociadas por algunos estudiantes como un “trabajo de escritorio” que afecta el contacto con el paciente. Por ejemplo durante las entrevistas se comentó:

*“El Enfermero es más que todo un “Enfermero de escritorio” porque no está en completo contacto con el paciente, pero esto se ve afectado por el tiempo porque no alcanza a hacer todo lo que debe hacer en un turno”. [ENT1.PREG17.S6]*

Este tipo de expresiones confirman lo concluido por otros estudios donde la Enfermera por su función administrativa es poco el contacto que tiene con el paciente; esto se debe

principalmente a las acciones de coordinación y dirección del servicio y no al cuidado directo del paciente. (Jaramillo Echeverri, Pinilla, Duque Hoyos, & Gonzalez Duque, 2004)

*“El mismo sistema de salud con el que contamos hace que la atención de salud que nosotros brindamos sea diferente, muchos pacientes hacen que en momentos **nos sintamos estresados**, son factores que a la larga hacen que una atención humanizada se pierda.” [ENT1.PREG8.S5]*

*“Hay unas fallas que en algunos casos pesan más, por ejemplo: cómo se organiza el sistema general de salud, como se estructura este, y como también los encargados de manejar la salud en este caso las EPS y demás, **sobrecargan al personal** y como lo hemos notado acá, cuando son demasiados pacientes, **ni siquiera queda tiempo** como para ir a ver qué pasa con cada uno de ellos, a veces se limita el tiempo a hacer la revista junto con el médico el especialista y hasta ahí llega el contacto con los pacientes.” [ENT1.PREG8.S12]*

*“Observo que el personal que labora en la Clínica es muy **comprometido con la atención de los pacientes**, sin embargo por múltiples factores, **estrés, muchos pacientes, muchos procedimientos** y todo hace que muchas veces ese tipo de atención se vea como trocada, sin embargo se nota el esfuerzo, volviendo a la atención con humanización” [ENT1.PREG1.S5]*

Según Grazziano & Ferraz Bianchi (2010), la calidad del cuidado prestado está relacionado directamente al bienestar del profesional que presta cuidado; de esta forma, medidas que atiendan a garantizar condiciones de trabajo que reduzcan el desgaste físico y emocional se hace imperativo en Enfermería, así como la sensibilización de los profesionales e instituciones sobre la naturaleza y ocurrencia del estrés y *burnout*<sup>12</sup> traerían beneficios a ambos para evitar el adolecimiento mental y garantizar la calidad de la atención a los pacientes. (Grazziano & Ferraz Bianchi, 2010 p.15)

---

<sup>12</sup> El **síndrome de burnout** es un padecimiento que a grandes rasgos consistiría en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido

Los estudiantes explican su relación con los pacientes en términos de cercanía, al reconocer que la dinámica de las prácticas formativas les permite brindar una atención “muy personalizada”, esto narra una estudiante:

*“Como estudiante que estoy a punto de terminar lo he visto en mis compañeros y también lo pongo en práctica, que **la atención que brindamos trata de ser muy, muy personalizada**, porque nosotros no tenemos a cargo todos los pacientes que el jefe tiene, entonces somos como más cercanos al paciente y más pendientes de las necesidades que él pueda llegar a tener, entonces el contacto es como más directo.” [ENT1.PREG17.S5]*

De esta manera surgen los temores de un futuro en el que la mecanización domine el ejercicio profesional y limite el desarrollo de una práctica en la que los valores han sido protagonistas, así lo explica una estudiante

*“Al que le gusta su profesión y más Enfermería tiene que tener ese lado humano siempre y jamás perderlo, y **ese es mi miedo** porque uno ve muchas personas que llevan muchos años en un servicio y por ejemplo se muere un paciente y cuando dan la noticia dicen se murió el de la 7, no quiero llegar a ese punto, para mí la humanización sea ido forjando en todo este tiempo de práctica junto con los valores que me han inculcado como humano que soy.” [ENT1.PREG7.S3]*

Surge entonces por parte de los estudiantes la necesidad de referirse a la integridad del cuidado, manifestando en expresiones como:

*“Logré entender que la Enfermería no es sólo saber sobre fisiología, sobre infecciones, fármacos, patologías, no! La Enfermería es mucho más que eso, **a mis pacientes les importaba más que yo lo saludara, que yo les conversara**, incluso más que ponerles un medicamento o darle una indicación.” [C1.S8]*

*“Uno siempre se daba cuenta que los familiares o el paciente destacan mucho más al personal de Enfermería que a los mismos médicos, o fisioterapeutas porque de pronto son esas personas que se integran un poco más por la condición del paciente, son las que le preguntan cómo está, como ha seguido, quienes lo saludan todos los días, porque nosotros somos los que primero vamos a valorar al paciente y tenemos que inculcarle*



*esto a las demás generaciones para que ellos tengan proceso de continuidad respecto a estos temas.” [ENTI.PREG1.S1]*

La importancia de esto se confirma con otros estudios que señalan que la Enfermería exige una preparación no sólo técnico - científica de tipo instrumental, sino también humana, entendida ésta última como la actitud del profesional puesta en el sujeto, en el pleno desarrollo y bienestar de lo que es como persona. No se trata de visualizar al paciente desde una mirada anatómico - funcional, sino social, espiritual; es decir, desde el desarrollo de lo humano. Legitimarlo como sujeto de derechos (de bienestar y desarrollo) y no como usuarios (target) de un servicio asistencial (Jaramillo Echeverri, Pinilla, Duque Hoyos, & Gonzalez Duque, 2004). Gadamer (1996) plantea que el concepto de totalidad es una expresión inteligente que a razón de su contraconcepto de “especialización” se ha vuelto necesario y significativo. La especialización es una tendencia irrefrenable de la ciencia moderna y de todos sus procedimientos...provocada por la separación de los objetos en compartimientos, pero quien decide tomar en serio la ciencia tiene como misión adoptar el lema de la totalidad que no solo incluye el exitoso combate contra la enfermedad, también incluye la convalecencia y el cuidado de la salud (Gadamer, 2011 p.121-124). El diálogo cambia la idea de enfermedad como castigo o desgracia, tornándola en oportunidad para la comprensión de la situación humana; además, trasciende la alienante visión del cuerpo como objeto patológico y lo revela como corporeidad, que reconoce al sujeto como Ser en situación, protagonista y creador de su realidad. A este cambio de consciencia es que podríamos llamar Salud, especialmente por el hecho de ser un proceso de transformación, más que un simple estado. (Bohorquez & Jaramillo, 2005).

El análisis de los datos muestra que ante estas dificultades, el estudiante presenta opciones de solución a partir de la necesidades evidenciadas en los servicios de salud:

*“Es por esto que entendí también que aunque hayan circunstancias adversas y ajenas a nuestra competencia laboral que nos resulta difícil cambiar, nosotros como profesionales **podemos poner un poco de nosotros** para que estas incorrectas situaciones se dejen de presentar, o por lo menos se disminuyan”. [C1.S4]*

*“Yo creo que las funciones de todos nosotros como Enfermeros están enfocadas en la **gestión clínica de mejorar la atención de los pacientes**... tenemos que tocar todos los aspectos de la humanización, entonces al tratar de que el paciente esté bien, que reciba una buena información, que se le de atención oportuna, que el paciente este tranquilo y éste cómodo dentro su cubículo... son aspectos que avanzan y que van mucho más allá de gestionar una silla para que se siente, de gestionar una camilla para que se acueste, porque siempre pensamos en que le conseguí una camilla y ya, pero entonces si miramos que si le conseguí la camilla tendrá un mejor confort, entonces estoy tratando temas de humanización.” [ENT1.PREG6.S7]*

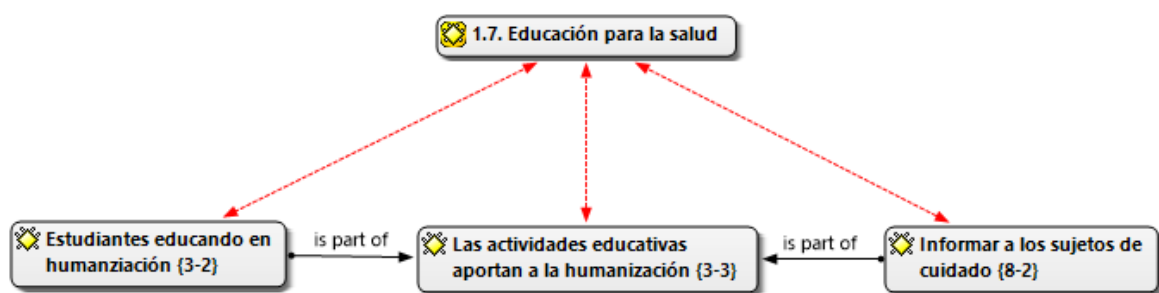
La cita señala la importancia de enfocar correctamente la gestión administrativa; los estudiantes lo expresan durante las entrevistas en términos de reconocer e interpretar cual es el verdadero sentido de cada actividad que se realiza desde la gestión. Gomez plantea que la gestión del cuidado es un componente del quehacer de Enfermería “¿de que le sirve al profesional de Enfermería ser un excelente prestador de servicios y cuidador si no tiene principios claros para la organización y la gestión de estos servicios, para la generación de propuestas de mejoramiento del cuidado?”... La gestión del cuidado debe ser un proceso creativo dirigido a movilizar recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona (Gomez Ramirez O. , 2010 pp.505-506). Para que la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios sea una realidad en el día a día de las instituciones de salud, es preciso afinar el binomio administración-asistencia que incluyen al cliente interno, la logística, el bienestar del usuario, la seguridad, la señalización de espacios físicos, las instalaciones físicas, el medio ambiente físico, los sistemas de información, el modelo de organización y responsabilidades, la tecnología, las normas y la contratación con terceros (Martinez Bermudez, 2014 pp.159-185).

### **Factor 7: Educación para la salud**

Watson ha denominado a la séptima característica de cuidado “Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro” La Enfermería como profesión ha estado muy ligada a la educación en salud; sin embargo, Watson considera que la educación que se

brinda es ante todo información, concretizada en una lista de acciones a realizar o a evitar, la información es un componente de la educación, pero no el todo, se suele seguir informando a los pacientes, sin educarlos, y sin educarse a través de ellos, ya que la educación es un proceso de retroalimentación para ambas partes, y no una mera entrega de conocimientos. (Urra, Jana, & García, 2011). Para enseñar el cuidado es necesario conocer al otro con el propósito de innovar nuevos planes de cuidado fundamentados en una filosofía de cuidado humano. (Pinto Afanador, 2012 p.247).

Los datos revelan que los estudiantes reconocen la importancia de informar a los sujetos de cuidado como parte importante en el proceso educativo, de igual manera identifican la necesidad de educar al cliente interno institucional a cerca de la humanización del cuidado. (Véase Figura 9)



**Figura 9.** Educación para la salud

Durante la práctica clínica los estudiantes debían proponer estrategias educativas dirigidas al personal asistencial de la Clínica, pero previo a esta actividad debieron realizar un diagnóstico con los sujetos de cuidado que permitiera identificar las necesidades puntuales de educación, de esta manera los estudiantes aplicaron una serie de encuestas y entrevistas a pacientes y familiares, siendo esta una actividad que permitió observar el tipo de comunicación que se establece entre el estudiante y el paciente. [DC2.061114.S5], al respecto algunos estudiantes comentaron:

*“La **información** es un pilar fundamental en el proceso de humanización, la falta de información genera en los pacientes incertidumbre.” [ENT1.PREG9.S11]*

*“Estuve pensando que sería bueno que los pacientes **conocieran** cómo funciona el servicio de salud para que sepan a qué tienen derecho y cuáles son sus deberes, para que **entiendan** que cuando el sistema salud no funciona no siempre es responsabilidad de nosotros, entonces es nuestro deber **explicarles** cómo funciona.” [ENT1.PREG10.S4]*

Es evidente que los estudiantes enfatizan en el concepto *información*, como un componente importante pero no único de la educación, incluyen términos como conocimiento, entendimiento y explicación. Según la OMS la educación para la salud “comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que supone una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimientos de la población en relación con al salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”. Su finalidad no es que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por el ”experto”, sino facilitar que las personas desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas, la educación para la salud supone un intento de modificación de conductas, ya que implica promover un comportamiento alternativo. (Palmar Santos, 2014 p.5-9).

Los datos muestran que los estudiantes identifican necesidades de educación en el personal asistencial y consideran que su aporte es importante en la construcción de la humanización del cuidado, así lo expresan algunos estudiantes en cartas y entrevistas:

*“...pensarás como se puede humanizar a una persona, pero si es posible, por medio de capacitaciones que no sólo sean teóricas, también capacitaciones lúdicas, donde las personas que brindan atención sean capaces de colocarse en el lugar del otro y actuar como si estuvieran con un familiar, así como si tú fueras mi paciente, trataría de cuidarte de la mejor manera posible teniendo en cuenta tus opiniones. De esta manera se ha empezado a trabajar esperando que el proceso continúe y de buenos frutos.”[C1.S3]*

*“...hay que trabajar con el personal de salud, las capacitaciones que realizamos acá considero que son fundamentales para poder **generar un cambio** entre ellos y si*

*logramos ese cambio dentro del personal de salud, vamos a lograr que eso se proyecte con los pacientes y que los pacientes lo sientan.” [ENT1.PREG10.S5]*

Durante la ejecución de las jornadas educativas los estudiantes se sientan más cómodos con el desarrollo de las actividades propuestas, el cambio de competencias y la exigencia propia de los semestres superiores permite ganar seguridad. [DC10.070415.S4], así durante la jornada enfocada al tema de calidez como una clave para humanizar el cuidado en Clínica La Estancia, una estudiante le expresa a los Profesionales y Auxiliares de Enfermería:

*“...yo sé que nuestro servicio de urgencias es bastante congestionado, pero siempre debemos acordarnos de esa frase: me voy a poner en los zapatos de esa persona que está ahí acostada, que está ahí durante muchos días, recuerden que es importante ser diligente es decir hacer las cosas de manera rápida pero bien hechas, ser optimistas y ver las cosas de manera positiva”*

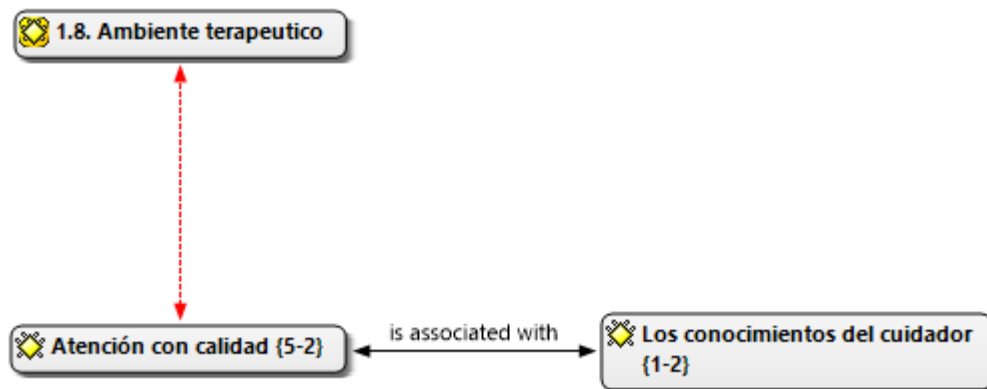
En el desarrollo de la jornada educativa se percibe propiedad en el discurso de la estudiante, se siente comprometida y cómoda con el tema, le agrada observar la respuesta favorable de quienes la escuchan y los incentiva a buscar estrategias para reconocer la importancia de ser cálidos en un servicio como urgencias, reconoce las dificultades y las plantea, pero no escatima recursos en presentar alternativas de solución. [DC8.241114.S16]

### **Factor 8: Ambiente terapéutico**

Watson plantea como octavo factor del cuidado de lo humano la “creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”. Watson divide este ambiente en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí. A partir de estas variables surgen las necesidades, que Watson define como el requerimiento de una persona, que de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar. (Urta, Jana, & García, 2011).

De acuerdo con los datos expuestos, los estudiantes encuentran relación entre el medio ambiente terapéutico y la atención con calidad, fundamentado en el conocimiento del

cuidador, estos factores están asociados con la “satisfacción de necesidades”, “sentirse a gusto” y la aplicación de los atributos propios de calidad en salud (Véase Figura 10).



**Figura 10.** Ambiente Terapéutico

Así se refieren los estudiantes respecto al ambiente terapéutico:

*“Te imaginas llegar a una clínica y que te atiendan amablemente todas estas personas, que se preocupen por tus **necesidades**, que te llamen por tu nombre, que se comuniquen contigo en todo momento, que hagan que quieras volver a este sitio porque en ningún otro lugar te atienden así, eso pretende la humanización, es dar un **valor agregado**, tratar al paciente con calidad.” [C1.S9].*

*“Si nosotros solamente nos enfocamos en el trato cálido, no **satisfacemos las necesidades** que ellos tienen, es importante abarcar lo que es también la **oportunidad en los servicios**, no podemos hablar de un cuidado humanizado cuando los pacientes llevan horas y horas y horas con dolor y no se le ha dado solución a su problema esperando un procedimiento que no llega, o con la angustia de la enfermedad.” [ENT1.PREG10.S10].*

*“En pocas palabras puedo decir que la humanización son los procesos necesarios para brindar una atención de calidad, basado en el **compromiso**, la **comprensión**, el **entendimiento**, el **calor humano**, la **responsabilidad**, el **escuchar al otro**, y demás características importantes necesarias para que el paciente se **sienta a gusto** y cuidado dentro de una institución hospitalaria.” [C1.S7].*

La calidad es el grado en el cual los servicios brindados por la entidad al paciente aumentan la posibilidad de lograr el máximo beneficio alcanzable, considerando los aspectos científicos, técnicos, tecnológicos y humanos del servicio de salud que conducen a minimizar la ocurrencia de efectos no deseados y eventos adversos. Los conceptos y principios que orientan la calidad se remontan al origen del ser humano, quien ha procurado de manera incesante un mayor bienestar, una mejor calidad de vida, especialmente a través de un mejor estado de salud, del cual dependen las actividades que se realizan día a día (Martinez Bermudez, 2014 pp.70-71). Así mismo el ambiente terapéutico es el conjunto de elementos físicos y humanos que comprenden la interacción del personal de institución de salud como el paciente y familiares para estimular el primero hacia su salud o rehabilitación. El ambiente físico comprende la planeación arquitectónica de la institución, departamentos o servicios clínicos con las necesidades de salud más que al aspecto estético, que proporcionen comodidad, seguridad y atención al paciente, familiares y equipo de salud. El ambiente humano está formado por los integrantes del equipo de atención a la salud, que independientemente de la disciplina o actividad que ejerzan, deben poseer actitudes de interés, respeto y responsabilidad, así como realizar actividades específicas para lograr una satisfacción armónica que permita una interrelación e interacción, y repercutan en el estado de salud o enfermedad del paciente y familiares (Reyes Gomez, 2015)

Los estudiantes reconocen que para lograr un trato humanizado se hace necesario ir mas allá de la sensibilidad propia de las expresiones de calidez y empatía, es necesario “tener conocimientos”

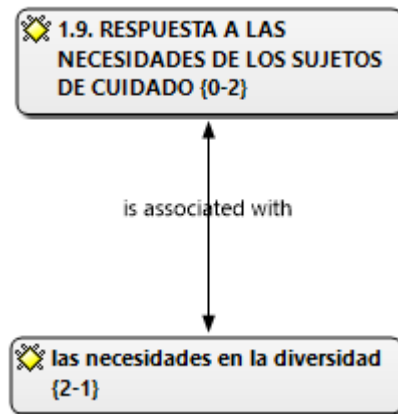
*“Entendí también que no hace falta tener un gran corazón solamente para dar un trato humanizado, hace falta también tener conocimientos.”*

En la mayoría de circunstancias y situaciones de los servicios de salud se exige al profesional de Enfermería ser responsable del cuidado que brinda a los pacientes, ser el líder del equipo de Enfermería y para tal fin tener conocimientos, experiencias, habilidad para actuar y coordinar el acto de cuidado. (Montes Valverde, Valvuela Tenorio, & Zambrano Bermeo, 2014 p.23)

### Factor 9: Respuesta a las necesidades de los sujetos de cuidado

El noveno factor de cuidado ha sido denominado por Watson “La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger”. (Urra, Jana, & García, 2011). Así Virginia Henderson identificó 14 necesidades básicas y fundamentales que tienen todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad, o en determinadas etapas del ciclo vital, son factores físicos, psicológicos o sociales. (Pinto Afanador, 2012 p.249) Dando relevancia a estos últimos, los estudiantes asocian la

Los datos revelan que los estudiantes destacan la importancia de intervenir las necesidades sociales principalmente en la diversidad (Véase Figura 11)



**Figura 11.** Respuesta a las necesidades de los sujetos de cuidado

*“...compartir con mucha gente que sufre, y que lucha por la vida en enfermedad, su cambios repentinos del lugar de origen, **campesinos, indígenas de todos los estratos, razas y ciudades** que tienen que permanecer en un hospital, en una clínica, pasando muchas veces **hambre, cansancio** en espera que sea atendido o acompañado, quienes quieren como a ti o a mí me gustaría que me atendieran.” [C1.S15]*



Así el análisis permite inferir que los espacios de práctica le permiten al estudiante visualizar y reflexionar acerca de las necesidades sociales de los sujetos de cuidado sintiéndose “identificados” con este tipo de situaciones:

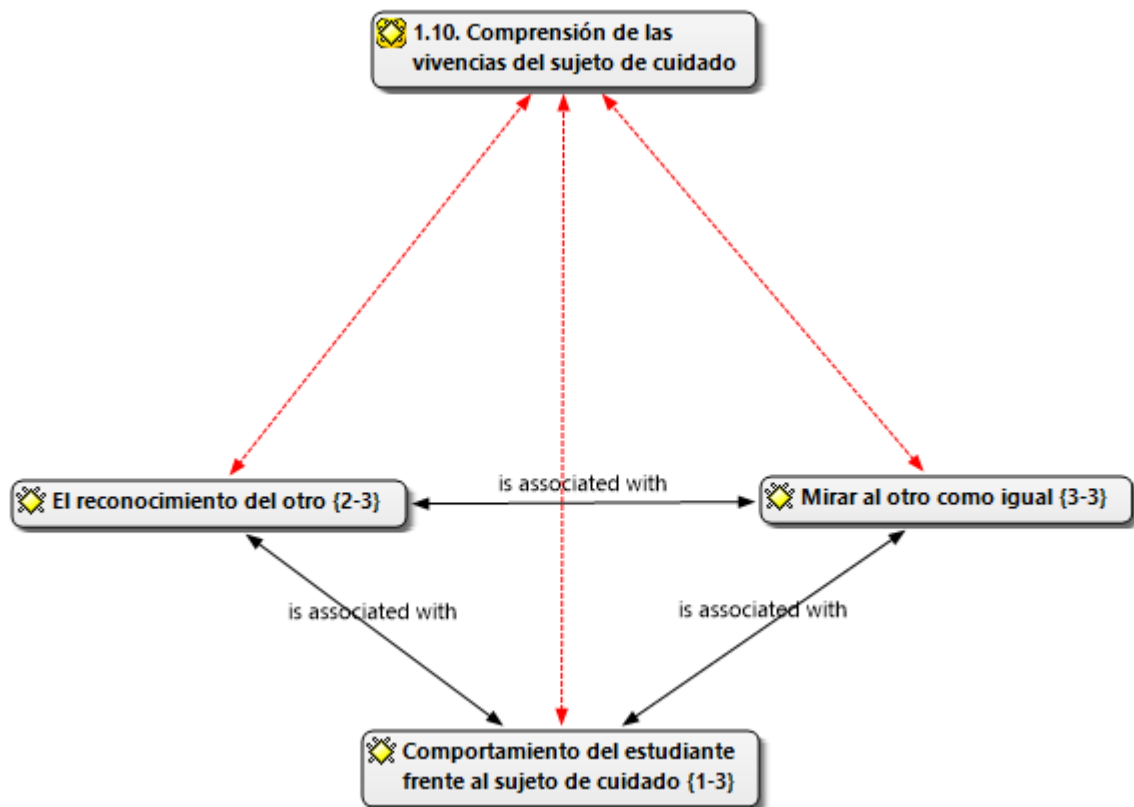
*“yo por ejemplo soy del campo y con **las personas con las que más me identifico son con las del campo**, entonces uno como que crea esa afinidad y se identifica con ellos y yo digo **no me gustaría que a mí o a alguien de mi familia la tratarán así...** de pronto me cuesta un poquitico más no he logrado tanta afinidad con las personas de la ciudad, yo las siento como más... no sé, **con ellos me falta identificarme para poder llegarles**, con las personas del campo me identifico más por las **vivencias que uno ha tenido con ellos** y por eso yo pienso que se requiere en la **formación de los valores...** para tener esa **sensibilidad de captar** y poder identificarse.”*

Así algunos estudiantes consideran que una manera de fortalecer la sensibilidad ante las necesidades de los demás es sentirse identificado con ellos. Santacruz (2006) citando a Carroll Guillian refiere que la forma en que la gente habla de sus vidas, tiene importancia, y el lenguaje y las conexiones que establece revelan mucho del mundo que ven y en el cual actúan.

### **Factor 10: Comprensión de las vivencias del sujeto de cuidado**

Según Watson, el décimo factor crítico de éxito “se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos... La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión. Esta orientación es útil para la Enfermera, ya que ayuda a reconciliar o mediar la incongruencia de los diferentes puntos de vista de la persona en forma holística; y al mismo tiempo, atender al orden jerárquico de sus necesidades” (Urra, Jana, & García, 2011).

Los datos reflejan que la comprensión de las vivencias del sujeto de cuidado se construye a partir del reconocimiento del otro y el mirar al otro como igual, situaciones que se hacen evidentes a partir del comportamiento del estudiante frente al sujeto de cuidado. (Véase figura 12).



**Figura 12.** Comprensión de las vivencias del sujeto de cuidado

Los datos muestran que los estudiantes reconocen la importancia de comprender al otro como igual. Si bien para el establecimiento y práctica de pensamientos dirigidos hacia los demás, existen diversas corrientes de pensamiento, para Enfermería, en especial considerando que su esencia se centra en el cuidado, la filosofía focalizada en el Otro, desde la concepción de Emmanuel Lévinas, ofrece una interesante oportunidad para incorporar al cuidado brindado, el más profundo sentido de humanismo. El análisis de dicha filosofía permite establecer una reflexión profunda de cómo ver al sujeto de atención como un ser del que se necesita para encontrar en el yo la propia realización (Rodríguez, 2011 p.40). Así lo expresan los estudiantes:

*“La humanización es uno de los procesos más enriquecedores, que te enseña a preocuparte por el otro, sentir por el otro y colocarte en el lugar del otro.” [C1.P7].*

*“Algunos todavía piensan que por llevar la toca o por el uniforme blanco son los únicos que tienen el conocimiento, los únicos que tienen las habilidades y todo, que el paciente no es tan importante sino solamente el **objeto del cuidado**, por lo cual lo tratan como tal, como un objeto nada más, entonces quizá eso de cambiar esa perspectiva de mirar al otro como **ser humano igual de digno a él** pues es quizá lo que hace falta para poder aplicar mejor la humanización. Lo único que nos cambia es que sabemos un cuento que la otra persona no sabe y es cuidar al otro, pero **en realidad somos iguales**, entonces el cambiar esas cosas, los pacientes tienen sus habilidades y hay que reconocerlas.” [ENT1.PREG92.S9]*

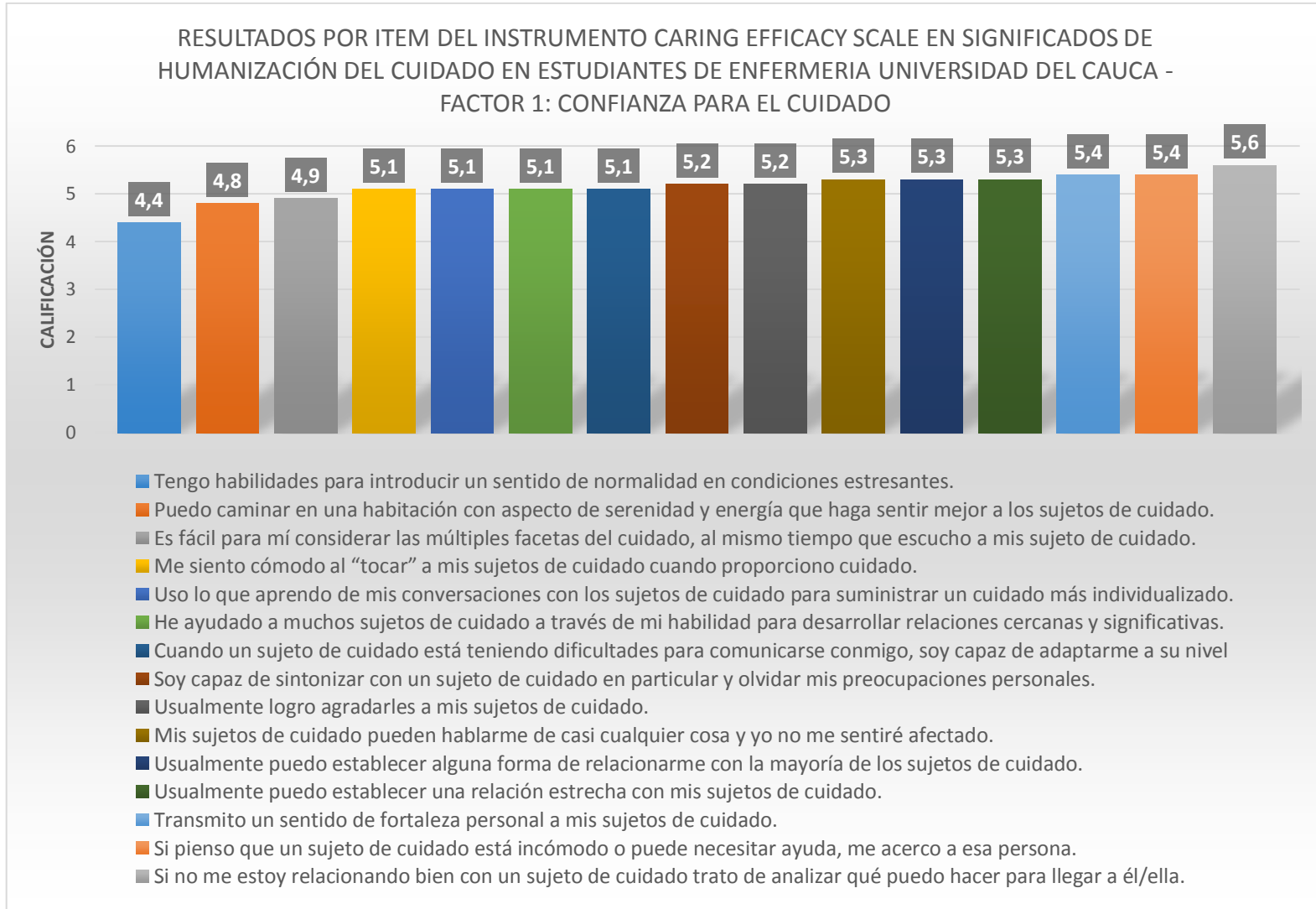
Rodríguez (2011) citando a Lévinas plantea que la vida personal no es vida, en la medida que solo se viva por el uno, que sin “el otro” “la verdadera vida está ausente”, que es necesario tener relaciones con los demás, con las personas del entorno, para encontrar el verdadero sentido de vivir. (Rodríguez, 2011 p.40).

### **La percepción de autoeficacia que tienen los estudiantes de Enfermería para otorgar cuidados y relacionarse con sus pacientes.**

No obstante, a pesar de haber identificado a través de las expresiones de los estudiantes múltiples factores de humanización del cuidado; en la construcción de significados se decidió aplicar El Caring Efficacy Scale, instrumento confiable y validado en el espacio latinoamericano, escala basada en la teoría de Watson que enfatiza en aspectos filosóficos y éticos involucrados en el acto de cuidar. El objetivo de la aplicación de este instrumento es evaluar la percepción de autoeficacia que tiene la Enfermera/o para otorgar cuidados y relacionarse con sus pacientes. (Poblete-Troncoso, Valenzuela-Suazo, & Merino, 2012 p.10). La escala fue diseñada para expresar orientación hacia el cuidado y establecimiento de relaciones de cuidado hacia los pacientes. (Coates, 1995). Esta escala puede ayudar a los educadores de enfermería para predecir los niveles de autoeficacia en los estudiantes y evaluar los efectos de los programas en el desarrollo profesional destinado a la mejora de la auto-eficacia en las enfermeras, con lo que se espera se pueda mejorar la experiencia en el cuidado de Enfermería.

Mediante la aplicación de esta escala se logró identificar en los estudiantes que participaron en el estudio los factores que favorecen la confianza para el cuidado (Véase Figura 13) y las situaciones que generan dudas y preocupaciones (Véase Figura 14). En la figura 13 se observa que todos los ítems de cuidado transpersonal muestran una calificación alta, la mayoría sobre 5 puntos, siendo el mínimo 1 y el máximo 6, sin embargo existen tres factores con calificaciones por debajo de 5, ellos son: “Tengo habilidades para introducir un **sentido de normalidad** en condiciones estresantes”, “puedo caminar en una habitación con aspecto de **serenidad y energía** que haga sentir mejor a los sujetos de cuidado” y “es fácil para mí considerar las múltiples facetas de cuidado, al mismo tiempo que **escucho a mis sujetos de cuidado**”. En el análisis de los datos los tres ítems guardan relación con el factor de cuidado que para este estudio se denominó “Autoconfianza y autonomía para ejercer los cuidados”. Así, a pesar que en algunas circunstancias se genera estrés, preocupaciones o angustias, el enfermero debe ser capaz de transmitir normalidad, serenidad y energía a los sujetos de cuidado y garantizar escucha en cualquiera de los múltiples roles que asume en su quehacer diario. En la figura 14 se corrobora esta posición, al identificar que desde las dudas y preocupaciones los estudiantes “a menudo se sienten **agobiados por la naturaleza de los problemas** que los sujetos de cuidado están viviendo” González Díaz buscando identificar los principales agentes estresores en los enfermeros/as en una Institución de Atención Primaria de Salud concluyó que el personal de enfermería identifica como principales agentes estresores, en orden de importancia: recibir salario no acorde con el trabajo, falta de estimulación, condiciones físicas de trabajo no adecuadas, no ver los frutos del trabajo y ver morir a un paciente especial. (González Díaz, 2006). Sin embargo a pesar de estos estresores el enfermero se constituye en apoyo para el sujeto de cuidado. Bueno Robles (2011) plantea que cuidar en enfermería implica un conocimiento propio de cada enfermo, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes y motivaciones y además, de sus conocimientos, requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo. (Bueno Robles, 2011). Al promediar los treinta ítems de la escala, la calificación se encuentra en 5/6, lo que sugiere que los estudiantes de Enfermería se perciben autoeficientes para ofrecer cuidado humanizado,

resultados similares a los obtenidos por Poblete-Troncoso, Valenzuela-Suazo, & Merino en 2012 y Coates en 1992.



**Figura 13.** Confianza para el cuidado – Caring Efficacy Scale



**Figura 14.** Las dudas y preocupaciones – Caring Efficacy Scale

## **De la teoría a la práctica: aportes de la Institución de Salud en la construcción de significados de humanización del cuidado**

En este capítulo se pretende determinar el tipo de aportes realizados por la Institución de salud en la construcción de significados de humanización del cuidado. Es importante destacar que se identifican aportes en doble vía: primero, los propios de la institución en el proceso de aprendizaje del estudiante y segundo, los aportes del estudiante hacia la institución. (Véase figura 17)

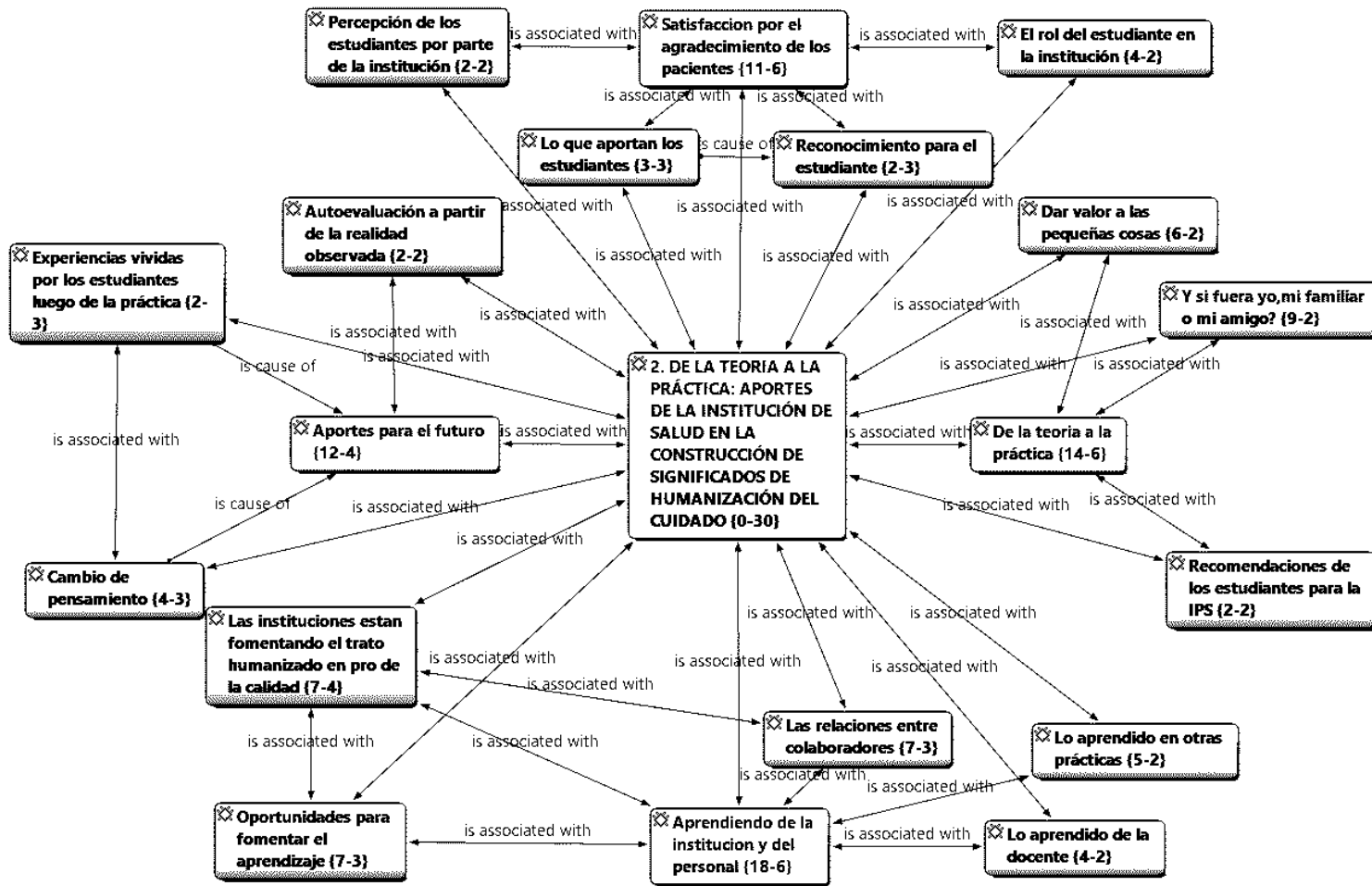
En el primer caso los estudiantes construyen significados a partir de los modelos observados dentro de la institución, así por ejemplo lo expresa uno de ellos:

*“Observé la **actitud de liderazgo** del Jefe J.J., él es una de las personas que están más atenta, se la pasaba por todo el servicio preguntándole a los pacientes como estaban, como seguían, le pregunta también a las personas que tenía a su cargo acerca del turno, siempre estuvo muy pendiente, entonces es algo que debe existir dentro de una institución porque yo creo que personas individualizadas no podría realizar un buen trabajo, él trata de unir a su equipo de trabajo para que el servicio que se preste sea de mejor calidad, el Jefe siempre estuvo muy atento y pendiente, a pesar de que estaba en su oficina uno podía preguntarle y estaba al tanto de todo lo que estaba pasando en el momento” [ENT1.PREG5.S1]*

*“En esta práctica logre **afianzar el término de humanización**, y aunque noté que muchos Jefes olvidan el significado de esta palabra absorbidos por el acúmulo de trabajo, son muchos más los que están prestos a ayudar a ese otro ser necesitado de cuidados” [C1.S11]*

*“En ocasiones me sentía agobiado por querer dar respuesta a tantas cosas, pero siempre **encontré una buena mano amiga** y un tanto de camaradería en un grupo de personas que en ocasiones ni conocía” [C1.S12]*





**Figura 17.** De la teoría a la práctica: aportes de la institución de salud en la construcción de significados de humanización del cuidado

Sin embargo a pesar que priman las percepciones positivas de lo aprendido de la institución y del personal que en ella labora, también existen situaciones descritas por los estudiantes que generan confusión:

*“Casi no hay contacto y por lo general el jefe siempre está en la estación y casi no va hablar con los pacientes... como yo ya voy a terminar mi carrera considero que es grave que nos estemos limitando a desarrollar nuestra profesión de una manera muy robotica, sin mirar a nuestros pacientes, sin mirar cuáles son sus necesidades, sin tener contacto con sus familias”*  
[ENT1.PREG2.S5]

Es el sujeto implicado en el proceso de aprendizaje el que utiliza los medios a su alcance para integrar teoría y práctica de una manera dinámica. A pesar de esta realidad, desde el punto de vista docente siempre hay que procurar que exista coherencia entre la formación teórica y la formación práctica, para evitar que aparezca lo que algunos autores han llamado «shock de realidad». Este vendría provocado por la disonancia entre cómo se cree que deberían ser las cosas y cómo son en realidad, y sus consecuencias principales son la intensa desorientación y la angustia del estudiante. Entre los profesionales de enfermería nos encontramos con tres sectores: el asistencial, el docente y el gestor. Esta división, en lugar de suponer un enriquecimiento de todo el colectivo de enfermería, provoca más bien un estado de permanente conflicto, ya que cada uno de ellos proyecta una imagen distinta marcada por sus objetivos particulares, los cuales, en lo que se refiere a la formación de estudiantes, parecen ir en direcciones distintas. Los asistenciales piensan que los docentes no preparan a los alumnos para enfrentarse con la realidad; los docentes, a su vez, mantienen que los asistenciales no asumen su compromiso docente y que son reacios a abrirse a las nuevas tendencias que marcan el desempeño profesional de enfermería. Con esta situación es realmente muy difícil transmitir a los alumnos una imagen unificada y complementaria sobre la teoría y la práctica. (Perez Andres, Almudena Alameda, & Albéniz Lizarraga, 2002).

Los estudiantes perciben las prácticas formativas en la institución de salud como un espacio de aprendizaje de humanización del cuidado:

*“Es muy gratificante comprender que como profesional de enfermería puedo ejercer mi profesión de una manera integral hacia el otro; la Clínica la Estancia me permitió generar la confianza y las habilidades necesarias para el ejercicio de la profesión en este aspecto” [C1.S7]*

*“Me pareció sumamente importante que las instituciones reconocen estas falencias y han desarrollado estrategias para abordar esta problemática como en la Clínica, pues cuentan con una política de humanización de los servicios de salud y cuenta con diversos ejes que rigen la política, **realizando actividades** que en muchas ocasiones son apoyadas por nosotros, en aquella oportunidad realizamos diversas actividades con el personal quienes fueron muy receptivos” [C1.S5]*

*“La humanización encierra varios aspectos, uno no se alcanza a imaginar la complejidad del tema porque hay una cantidad de cosas además de que en la teoría mirábamos que era como el eje transversal a muchos componentes de la calidad, entonces me di cuenta que **haciendo cosas sencillas** uno puede lograr grandes cosas en la humanización y aumentar la calidad en los diferentes servicios, yo creo que es un aspecto importante que me llevé de la práctica: si uno inicia con la humanización puede lograr diferentes aspectos” [ENT1.PREG1.S8]*

Existe diversidad de formas de aprendizaje, los estilos de aprendizaje se definen como las distintas maneras en que un individuo puede aprender; para Alonso y Gallego (1994) los estilos de aprendizaje son los rasgos cognitivos, afectivos y fisiológicos que sirven como indicadores relativamente estables de cómo los alumnos perciben interacciones y responden a sus ambientes de aprendizaje. (Aragon Garcia & Jimenez Galan, 2009 p.7) La tabla 1 propone varios modelos para clasificar los estilos de aprendizaje, sin embargo en este estudio se aplicó el de preferencias de pensamiento propuesto por Ned Herman.

**Tabla 1. Criterios de clasificación de los estilos de aprendizaje**

<b>Modelos</b>	<b>Estilos de aprendizaje</b>
Sistema de representación (Modelo PNL)	Visual Auditivo Kinestésico
Modo de procesar la información (David Kolb)	Activo Reflexivo Pragmático Teórico
La categoría bipolar (Felder y Silverman)	Sensoriales / Intuitivos Visuales / Verbales Secuenciales / Globales Activos / Reflexivos
Las preferencias de pensamiento (Ned Herman)	Racionales Cuidadosos Experimentales Emotivos
Desarrollo de las capacidades (Bernice Mc Carthy)	Proceso de ocho momentos pedagógicos para conseguir que el alumno logre aprendizajes significativos.

Fuente: Aragon Garcia & Jimenez Galan, 2009 En Diagnostico de los estilos de aprendizaje de los estudiantes: Estrategia docente para elevar la calidad educativa

De esta manera Ned Herrmann describe las preferencias del pensamiento asociadas a algún cuadrante del cerebro y desarrolla un modelo de acuerdo con el cual, una vez que conocemos las maneras de pensar que nos satisfacen más y nos permiten mejores resultados, se abre la puerta para desarrollar la comunicación, la resolución de problemas, el liderazgo y la toma de decisiones, entre otros factores. Este modelo ayuda a que el docente compare las características de sus alumnos con la manera en que están actuando según la situación que viven, pudiendo inferir si se sienten bien con lo que están haciendo y así lograr aprendizajes significativos para ellos. Adicionalmente, el modelo permite comparar los diferentes estilos entre los alumnos al momento de crear grupos de trabajo efectivos. (Aragon Garcia & Jimenez Galan, 2009). Según el modelo de cerebro completo

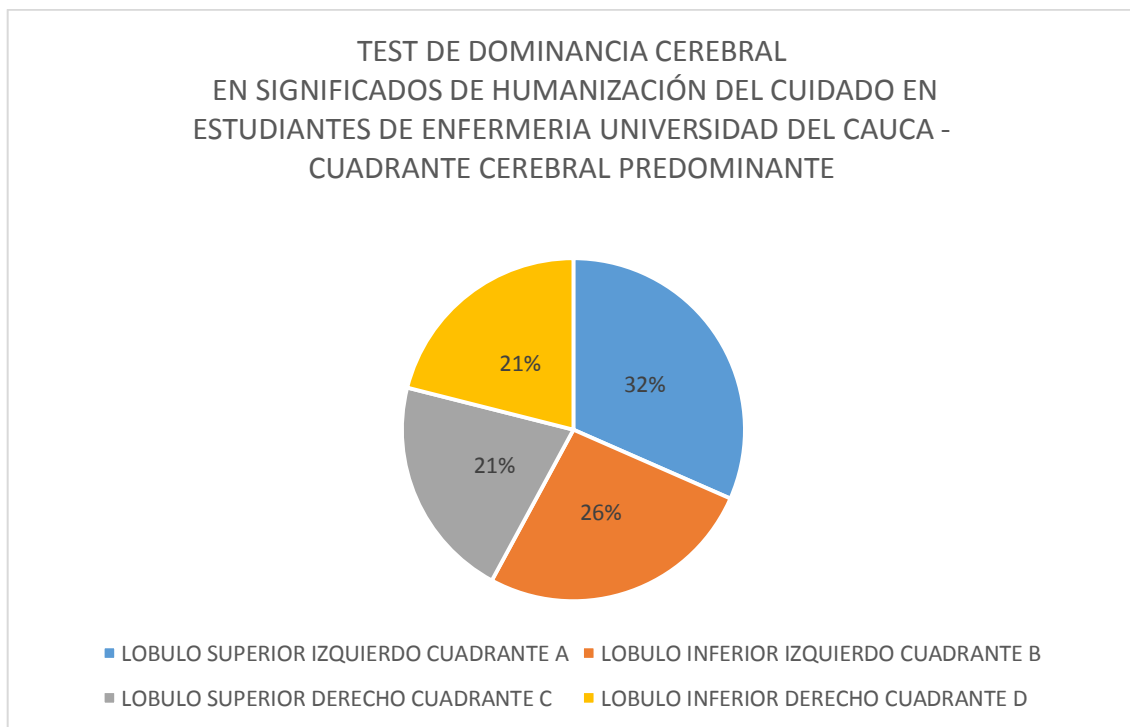
de Ned Herrmann (n. d.) se tienen cuatro áreas del cerebro y a cada una le corresponden diversas características que se pueden observar en la figura 15.



Fuente: Aragon Garcia & Jimenez Galan, 2009 En Diagnostico de los estilos de aprendizaje de los estudiantes: Estrategia docente para elevar la calidad educativa con base en Herrmann's Brain Dominance Instrument

**Figura 15.** Modelo de Ned Herrmann

Así luego de aplicar el test de dominancia cerebral a los 16 estudiantes que hicieron parte del estudio, se puede identificar la distribución porcentual según el cuadrante cerebral predominante en el grupo de estudiantes. (Véase figura 16)



**Figura 16.** Test de dominancia cerebral

Se identifica que el 32% de los estudiantes se clasifican en el cuadrante A, Alumnos racionales (predominancia del Hemisferio Sup. Izq.): generalmente son fríos y distantes, inteligentes, irónicos, buenos para criticar y evaluar, competitivos e individualistas. Aprenden analizando, razonando, usando la lógica; les gustan las clases argumentadas, apoyadas en hechos.

El 26% corresponde a estudiantes que se clasifican en el cuadrante B, Alumnos cuidadosos (predominancia del Hemisferio Inf. Izq.): se caracterizan por ser introvertidos, minuciosos, dan mucha importancia a la experiencia. Aprenden de manera secuencial, planificada, formal y estructuradamente; les gustan las clases organizadas y rutinarias.

El 21% de los estudiantes se ubican en el cuadrante C, Alumnos experimentales (predominancia del Hemisferio Sup. Der.): tienen sentido del humor, son originales, independientes, arriesgados y tienden a las discusiones. Aprenden conceptualizando, sintetizando, visualizando, asociando e integrando, les gustan los proyectos originales.

El 21% restante corresponde a estudiantes que se clasifican en el cuadrante D, Alumnos emotivos (predominancia del Hemisferio Inf. Der.): son extrovertidos, emotivos, espirituales. Aprenden escuchando y preguntando, evaluando los comportamientos; integran mediante la experiencia, tienen la necesidad de compartir y convivir con sus compañeros. Son estudiantes que trabajan si el docente les agrada o si el tema es de su interés. (Aragon Garcia & Jimenez Galan, 2009).

A partir de lo aprendido en la práctica, se identifican aportes para el futuro:

*“Fue una gran experiencia, aprendí muchas cosas interesantes, no sólo de humanización, hubo una cantidad de conocimientos disciplinares que valoro mucho de esta práctica, pero en sí lo que más valoro es todo aquello que aportó para que en un futuro pueda tratar a un paciente como él se lo merece, es decir, como a mi me gustaría que me trataran” [C1.S5]*

*“Estando en esta clínica logre darme cuenta de cómo quiero ser como Jefe próximo a salir a laborar ya que aunque la paga como enfermero no es mala, es mucho más gratificante un abrazo o unas palabras de agradecimiento de nuestros pacientes”[ENT1.PREG4.S11]*

Los datos muestran que los aportes a futuro están surtiendo efecto a corto plazo, ya que al concluir la practica en la institución de salud donde se realizo el estudio, los estudiantes se desplazaron a otras instituciones y municipios del departamento donde lograron implementar de manera voluntaria y a partir de su propia iniciativa programas relacionados con humanización del cuidado, así lo expresaron algunos estudiantes:

*“En una institución hospitalaria nivel I de un Municipio del Cauca se utilizó una metodología de cambio conductual a través de economía de fichas en el aspecto de comunicación asertiva, el interés surgió al identificar en los primeros días de práctica intercambio verbal agresivo entre funcionarios y pacientes de esa institución. S5 pide la palabra y refiere que estando con su compañera S3 en otra institución nivel I de un municipio del Cauca identifican que en relación al tema de humanización no se tenía nada, adicionalmente se evidenciaron diversos conflictos entre el personal y también*

*con los usuarios, por lo tanto decidieron diseñar y elaborar la política” [DC12.040615. S3, S4, S5, S9, S12]*

Por otro lado, es igual de importante reconocer los aportes significativos que dejan los estudiantes a las instituciones:

*“Quizá como estudiante dentro de los roles nos quedan un poco más de tiempo que el profesional con el que estamos trabajando, así que en esos momentos en los que nos quedan un poco más de tiempo, lo dedicamos a hablar con el paciente y a mirar qué es lo que necesita, muchas veces hemos identificado necesidades tan básicas como las de vestido, alimentación y en las cuales podemos intervenir y eso también dignifica al paciente y también hace que entablemos una mejor relación” [ENT1.PREG17.S9]*

Así por ejemplo lo expresa la auditora médica de calidad de la institución:

*“Quiero decirles que en esto no hay nada escrito y uno a veces se pone a pensar porqué las empresas prefieren a alguien con experiencia, porque si ustedes revisan no son los mismos desde el primer día que empezaron con la clínica hasta hoy, este tiempo los ha fortalecido y como están trabajando en humanización les hace mirar las perspectivas desde otro punto de vista, dirán realmente a veces no somos humanizados, a veces no hacemos las cosas como lo tenemos que hacer, cuando ustedes le colaboran a alguien pueden ver como esa persona queda agradecida y se soluciona un problema...” [DC11.080515. S9, AMCCLE]*



## CONCLUSIONES

En la construcción de significados de humanización del cuidado durante las prácticas formativas son múltiples los factores identificados por los estudiantes, entre ellos se encuentran: la formación humanista del Enfermero, la incorporación de la espiritualidad, el cultivar la sensibilidad ante el dolor y el sufrimiento, la relación de ayuda y confianza, la comunicación y expresión de sentimientos, la autoconfianza y autonomía para ejercer los cuidados, el ambiente terapéutico y la comprensión de las vivencias del sujeto de cuidado.

Los estudiantes de Enfermería que participaron en el trabajo de investigación se perciben autoeficientes para ofrecer cuidado humanizado, sin embargo se hace necesario revisar las situaciones estresantes en los campos de práctica que afectan el desempeño del estudiante y del futuro profesional. Si el Caring Efficacy Scale pretende medir autoeficacia en los estudiantes de enfermería, estos ítems deben ser tenidos en cuenta para el fortalecimiento en la formación académica.

Los aportes realizados por la institución de salud en torno a la humanización del cuidado van direccionados a la identificación de situaciones reales que se viven en la práctica y la reflexión a futuro que realiza el estudiante frente a las mismas. El equipo de salud se constituye en modelo para el alumno por lo tanto los aportes desde el saber, el hacer y el ser por parte de cada uno de los colaboradores es trascendental en el procesos de aprendizaje del estudiante. De igual manera la institución reconoce la gestión realizada por los alumnos en la medida en que aportan para facilitar la adherencia del personal de salud hacia el cumplimiento de procesos humanizados y seguros al paciente y familia.

La educación en Enfermería alrededor de la humanización del cuidado, no solo se construye en el aula de clase o en la relación estudiante-docente, sino también en la realidad de las prácticas formativas donde los sujetos de cuidado, el equipo de salud y la institución se constituyen en factores clave del proceso de formación, por lo tanto los aportes alrededor de este contexto son fundamentales para tal propósito.

En los estudiantes evaluados se logra identificar cuatro niveles de aprendizaje: racionales, cuidadosos, experimentales y emotivos; de tal manera que esta clasificación impacta en la construcción de significados dependiendo de las características propias de cada persona

## REFERENCIAS

- Aldeco, M. (27 de Septiembre de 2014). Vision de futuro hacia una experiencia de servicio humanizado. Bogotá, Colombia: Memorias del Congreso: 7 claves para humanizar los servicios de salud en Colombia.
- Amador Rodriguez, R., & Aduríz-Bravo, A. (Enero - Junio de 2011). A qué epistemología recurrir para investigar sobre la enseñanza de las ciencias. *Revista Educación y Tecnología*, 3, 3-18.
- Amilburu, M., & Garcia Gutierrez, J. (2012). *Filosofía de la Educación - Cuestiones de Hoy y de Siempre* (Primera ed.). Madrid España: Narcea.
- Aragon Garcia, M., & Jimenez Galan, Y. I. (2009). Diagnostico de los estilos de aprendizaje de los estudiantes: Estrategia docente para elevar la calidad educativa. *Revista de investigación educativa*, 1-21.
- Arcila Mendoza, P., Mendoza Ramos, Y., Jaramillo, J., & Cañon Ortiz, O. (2010). Comprensión del significado desde Vygotsky, Bruner y Gergen. *Revistas diversitas - Perspectivas en Psicología*, 6(1).
- Axpe Caballero, M. (2003). La investigación etnográfica. España.
- Baez Hernandez, F. J., Nava - Navarro, V., Ramos - Cedeño, L., & Medina - Lopez, O. (2009). EL significado del cuidado en la Práctica Profesional de Enfermería. *Aquichan*, 129.
- Baez Hernandez, F. j., Nava Navarro, V., Ramos Cedeño, L., & Medina Lopez, O. M. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de Enfermería. *Revista Aquichan*, 127-134.
- Bandura, A. (1995). Comments on the crusade against the causal efficacy of human thought. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 179-190.

- Bertoni, E. (2005). El Estudiante Universitario: Una aproximación al perfil de ingreso. *Comisión sectorial de Enseñanza*.
- Boff, L. (2002). *El cuidado esencial*. Madrid: Trotta.
- Bohorquez Carrillo, J. J. (2012). *¿Deshumanización en medicina?* Medellín: Universidad de Antioquia.
- Bohorquez, F., & Jaramillo, L. G. (2005). El diálogo como encuentro. Aproximaciones a la relación profesional de la salud-paciente. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 9, 79-91.
- Briceño Gazón, M. O., Cabezas Mahecha, C. C., Forero Roza, A. E., Reyes Melgarejo, M. C., Santos Escobar, D. A., Serrato Castro, A., y otros. (2012). reflexiones acerca del cuidado y la espiritualidad a partir de una situación de enfermería de la práctica. En G. d. cuidado, *El cuidado de Enfermería y las metas de milenio* (págs. 325-340). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Bueno Robles, L. E. (2011). Aspectos ontológicos y epistemológicos de las visiones de enfermería en el quehacer profesional. *Ciencia y Enfermería*, 37-43.
- Burgos Velasco, J. M. (2008). Persona Versus ser Humano: una análisis del esquema argumentativo básico del debate. *Revista Cuadernos de bioética*, 433-447.
- Carretero, M. (1993). *Constructivismo y educación*. Argentina: Aique.
- Castillo Parra, S., & Medina Montoya, J. (2006). La enseñanza de la Enfermería como una práctica reflexiva. *Revista Florianópolis*, 303-311.
- Cibanal Juan, L., & Arce Sanchez, M. d. (2014). Generalidades sobre la relación de ayuda. En L. Cibanal Juan, *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud* (pág. 149). Barcelona: Elsevier.
- Cibanal, L., & Arce, M. (2009). *La Relación Enfermera - Paciente*. Medellín: Universidad de Antioquia.

- Cibanal, L., & Arce, M. (2009). Los cuidados de enfermería son un arte y una ciencia. En *La relación Enfermera - Paciente* (Segunda ed., pág. 148). Medellín: Universidad de Antioquia.
- Clinica La Estancia. (2014). Obtenido de <http://www.laestancia.com.co/web/filosofia-institucional/nosotros-2>
- Clinica La Estancia, SIAU. (Junio de 2014). Indicadores quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones. Popayán, Cauca, Colombia.
- Coates. (1995). Caring Efficacy Scale. En J. Watson, *Caring Assessment tools* (págs. 167-169).
- De la Cuesta Benjumea, C. (2002). *Tomarse el amor en serio*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Deslauriens, J.-P. (2004). *Investigación cualitativa*. (M. Gomez Mendoza, Trad.) Pereira: Papiro.
- Dietz, G. (2011). Hacia una etnografía doblemente reflexiva: una propuesta desde la antropología de la interculturalidad. *Revista de Antropología Iberoamericana*.
- Do Prado, M., De Souza, M., & Carraro, T. (2008 ). *Investigación cualitativa en enfermería: Contexto y bases contextuales*. Washington DC: organización Panamericana de la Salud OPS.
- Duran de Villalobos, M. (2005). La Ciencia, la ética y el arte de Enfermería a partir del conocimiento personal. *Aquichan*.
- Fawcett, Y., & DeSanto- Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Fragoso Fernandez, E., & Canales Rodriguez, E. (2008). Estrategias educativas para la formación de valores desde la educación informal de la familia. *Investigación arbitrada*, 177-185.
- Gadamer. (1993). *verdad y método*.

- Gadamer, H. G. (2011). *El estado oculto de la salud* (Primera ed.). Barcelona: Gedisa.
- Gobernación del Cauca. (2014). Obtenido de <http://www.cauca.gov.co/nuestro-departament/informacion-general>
- Gomez Ramirez, O. (2010). ¿Se puede dar cuidado de enfermería en la gestión de servicios de salud? En G. d. Cuidado, *Avances en el cuidado de Enfermería* (págs. 493-508). Bogotá: Universidad Nacional.
- Gomez Ramirez, O. J., Daza, L., & Zambrano, V. (2008). Percepción de cuidado en estudiantes de enfermería: caracterización e impacto para la formación y la visión del ejercicio profesional. *Revista Avances de enfermería*.
- González Díaz, I. (2006). Factores estresantes en personal de enfermería de unidad de atención primaria de salud. *MedWave*.
- Gonzalez Juarez, L. (2009). Humanización del cuidado de enfermería. *Revista CONAMED, Suplemento de enfermería*, 40-43.
- Grazziano, E., & Ferraz Bianchi, E. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global*.
- Guber, R. (2001). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Bogotá: Norma.
- Ibañez Alfonso, L. (2013). *Enfermería: Un viaje a través del cuidado de lo humano* (Primera ed.). Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander.
- ICONTEC. (2013). [www.acreditacionensalud.org.co](http://www.acreditacionensalud.org.co). Obtenido de <http://www.acreditacionensalud.org.co/seguridad.php?IdSub=190&IdCat=84>
- International Council of Nurses. (Octubre de 2013). *Nursing Education Network*. Geneva.
- Jaramillo Echeverri, L. G., & Murcia Peña, N. (2008). *Investigación Cualitativa "La complementariedad"*. Armenia: Kinesis.

- Jaramillo Echeverri, L. G., Pinilla, C. A., Duque Hoyos, M. I., & Gonzalez Duque, L. (2004). Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud. *Index de Enfermería*.
- Jimenez, M., Gomez, C., Vasquez, E., & Munar, C. (Enero-Junio de 2005). Contexto de la producción investigativa en Educación en Enfermería en Colombia 1995-2004. *Revista Avances de Enfermería*, XXIII(1).
- Lozano Losada, A. (2013). La importancia de los Hospitales Universitarios. Neiva, Colombia: Universidad Surcolombiana.
- Martinez Bermudez, R. (2014). *Gestión del servicio humanizado en salud*. Bogotá: Ediciones de la U.
- Martinez, R. (2008). Aplicaciones de responsabilidad social universitaria en el contexto de formación en Colombia. *Revista Educación superior y Sociedad*, 163-174.
- Ministerio de Educación Nacional. (28 de Diciembre de 1992). Ley 30 de 1992. Santa Fé de Bogotá D.C., Colombia.
- Ministerio de Educación Nacional. (2014). *Estadísticas Ministerio*. Obtenido de [http://menweb.mineducacion.gov.co/seguimiento/estadisticas/principal.php?seccion=12&id\\_categoria=1&consulta=mat\\_total&nivel=12&dpto=19](http://menweb.mineducacion.gov.co/seguimiento/estadisticas/principal.php?seccion=12&id_categoria=1&consulta=mat_total&nivel=12&dpto=19)
- Ministerio de Protección Social. (5 de Octubre de 2004). Ley 911. *Responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia*. Bogotá DC, Colombia.
- Ministerio de Protección Social. (3 de Octubre de 2007). Ley 1164 de 2007. *Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Protección Social. (1 de Julio de 2010). Decreto 2376 de 2010. *Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento Humano del área de la Salud*. Bogotá, Colombia.

- Misas, G. (2004). *La educacion superior en Colombia Analisis y estrategias para su desarrollo*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Montes Valverde, M., Valvuela Tenorio, M., & Zambrano Bermeo, R. (2014). *La práctica del deber ser en Enfermería*. Cali: Universidad Santiago de Cali.
- Moreno-Fergusson, M. E. (2013). Humanización del cuidado: una meta enraizada en la esencia de enfermería. *Revista Aquichan*, 146-147.
- Muñoz Hernandez, Y., Coral Ibarra, R., Moreno Prieto, D., Pinilla Pinto, D., & Suarez Rodriguez, Y. (2009). Significado del Cuidado Humanizado en egresadas de la facultad de Enfermería. *Revista Repert.med.cir.*, 246-250.
- Murcia Peña, N. (2008). Jovenes Universitarios y Universitarias una condicion de visibilidad aparente en Colombia. *Rev.Latinoam.Cienci.soci.niñez*, 821-852.
- Okuda Benavides, M., & Gómez-Restrepo, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- Oliveri Medina, C. &. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*,, 13(1), 9-15.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2014). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Ovalle, C., Lezport, I., De Zubiría, S., Novoa, E., & Zambrano, C. V. (2007). *Bioética, desarrollo humano y educación*. Bogotá: Universidad del Bosque.
- P. Goetz, J. y. (1998). Características y orígenes de la etnografía educativa. *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- Palmar Santos, A. M. (2014). *Metodos educativos en salud*. Barcelona: Elsevier.
- Pavan Biscon, R., Ferreira, A., & Ferreira, J. (2006). La percepción de cuidar entre los estudiantes y profesionales de enfermería. *Index de enfermería*.



- Perez Andres, C., Almudena Alameda, C., & Albéniz Lizarraga, C. (2002). La formación práctica en Enfermería en la Escuela Universitaria de la comunidad de Madrid. *Esp Salud Publica*, 517-530.
- Pinheiro, R., Burg, R., Koifman, L., & Araujo de Mattos, R. (2009). *Revista Enseñar salud*. Buenos Aires, Argentina: Teseo.
- Pinto Afanador, N. (2012). Aplicar la teoría de Jean Watson en el proceso Caritas para facilitar las transiciones de la vida a vivir con cáncer. En F. d.-G.-U. Colombia, *El cuidado de Enfermería y las metas del Milenio* (Primera ed., págs. 239-252). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Poblete-Troncoso, M., Valenzuela-Suazo, S., & Merino, J. (2012). Validación de dos escalas utilizadas en la medición del cuidado humano transpersonal basadas en la teoría de Jean Watson. (U. d. Sabana, Ed.) *Aquichan*, 8-21.
- Posada Gonzalez, N. (2004). ¿Cuándo un ser humano comienza a ser persona? *Revista Persona y bioética*, 8(21), 24-34.
- Programa de Enfermería Universidad del Cauca. (2008). Proyecto educativo del Programa de Enfermería 2008 - 2012. Popayán.
- Quintero Laverde, M. (s.f.). *Espiritualidad y afecto en el cuidado de Enfermería*. Universidad de la Sabana.
- Reyes Gomez, E. (2015). *Fundamentos de Enfermería*. Mexico D.F.: El manual moderno.
- Rivera Alvarez, L. N., & Triana, A. (2007). Percepción de comportamientos de cuidado Humanizado en Enfermería en la Clínica Country. *Revista Avances de Enfermería*, 56-68.
- Rodriguez, A. (2011). Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. *Enfermería en Costa Rica*, 37-41.

- Ruedas Marrero, M., Rios Cabrera, M., & Nieves, F. (Mayo-Agosto de 2009). Hermeneutica: La roca que rompe el espejo. *Investigacion y postgrado*, 24(2), 181-201.
- Ruedas Marrero, M., Rios, M. M., & Nieves, F. (2009). La hermeneutica, la rueda que rompe el espejo. *Investigacion y postgrado*.
- San Martin Centero, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *REDIE. Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 104-122.
- Santacruz, M. (2006). Etica del cuidado.
- Siles Gonzalez, J., & Solano Ruiz, C. (2007). El origen fenomenologico del "cuidado" y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la Enfermería. (U. d. Alicante, Ed.) *Cultura de los cuidados*.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigacion cualitativa técnicas y procedimientos para desarrollar la teoria fundamentada*. Medellin: Universidad de Antioquia.
- Toro, B. (s.f.). El cuidado, el paradigma ético de la nueva civilización.
- Universidad del Cauca. (2014). Obtenido de <http://www.unicauca.edu.co/versionP/oferta-academica/programas-de-pregrado/enfermeria>
- Urbano Plaza, C., Triana, A., Gomez Ramirez, O., Molano Pirazán, M., & Martinez, O. (2012). Cuidado espiritual: reflexiones del grupo de cuidado. En G. d. Cuidado, *El cuidado de Enfermería y las metas del milenio* (págs. 311-323). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Urra, E., Jana, A., & García, M. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería*, 11-22.

- Vargas Diaz, E. (2015). Experiencia vivida por internas de Enfermería en la construcción del conocimiento del cuidado al niño lactante hospitalizado y su familia. Trujillo Perú.
- Vasquez, M., Gonzalez, T., Ramos, E., & Vargas, G. (2006). Una situación de Enfermería: la empinada cumbre del crecimiento personal y profesional. *Revista de la Facultad Ciencias de la Salud*.
- Velasquez Burgos, B., Remolina de Cleves, N., & Calle, M. (2007). Determinación del perfil de dominancia cerebral o formas de pensamiento de los estudiantes de primer semestre del programa de bacteriología y laboratorio clínico de la Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. *NOVA*, 48-56.
- Waldow, R. (2009). Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. *Revista Aquichan - Universidad de la Sabana*, 9(3), 246-256.
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human Science and Human Care*. United States of America: National League for Nursing.
- Watson, J. (2002). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. New York: Springer Publishing Company.
- Watson, J. (2008). *Nursing The philosophy and Science of Caring*. United States of America: University Press of Colorado.
- Wikipedia. (2015). *Wikipedia*. Obtenido de [https://es.wikipedia.org/wiki/Emic\\_y\\_et](https://es.wikipedia.org/wiki/Emic_y_et)
- Zambrano, L., & Ortiz, G. (2006). Cuidado en la práctica formativa de los estudiantes de Enfermería de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca Popayan 2006. Popayán, Colombia.

## ANEXOS

## ANEXO 1



Popayán, 10 de febrero del 2016

Doctor  
**LUIS GUILLERMO JARAMILLO**  
 Decano  
 Facultad de Educación  
 Universidad del Cauca

Respetado doctor JARAMILLO

*RS*  
 DEGEDU 11FEB'16AN11:05

Es para nuestra institución muy grato remitir a Ud. oficio de agradecimiento por la labor realizada por la Enfermera Especialista YANETH MARCELA MUÑOZ ANGEL, estudiante de la Maestría en Educación y colaboradora de nuestra institución quien desarrollo un labor educativas novedosa, aplicando técnicas y estrategias educativas como aporte al programa de humanización institucional y de seguridad del paciente que viene desarrollando nuestra institución desde el año 2015, dentro del desarrollo de su trabajo de grado titulado : "Significados de humanización del cuidado en estudiantes de Enfermería de prácticas formativas - Facultad Ciencias de La Salud Universidad del Cauca" para aplicar a la Maestría antes mencionada, con el apoyo de estudiantes dentro de las practicas correspondientes a la asignatura de Gestion del Cuidado de IX y X semestre en el periodo comprendido entre el 28 de Abril al 27 de Mayo 2015 y entre 26 de octubre al 27 de noviembre de 2015

Esperamos que la gestión realizada por este grupo de estudiantes a cargo de esta profesional, a través de su trabajo de grado genere impacto a nivel de estrategias que faciliten la adherencia del personal de la salud hacia el cumplimiento de procesos humanizados y seguros de atención al paciente y familia.

Atentamente,

*Maciel Socorro Cabrera T*  
  
**MACIEL SOCORRO CABRERA T**  
 Coordinadora Depto de Calidad  
 Comité de Capacitaciones Institucional  
 Clínica la Estancia

## ANEXO 2



COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION  
CLINICA LA ESTANCIA  
ACTA DE APROBACION No. \_\_\_\_0017\_\_\_\_

PROYECTO: SIGNIFICADOS DE LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERIA DE PRACTIVAS FORMATIVAS, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIVERSIDAD DEL CAUCA, 2014

PRESENTADO POR: MARCELA MUÑOZ.

CODIGO: GCI-17 FECHA EN QUE FUE SOMETIDO: 14 de Octubre de 2014.

La gerencia de Clínica la Estancia, mediante Resolución No 14 de Abril de 2014, ha constituido el Comité de Ética en Investigación (CEI), teniendo en cuenta la normatividad vigente como la Resolución 008430 del 4 de Octubre de 1993 del Ministerio de salud de Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; la declaración de Helsinky de 1964 con última revision en el 2008, en la cual la Asociación Médica Mundial (AMM) la ha promulgado como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

Una vez revisado el proyecto , el Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del proyecto:

Resumen del proyecto   x    
 Formato de Consentimiento Informado   No aplica    
 Instrumento(s) de recolección de la Información   x    
 Cartas de las instituciones participantes (si aplica)   x    
 Hoja de Vida del (los) Investigador(es)   x    
 Resultados de evaluación de otros Comités (si aplica) \_\_\_\_\_

2. Que el proyecto fué evaluado y aprobado por el Comité, teniendo en cuenta las categorías de riesgo del artículo 11 de la Resolución 008430 de Octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

3. Que de acuerdo a lo anterior y teniendo en cuenta la Resolución 008430 del 4 de Octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, Capítulo 1, artículo 11 el presente proyecto se clasifica en:

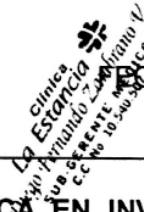
-SIN RIESGO \_\_\_\_\_  
 -RIESGO MINIMO   x    
 -RIESGO MAYOR QUE EL MINIMO \_\_\_\_\_

DI

4. Que se han tomado todas las medidas necesarias para proteger a los sujetos humanos.
5. Que la forma de obtener el consentimiento informado y el contenido del mismo es adecuado.
6. Este proyecto será revisado cada 2 meses para verificar cualquier asunto relacionado con el bienestar y derechos de los sujetos objeto de estudio.
7. El Comité podrá suspender la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño para la salud del sujeto en quien se realice la investigación.
8. El comité informará cualquier anomalía que atente contra la integridad del ser humano, a las instancias institucionales, para tomar las medidas que sean necesarias o cualquier cambio al proyecto que haya sido revisado previamente por el comité.
9. El periodo de aprobación al presente proyecto es por Un (1) año a partir de la fecha de aprobación. Si el proyecto dura mas de un año, al vencimiento del mismo debe solicitar nuevamente la aprobación con los documentos actualizados.
10. El investigador principal deberá informar al Comité de Etica en Investigación:
  - Cualquier cambio o imprevisto que se le realice al proyecto y que implique riesgo para los sujetos
  - Cualquier evento adverso, durante las primeras 24 horas de haberse presentado
  - La terminación repentina del estudio por cualquier motivo
  - Las desiciones tomadas por los otros Comités de ética involucrados en la presente investigación (si aplica)
11. Presentar un informe al final del año de aprobación, lo cual es responsabilidad del investigador principal.

NOMBRE:

*Paulina*



FECHA: 14 de Octubre de 2014

FIRMA:

**PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION CLINICA LA ESTANCIA**

TELEFONO:

## ANEXO 3



Universidad  
del Cauca

Facultad Ciencias de la Salud  
Departamento de Enfermería

8.2.13-52/486  
Popayán, 03 de octubre de 2014

Ingeniero  
Hugo Aldemar Cosme Guarín  
Vicerrector de Investigaciones  
Universidad del Cauca

Asunto: Aval Proyecto de Investigación.

Cordial saludo:

Me permito informar que en reunión de Departamento del 2 de octubre del presente año se dio el aval para que la Docente Yaneth Marcela Muñoz Ángel realice el Proyecto de Investigación "Significados de Humanización del cuidado en Estudiantes de Enfermería de prácticas formativas – Facultad Ciencias de la Salud - Universidad del Cauca 2014".

Trabajo que debe realizar como requisito para optar al título de Magíster en Educación de la Universidad del Cauca.

Atentamente,

Martha Isabel Vivas Chacón  
Jefe de Departamento

Copia: CPT. Hélder Mauricio Chacón Villota – Vicerrectoría de Investigaciones

Proyectó: Martha I. Vivas Ch.  
Ajustes e Impresión: Clara Inés Méndez Saavedra

## ANEXO 4

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN INVESTIGACION

1. **TITULO:** La presente investigación consiste en un estudio académico, donde no se realizaran experimentos, cuyo título es: Significados de humanización del cuidado en Estudiantes de Enfermería de Prácticas Formativas - Facultad Ciencias de la Salud Universidad del Cauca 2014.
2. **JUSTIFICACION:** Este estudio es importante porque aporta a la búsqueda de espacios de reflexión desde la formación de profesionales de Enfermería en torno a la Humanización del cuidado, tema que se constituye en un eje fundamental dentro de los procesos de gestión y calidad en salud.
3. **OBJETIVO:** Su objetivo principal es: Interpretar los significados de humanización del cuidado en Estudiantes de IX semestre del Programa de Enfermería de la Universidad del Cauca durante las prácticas formativas realizadas en una Institución de salud de tercer nivel de atención de la Ciudad de Popayán en el segundo periodo de 2014.
4. **POBLACION:** Se espera que participen 16 estudiantes.
5. **TIEMPO:** El proyecto se realizara durante 1,5 años. Se me ha informado que el tiempo de duración de mi participación en el presente estudio es de 1 año, tiempo en el que mediante diversas técnicas de recolección de la información contestaré unas preguntas relacionadas con Significados de Humanización del cuidado. Se me aplicará las siguientes pruebas Entrevistas, encuestas, observación, grabaciones, imágenes, videos, entre otros que consisten en Indagar y observar conceptos y situaciones relacionadas con Humanización del cuidado. Mi responsabilidad consiste en Realizar mi práctica formativa de Gestión de manera regular, actividad durante la cual se asignarán unos espacios orientados a dar respuesta al tema en mención, adicionalmente en algunos casos se solicitará tiempo adicional para completar o ampliar la información obtenida antes o después de la práctica. Podre solicitar repetición de la instrucción cuantas veces sea necesario para tener claro lo que debo hacer. Se me citará vía telefónica o de manera personal y en caso de no poder asistir a la cita se me asignara una nueva, previo acuerdo. El período durante el cual me pueden citar es 2 días de anticipación. **MOLESTIAS Y RIESGOS:** Certifico que se me ha informado que para la presente investigación no estaré expuesto a ningún riesgo que me pueda causar daño físico, psicológico, social, legal, laboral, religioso, ni de ninguna índole. pues las pruebas que me realizaran no son peligrosas, por el contrario el beneficio es que podre conocer desde el ámbito académico elementos de construcción de la humanización del cuidado.
6. **CONFIDENCIALIDAD:** Se me ha asegurado que la información que entregue a través de este trabajo de investigación cuenta con las garantías de total confidencialidad al no revelar nombres, características o situaciones comprometedoras que posibiliten mi identificación. Se me ha dado seguridad que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se hagan de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial, para lo cual mis datos personales serán codificados con el fin de salvaguardar mi confidencialidad y mi intimidad. La información recolectada en este estudio tendrá una finalidad académica y conoceré los resultados, los cuales serán comunicados y publicados solo de manera grupal.
7. **BENEFICIOS:** Por tanto, el beneficio es colectivo y mi participación no incluye compensación económica y no tendré que acarrear ningún tipo de gasto o costo.
8. **LIBERTAD DE PARTICIPACION:** También se me ha informado que mi participación en la presente investigación es completamente voluntaria y tendré la libertad de retirarme en el momento en que desee.

Por todo lo anterior, acepto participar voluntariamente en la presente investigación para lo cual se firma en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Nota: Se me entrega copia de este documento.

_____ Nombres y Apellidos del participante	_____ Firma y cc del Participante	_____ Dirección Residencia	_____ Teléfonos de contacto
_____ Nombres y Apellidos testigo 1	_____ Firma y cc	_____ Relación con el participante	
_____ Nombres y Apellidos testigo 1	_____ Firma y cc	_____ Relación con el participante	



## ANEXO 5

## ENCUESTA PARA ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Fecha	Nombres y Apellidos		
Edad	Genero	Municipio y Departamento de Procedencia	
¿Actualmente vive en zona rural o urbana?	¿Actualmente vive con su familia?	¿Estudia con recursos propios?	
Si además de estudiar trabaja, registre cuál es su actividad laboral y cuantas horas diarias le dedica.			

Estimado(a) estudiante, su opinión es muy importante dentro de la construcción y fortalecimiento de los procesos educativos de enfermería. A continuación se presentan una serie de aspectos relevantes en este sentido. Toda la información que usted proporcione será estrictamente confidencial y su participación es voluntaria. Responda respecto a cada aspecto la respuesta que mejor represente su opinión.

1. Durante sus prácticas formativas, ¿qué elementos de la bioética aplica en torno al cuidado de enfermería?

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Durante sus prácticas formativas, ¿qué tipo de necesidades identifica como prioritarias en los sujetos de cuidado?

---

---

---

---

---

---

---

---

3. En sus prácticas formativas, ¿qué tipo de necesidades emocionales logra identificar en los sujetos de cuidado y que actividades realiza para dar respuesta a las mismas?

---

---

---

---

---

---

---

---

4. Dentro de sus prácticas formativas, ¿qué tipo de actividades realiza con los pacientes hospitalizados para lograr que su estancia sea más agradable?

---

---

---

---

---

---

---

---

5. ¿Qué elementos considera que hacen parte de la humanización del cuidado?

---

---

---

---

---

---

---

---

**¡Gracias por tu tiempo!**

## ANEXO 6

UNIVERSIDAD DEL CAUCA – MAESTRÍA EN EDUCACIÓN			
“SIGNIFICADOS DE HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE PRÁCTICAS FORMATIVAS – FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD UNIVERSIDAD DEL CAUCA”			
REGISTRO DIARIO DE CAMPO No.			
Título:			
Actividad		Objetivo	
Nombre Observador		Sujeto (s) Observado (s)	
Lugar		Fecha	
Hora Inicial		Hora Final	
Notas de observación			
Notas teoricas			
Notas metodológicas			
Notas personales			

## ANEXO 7

UNIVERSIDAD DEL CAUCA – MAESTRÍA EN EDUCACIÓN “SIGNIFICADOS DE HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE PRÁCTICAS FORMATIVAS – FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD UNIVERSIDAD DEL CAUCA”			
ENTREVISTA NÚMERO 1			
<b>Objetivos:</b>		<b>Preguntas asociadas:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar factores involucrados en la humanización del cuidado durante las prácticas formativas de los estudiantes de Enfermería</li> </ul>		6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar el tipo de aportes realizados por la institución de salud en la construcción del significado de humanización del cuidado</li> </ul>		1, 2, 3, 4, 5	
<b>Fecha:</b>	<b>Hora:</b>	<b>Duración:</b>	
<b>Lugar:</b>	<b>Sujeto Entrevistado:</b>	<b>Entrevistador:</b> Yaneth Marcela Muñoz Ángel	
<ol style="list-style-type: none"> <li>¿Cuál fue su percepción en torno al concepto de humanización del cuidado antes y después de la práctica de educación y gestión del cuidado I en Clínica La Estancia?</li> <li>Durante la práctica, ¿cómo percibió el proceso de humanización por parte de los profesionales de Enfermería de la Institución?</li> <li>Si identificó problemas en el proceso de humanización, ¿qué hizo durante su práctica de gestión para aminorar estas situaciones?</li> <li>Teniendo en cuenta que durante esta práctica, se dedicó un espacio de tiempo importante al tema de humanización, ¿cómo le aportó este espacio en su formación académica?</li> <li>En relación a la humanización del cuidado ¿Qué tipo de aportes recibió de los profesionales de Enfermería durante su práctica?</li> <li>¿Cómo logra articular la gestión del cuidado con el tema de humanización?</li> <li>¿Qué espacios en su formación Universitaria han aportado en la construcción del concepto de humanización del cuidado?</li> <li>Si el cuidado ya es humano, ¿por qué cree que estamos hablando de humanización del cuidado en Enfermería?</li> <li>¿Qué relación existe entre humanización y el tema que tuvo asignado en su proyecto de gestión (calidez, comunicación asertiva, información, política de no dolor o fidelización)?</li> <li>¿Qué factores están involucrados en la humanización del cuidado?</li> <li>¿Cómo logra identificar las necesidades de los pacientes y su familia?</li> <li>¿Qué porcentaje de tiempo de la práctica diaria dedica al cuidado directo del paciente?</li> <li>¿Cómo logra establecer empatía con el paciente?</li> <li>¿Cómo orienta sus acciones de cuidado para aliviar el dolor y el sufrimiento del paciente y su familia?</li> <li>¿Considera que los factores que favorecen la humanización son innatos, se aprenden en la familia o se construyen en la academia?</li> <li>¿Qué valores aprendidos en su familia aplica en la atención de los pacientes?</li> <li>¿Considera que el cuidado humanizado es un desafío en los servicios hospitalarios, como aporta usted al fortalecimiento del mismo?</li> <li>¿Cómo define cuidado?</li> <li>¿Cómo define humanización del cuidado?</li> <li>¿Existe diferencia entre cuidado y humanización del cuidado?</li> <li>Dentro de su práctica, describa un caso que por sus particularidades considera representativo de la humanización del cuidado</li> <li>Desde la academia ¿qué aspectos considera deben fortalecerse en torno al tema de la humanización del cuidado?</li> </ol>			

## ANEXO 8

ESCALA NUMERO 1							
Nombre:		Fecha:					
Respecto a la relacion que usted establece con los sujetos de cuidado, frente a cada item califique con una equis (X) la opción que considera más acorde a su <u>experiencia personal</u> .							
	ITEM	1	2	3	4	5	6
1	No siento confianza en mis habilidades para expresar un sentido de cuidado.						
2	Si no me estoy relacionando bien con un sujeto de cuidado trato de analizar qué puedo hacer para llegar a él/ella.						
3	Me siento cómodo al "tocar" a mis sujetos de cuidado cuando proporciono cuidado.						
4	Transmito un sentido de fortaleza personal a mis sujetos de cuidado.						
5	Mis sujetos de cuidado pueden hablarme de casi cualquier cosa y yo no me sentiré afectado.						
6	Tengo habilidades para introducir un sentido de normalidad en condiciones estresantes.						
7	Es fácil para mí considerar las múltiples facetas del cuidado, al mismo tiempo que escucho a mis sujeto de cuidado.						
8	Tengo dificultades para dejar de lado mis creencias y prejuicios para escuchar y aceptar al sujeto de cuidado como persona.						
9	Puedo caminar en una habitación con aspecto de serenidad y energía que haga sentir mejor a los sujetos de cuidado.						
10	Soy capaz de sintonizar con un sujeto de cuidado en particular y olvidar mis preocupaciones personales.						
11	Usualmente puedo establecer alguna forma de relacionarme con la mayoría de los sujetos de cuidado.						
12	Carezco de confianza en mi habilidad para hablar con los sujetos de cuidado cuyos orígenes son diferentes al mío.						
13	Siento que si tengo una conversación muy personal con mis sujetos de cuidado las cosas pueden perder el control.						
14	Uso lo que aprendo de mis conversaciones con los sujetos de cuidado para suministrar un cuidado más individualizado.						
15	No me siento con la fortaleza suficiente para escuchar los temores y las preocupaciones de mis sujetos de cuidado.						
16	Aun cuando siento confianza en mí mismo respecto a la mayor parte de las cosas, todavía soy incapaz de relacionarme con los sujetos de cuidado						
17	Creo tener problemas para relacionarme con mis sujetos de cuidado.						
18	Usualmente puedo establecer una relación estrecha con mis sujetos de cuidado.						
19	Usualmente logro agradecerles a mis sujetos de cuidado.						
20	A menudo encuentro difícil transmitir mi punto de vista a los sujetos de cuidado cuando lo necesito.						
21	Cuando trato de resolver un conflicto con sujetos de cuidado, habitualmente lo hago peor.						
22	Si pienso que un sujeto de cuidado está incómodo o puede necesitar ayuda, me acerco a esa persona.						
23	Si encuentro difícil el relacionarme con un sujeto de cuidado, dejo de trabajar con esa persona.						
24	A menudo encuentro difícil relacionarme con sujetos de cuidado de culturas diferentes a la mía.						
25	He ayudado a muchos sujetos de cuidado a través de mi habilidad para desarrollar relaciones cercanas y significativas.						
26	A menudo encuentro difícil expresar empatía con los sujetos de cuidado.						
27	A menudo me siento agobiado por la naturaleza de los problemas que los sujetos de cuidado están viviendo.						
28	Cuando un sujeto de cuidado está teniendo dificultades para comunicarse conmigo, soy capaz de adaptarme a su nivel						
29	Aún cuando realmente trato, con sujetos de cuidado difíciles no puedo terminar los cuidados.						
30	No uso formas creativas o poco usuales para expresar cuidado a mis pacientes						

Fuente: Caríng Efficacy Scale

## ANEXO 9

SIGNIFICADOS DE HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DE PRÁCTICAS FORMATIVAS - FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD UNIVERSIDAD DEL CAUCA.

## TEST NUMERO 1

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

De las siguientes opciones de respuesta marque con una equis (X) la que considere más afín a usted.

1. Cuando estudio o hago los deberes...
  - a) Necesito que haya alguien cerca de mí como mi madre, mi padre, un compañero o compañera... a menudo les hago preguntas o les pido ayuda.
  - b) Trabajo siempre en el mismo sitio y a la misma hora si puede ser, no me gustan las improvisaciones y hago todo lo que me mandan.
  - c) Hago los deberes y aprendo las lecciones de forma relajada, no suelo estresarme.
  - d) Trabajo solo y bastante deprisa, sé exactamente cómo hacer lo que me han asignado; me concentro y no dejo que nada me distraiga antes de terminar.
2. Con los profesores...
  - a) Prefiero a los profesores que conocen bien su materia y hacen sus clases muy intensas.
  - b) Trabajo mejor con los profesores que me resultan simpáticos.
  - c) Prefiero a los profesores que saben llevar su clase, incluso si me intimidan y me dan miedo.
  - d) Me gustan los profesores fantasiosos e inventivos, los que hacen que la clase sea algo fuera de lo común.
3. En cuanto al temario o programa de una asignatura...
  - a) Siempre me ha gustado saber que terminamos el programa. Es importante para estar en buenas condiciones al comenzar el curso siguiente.
  - b) Prefiero a los profesores que dan por escrito el plan detallado del curso. De este modo puedo planificarme correctamente y saber hacia dónde voy.
  - c) No me gustan los profesores que rechazan una discusión interesante para poder terminar la lección. Creo que es necesario saber dar a las clases un ambiente relajado.
  - d) Me gustan mucho los profesores que actúan como si no hubiese programa, hablan de temas apasionantes y se detienen en ellos mucho tiempo.
4. En cuanto al funcionamiento interno de la escuela...
  - a) Me gustaría que no hubiera profesores, porque en la escuela me gusta hablar y relacionarme con mis compañeros, pero hay que estar callado y trabajar.
  - b) No me gustan nada las normas, hay que obedecer a los timbres o a la campana, llegar a una hora, hacer deberes, estudiar...
  - c) Creo que la escuela es importante, aunque a veces tenga deberes o tareas que no me agradan, las hago. Por eso no me gusta que los profesores se ausenten o que sean incapaces de hacer callar a los que nos impiden trabajar.
  - d) Me gusta la escuela y creo que es útil para llegar a ser algo en la vida. Lamento que no todos los profesores sean capaces de hacernos progresar con suficiente rapidez.
5. Cuando tengo un examen...
  - a) Cuando sé que va a haber un examen preparo bien mi material, hojas, estuche, etc. Me preocupó principalmente de presentar bien mi trabajo, pues sé que los profesores le dan mucha importancia.
  - b) A veces tengo malas notas en los exámenes, porque leo muy deprisa el enunciado, me salgo del tema o no aplico el método adecuado. Soy distraído e independiente.
  - c) Estudio los temas a fondo. Cuando hago el examen analizo bien en primer lugar el enunciado y hago un plan claro y lógico.
  - d) No me gusta encontrarme solo ante mi hoja. Me cuesta trabajo concentrarme, si puedo intento atraer al profesor, le pregunto cosas, miro a mis compañeros y les pido que me digan la respuesta.
6. Si tenemos que hacer un trabajo en grupo...
  - a) No me gusta el trabajo en grupo, hay que seguir las instrucciones y respetar las opiniones de los compañeros. Muchas veces no consigo hacer valer mis ideas, tengo que seguir la ley del grupo.
  - b) El trabajo en grupo casi nunca es eficaz, siempre hay compañeros que se aprovechan de él para no hacer nada o hablar de otra cosa... no se puede trabajar seriamente.
  - c) Disfruto realizando trabajos en grupo, hablo con mis compañeros, podemos discutir, divertirnos...
  - d) El trabajo en grupo es eficaz si está bien planeado, pero es necesario que las instrucciones sean muy claras y que el profesor imponga unas normas claras.
7. Sobre la escuela piensas que es...
  - a) Práctica, nos enseña a vivir en sociedad, a comunicarnos y a trabajar en grupo. Es útil para adaptarse a la vida.

- a) Indispensable para triunfar y adquirir conocimientos esenciales para ejercer una profesión.
  - b) Necesaria porque se aprenden métodos y reglas que después son útiles para organizarse en la vida.
  - c) Se encuentran ideas y pistas para soñar e imaginar. Esto da ganas de saber más, de leer e investigar, de viajar... aunque no de trabajar para tener una profesión.
1. Para aprender idiomas...
    - a. No me cuesta aprender el vocabulario de memoria, pero mis resultados son medianos porque me cuesta trabajo construir frases y no tengo buen acento.
    - b. Soy bastante bueno para los idiomas, me gusta hablar e intercambiar opiniones. Por escrito soy menos bueno.
    - c. Retengo con facilidad las expresiones típicas y tengo bastante buen acento. Cuando no encuentro la palabra exacta me las arreglo para salir del paso.
    - d. Conozco las reglas gramaticales y soy bueno cuando escribo, pero tengo menos facilidad de expresarme al hablar.
  2. Mis materias de estudio preferidas son...
    - a) No tengo materias preferidas, me gusta todo lo que permite imaginar o crear. Me intereso por la lección cuando trata de algo nuevo o poco habitual.
    - b) Matemáticas, física o informática.
    - c) La historia es una de mis materias preferidas, me gusta también la biología.
    - d) Las de lengua e idiomas, también sociales.
  3. En cuanto a la lectura...
    - a) No me gusta leer y por eso no leo casi nunca, salvo los libros que me aconsejan o imponen los profesores.
    - b) Me gusta mucho leer, leo incluso las introducciones y las notas al pie de página. No me gusta dejar un libro cuando he comenzado a leerlo y lo termino siempre, incluso cuando me parece aburrido.
    - c) Leo muchas novelas, me gustan las historias emocionantes y que me hacen soñar. No me importa que me aconsejen libros, los busco y los prefiero a los otros.
    - d) Prefiero leer relatos de aventuras o de ficción, cuanto más extraordinarias son las historias, más me gustan.
  4. Sobre las preguntas orales...
    - a) Me da miedo que me hagan este tipo de preguntas, me cuesta trabajo concentrar mis ideas cuando me mira todo el mundo.
    - b) Me gusta que me pregunten cuando puedo elegir el momento levantando la mano, a veces soy capaz de encontrar fácilmente la solución de problemas complicados pero no veo la solución de otros más sencillos.
    - c) Estoy a gusto cuando realizo estas pruebas, pero no me gustan los profesores que califican las preguntas orales, porque los que más saben "chivan" a los que saben menos y así todo resulta falso.
    - d) Cuando he de hablar delante de todos me las arreglo para que los demás se rían, y provocar así la benevolencia del profesor. Pero esto no resulta siempre y no consigo disimular durante mucho tiempo mis dificultades.
  5. En cuanto a las calificaciones o notas...
    - a) Cuando he realizado un examen, trato de saber mi nota lo antes posible. Le pregunto al profesor si lo he hecho bien y qué nota he tenido, y si puedo, le pido que me ponga un poco más.
    - b) Le doy mucha importancia a las notas, si tengo la ocasión, pregunto por el criterio que se va a aplicar antes de comenzar mis exámenes. Guardo mis notas ordenadamente.
    - c) No guardo o apunto mis notas, conozco más o menos mi nivel y cuando lo necesito pido mis notas a los profesores para sacar el promedio.
    - d) Guardo todos mis exámenes calificados, además compruebo los resultados y promedios porque he observado que muchos profesores se olvidan de los medios puntos y los cuartos de punto.
  6. Se me da mejor...
    - a) Manejar aspectos creativos.
    - b) Manejar relaciones interpersonales.
    - c) Resolver problemas lógicos.
    - d) Manejar aspectos financieros.
  7. Las profesiones o estudios que más me atraen son...
    - a) Económicas, empresariales, administración de empresas.
    - b) Periodismo, psicología, pedagogía.
    - c) Ingeniería, matemáticas, física, química.
    - d) Arquitectura, música, bellas artes.

