



UNIVERSIDAD NACIONAL

“PEDRO RUIZ GALLO”

ESCUELA DE POSGRADO



DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD

LA VIOLENCIA A PERSONAS EN UN HOSPITAL DE CHICLAYO.

PROPUESTA PARA REDUCIRLA COMO ELEMENTO DEL

CUIDADO EN SALUD. CHICLAYO 2014.

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN

CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORA

Mg. Enf. OLVIDO IDALIA BARRUETO MIREZ

ASESOR

Dr. NESTOR RODRÍGUEZ ALAYO

LAMBAYEQUE - PERÚ

2016

**LA VIOLENCIA A PERSONAS EN UN HOSPITAL DE CHICLAYO.
PROPUESTA PARA REDUCIRLA COMO ELEMENTO DEL
CUIDADO EN SALUD. CHICLAYO 2014.**

PRESENTADO POR:

Mg. Enf. OLVIDO IDALIA BARRUETO MIREZ
AUTORA

Dr. NESTOR RODRÍGUEZ ALAYO
ASESOR

**LA VIOLENCIA A PERSONAS EN UN HOSPITAL DE CHICLAYO.
PROPUESTA PARA REDUCIRLA COMO ELEMENTO DEL
CUIDADO EN SALUD. CHICLAYO 2014.**

APROBADO POR:

Dr. Lucía Aranda Moreno
Presidente

Dra. María Pezo Silva
Secretaria

Dra. Yvonne Sebastiani Elías
Vocal

DEDICATORIA

La convicción de que la violencia es el atentado más grave que se hace a las personas en situaciones desventajosas como es el estar enfermo, lleno mi inquietud de realizar un trabajo que evidencie esta falta de humanismo, solidaridad y amor entre seres humanos. Es por ello que corresponde dedicar el presente trabajo a las personas que tras sufrir por un proceso de enfermedad no encuentran la respuesta esperada, en vez de ello: la indiferencia, marginación, indolencia y poco o nulo amor a su sufrimiento.

La Autora

AGRADECIMIENTOS

Es esta una gran oportunidad para agradecer, en primer lugar a Dios que como en ninguna otra ocasión puedo decir públicamente gracias por la vida por la oportunidad de expresarme y cumplir con decoro mi viaje por la vida, él y yo sabemos que sobran motivos para este GRACIAS.

A mi familia: Valeriano, Katia y Ricardo, por enseñarme a vivir por tolerar mis grandes ausencias, por su compañía espiritual llena de amor, GRACIAS, porque con ustedes mi vida es afortunada.

A mi amiga, compañera incondicional y maestra incomparable: Lucia Aranda Moreno GRACIAS.

A toda mi familia que siempre están conmigo y por supuesto mis amigas con quienes disfruto, discuto y nos queremos: GRACIAS.

Y aquí estoy esperando que la vida continúe.....

La Autora

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT.....	viii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	ix
1.1. Realidad Problemática	10
1.2. Planteamiento del Problema	12
1.3. Formulación del Problema	14
1.4. Justificación E Importancia:	14
1.5. Objetivos:	15
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO.....	16
2.1. Diseño de Contrastación de la Hipótesis	17
2.2. Población Y Muestra	19
2.3. Materiales, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	20
2.4. Métodos y Procedimientos para la Recolección de Datos:	21
2.5. Análisis de los Resultados	21
2.6. Aspectos Éticos de la Investigación	22
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	25
3.1. En Relación al primer objetivo:	33
3.2. Violencia Percibida por las Personas por Grupos Etnicos	36
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	76

RESUMEN

El presente trabajo fue un estudio de tipo descriptivo, propositivo porque permitió caracterizar la realidad tal como se presentó y en base a ello se hizo la propuesta del programa para disminuir la violencia y buscar un cuidado humanizado.

Por tratarse de un estudio cuali cuantitativo de carácter descriptivo, se trabajó sólo con hipótesis de trabajo. El diseño del estudio tuvo tres momentos: acercamiento empírico, con el objetivo de cualificar los tipos de la violencia institucional; en el segundo momento, se trata de dar un salto cuantitativo de lo concreto sensible a la abstracción, es el momento creativo de la investigación, que le brinda la originalidad al trabajo a partir de la sistematización de la información obtenida; y para enriquecer el trabajo se utiliza el enfoque dialéctico que le confiere el atributo de la realidad y no del pensamiento.

Los objetivos fueron caracterizar los tipos de violencia institucional, analizar y comprenderlos, identificar los factores prevalentes para formular un programa de antiviolencia como propuesta. Se estableció una muestra de 385 personas empleando la fórmula de población desconocida, y para la parte cualitativa cuando se repitieron los discursos los cuales ocurrieron después de 10 entrevistas.

Los resultados cuantitativos coincidieron que todas las personas encuestadas que existe violencia institucional en el hospital del estudio, oscilando entre violencia leve, moderada, grave y muy grave, siendo la moderada la que tuvo mayor porcentaje en todas los casos.

Se obtuvieron 6 categorías: Sufriendo la violencia no verbal, sufriendo la violencia No verbal, Emergiendo el miedo por el maltrato, sufriendo las incomodidades de la hospitalización, recibiendo un buen trato y recibiendo respeto por parte del personal administrativo.

PALABRAS CLAVE: Violencia, hospital, cuidado y salud.

ABSTRACT

The present study was a descriptive study, proposed because it allowed to characterize the reality as presented and based on the project was made the proposal of the program to reduce violence and seek a humanized care.

Being a quantitative qualitative study of descriptive character, we worked only with working hypotheses. The study design had three moments: the empirical approach, with the aim of qualifying the types of institutional violence; In the second moment, it is a matter of taking a quantitative leap of the concrete that is sensitive to abstraction; it is the creative moment of research, which is given by originality to the work from the systematization of the information obtained; And to enrich the work uses the dialectical approach that confers the attribute of reality and not of thought.

The objectives were to characterize the types of institutional violence, to analyze and understand them, and to identify the prevalent factors for formulating an antiviolence program as a proposal. A sample of 385 people was established using the formula of the unknown population, and for the qualitative part when the speeches were repeated which occurred after 10 interviews.

The quantitative results were that all persons interviewed had institutional violence in the study hospital, ranging from mild, moderate, severe and very severe violence, with moderate violence having the highest percentage in all causes.

6 categories were obtained: Suffering from non-verbal violence, suffering non-verbal violence, fear of abuse arising, suffering from the inconvenience of hospitalization, receiving good treatment and receiving respect from the administrative staff.

KEYWORDS: Violence, hospital, care and health.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

La violencia en sus distintas manifestaciones, se ha convertido en una preocupación mundial por los efectos perniciosos contra las personas, es un fenómeno que se da en todos los niveles y en todos los sectores de la sociedad.

La violencia es una acción ejercida por una o varias personas en donde se somete de manera intencional al maltrato, presión, sufrimiento, manipulación, otra acción u omisión que atente contra la integridad tanto físico como psicológica y moral de cualquier persona o grupo de personas"¹. La violencia al causar daño, se convierte en una trasgresión a los derechos fundamentales del ser humano, es una conducta antisocial que trastoca los cimientos de la buena convivencia.

Diego Palma (1998, p.25) señala que "la violencia es la presión psíquica o abuso de la fuerza ejercida contra una persona con el propósito de obtener fines contra la voluntad de la víctima".

En nuestro medio generalmente estamos acostumbrados a escuchar, hablar de la violencia doméstica o de la violencia familiar; sin embargo, éste fenómeno es menos escudriñado en las instituciones, esta violencia es a la que menos se le presta atención porque en las instituciones se crea un "pacto" de silencio frente al maltrato contra las personas, producto de la pérdida de valores que existe en nuestra sociedad, lo que se denomina como anomia; sin

aparentes responsabilidades individuales, esta es la violencia institucional y la situación es preocupante cuando la violencia se da en una institución de salud, donde aparentemente no pudiese existir esta problemática.

En un hospital, el paciente/usuario se presenta susceptible a todos los estímulos y relaciones que surgen en el contexto hospitalario, en una atención que se reconoce como despersonalizada y falta de privacidad, lo que puede convertirle en una potencial víctima de actos violentos. Por la importancia que reviste otorgar una atención en salud basada en el respeto y la dignidad hacia los usuarios.

Al respecto, Manuel Díaz Aledo (1999, p.32), consultor de DyalQualite especialista en clima laboral de una empresa, mencionó que la actitud de los directivos, actitudes del personal de la empresa en afán de conseguir altos niveles de competencia para obtener producto final, vulneran los derechos más elementales de la persona. Este tipo de clima organizacional, no sólo afecta a los trabajadores de las instituciones sino también a los clientes de la misma, socavando la sostenibilidad de la empresa.

Pensar que exista violencia en las instituciones prestadoras de servicio comunitario, como la de salud, es casi pensar en un fenómeno que raya con lo imposible. Sin embargo, por las observaciones realizadas como profesional de la salud y las vivencias como paciente, se ha podido percibir este tipo de violencia soterrada, no explícita, pero que se ajusta atinadamente a ese concepto.

Algunas manifestaciones de esta violencia no sólo molestan a los usuarios, sino que además dificultan establecer un puente adecuado entre sistemas de salud y sociedad.

El análisis de la experiencia laboral de la investigadora en las instituciones de salud¹ y la observación cotidiana de la atención a los usuarios permiten los siguientes presupuestos de la violencia institucional:

- La violencia es un fenómeno real en las instituciones prestadoras de salud.
- La violencia que sufren los usuarios externos e internos están determinados por el contexto económico, político, social y cultural.
- La violencia institucional está basada en la relación de poder.
- Los usuarios externos sufren la violencia institucional sin protestar porque consideran el servicio de salud no como derecho sino como una dadiva.
- Los usuarios internos sufren la violencia institucional pasivamente por la inestabilidad laboral, el fenómeno de desocupación y subocupación.

1.2. Planteamiento del Problema

Algunas expresiones de violencia institucional en las instituciones de salud se percibe por ejemplo: al conseguir una cita de atención, muchas veces se convierte en una odisea, pues se pasa por muchas dificultades que a veces se termina dejando de ser atendidas, otro aspecto que observamos es el

1 30 años de experiencia laboral en ES Salud

tiempo, los gestos y el lenguaje comunicacional que los miembros del equipo de salud emplean para atender al paciente, sin el debido respeto, sin el cuidado de darle las explicaciones mínimas y suficientes, o en el peor de los casos no atenderlos y llamarles la atención, en fin un trato o tipo de relación que se ha institucionalizado; además hay situaciones en la que los usuarios podrían considerarse víctimas potenciales de diferentes tipos de manifestaciones violentas, que van desde no tratarlo por su nombre o no cumplir con las expectativas de la atención prestada, merece atención por la vulnerabilidad que éstos presentan y las características de su condición y por la importancia que reviste otorgar una buena atención de salud

Frente a la situación mencionada cabe preguntarse: la situación de violencia continúa en pleno siglo XXI y específicamente en hospitales de Es Salud?, son conscientes de las formas de violencia que hay en el hospital?.

El cuerpo jerárquico conoce la violencia que hay en su representada?, Las normas y reglamentos que existen en la institución favorecen la violencia; el personal que labora conoce la temática de violencia? son conscientes que a veces el no responder una pregunta, el dejar con la palabra a estas personas cuya salud está quebrantada, sin informarles lo solicitado es una forma de violencia?, tal vez en forma no intencional; así como estas preguntas surgen muchas otras con respecto a los clientes como por ejemplo saben que están siendo víctimas de violencia?; por tanto, surge la presente interrogante de investigación.

1.3. Formulación del Problema

¿Cuáles son los tipos de violencia que sufren las personas en un hospital de Chiclayo Junio 2014?

¿Cómo reducir la violencia como elemento del cuidado en salud?

1.4. Justificación E Importancia:

Considerando que la violencia a nivel mundial y nacional constituye un fenómeno social que ya es considerado como un problema de Salud Pública, constituye un atentado contra los derechos de la persona y en un atentado contra la vida y la condición de ser humano, que muchas veces no es tomado en cuenta por el personal de salud, menos por los directivos y pasa por desapercibido; por ello se justifica el presente estudio ya que pretende develar el fenómeno de la violencia que desde la óptica de los pacientes pudiera encontrarse en un ambiente hospitalario de salud.

Los resultados podrán contribuir al mejoramiento de la atención y cuidado que se les debe brindar sin vulnerar sus derechos sobre todo por la dignidad que posee toda persona; así mismo, Los resultados de la presente investigación proveerán información cuantitativa y cualitativa validada y confiable, de tal manera que se convierta en el vehículo para incrementar el conocimiento y comprensión del problema en un ambiente hospitalario.

Lo más importante, es que servirá para sensibilizar a los trabajadores al ejecutar el programa que se pone a disposición como aporte de la presente

tesis; así mismo, permitirá plantear estrategias a quienes dirigen las instituciones para solucionar los problemas que se presentan en la institución investigada, pero que además podrían extrapolarse a otras que tengan las mismas o semejantes características.

Además, la investigación permitirá poner a juicio de la comunidad científica, un abordaje a los problemas de Salud Pública con una mirada científica.

1.5. Objetivos:

- * Caracterizar los tipos de violencia que recibe las personas en el hospital en estudio.
- * Analizar y comprender los tipos de violencia en los sujetos en estudio.
- * Identificar los factores prevalentes en el ejercicio de la violencia institucional contra las personas del Hospital en estudio.
- * Formular un programa antiviolencia útil para el Hospital en estudio

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1. Diseño de Contrastación de la Hipótesis

Por tratarse de un estudio cuanti cualitativo de carácter descriptivo se trabaja solo con hipótesis de trabajo.

El diseño de estudio será de la siguiente manera:

MOMENTO I:

Acercamiento empírico:

Su objetivo fue cuantificar los tipos de la violencia institucional e identificar las formas o modalidades de esta. Además, permitirá identificar los factores que aparecen con más prevalencia en la violencia institucional.

El presente trabajo fue un estudio de tipo descriptivo, propositivo porque permite caracterizar la realidad tal como se presenta y en base a ello se hace la propuesta del programa para disminuir la violencia y buscar un cuidado humanizado; los resultados fueron enriquecidos al aplicar el enfoque dialéctico.

MOMENTO II

En este momento, se trata de dar un salto cualitativo, desde lo concreto sensible que se genera vía el conocimiento empírico generados por las dos formas de acercamiento a la realidad, al plano de la abstracción a partir de la sistematización de esa información que se dan según las concepciones teóricas que se desarrollan, de modo que permiten identificar y priorizar elementos,

procesos y relaciones existentes en el fenómeno de la violencia institucional. Es el momento creativo de la investigación, lo que le brinda la originalidad al trabajo de investigación; el mismo que fue enriquecido con el enfoque dialéctico.

En el enfoque dialéctico, un primer aspecto a ser caracterizado en esta comprensión de método es que la “dialéctica” es un atributo de la realidad y no del pensamiento. Como señala Kosik “la dialéctica trata de la cosa en Si “. Mas la cosa en si” no se manifiesta inmediatamente al hombre. Para llegar a su comprensión es necesario hacer no solamente un cierto esfuerzo.

Por su parte Löwy (1996) nos dice que la dialéctica tiene como hipótesis fundamental que: ***“No existe nada eterno, nada absoluto, no existen ideas, principios, categorías, entidades absolutas, establecidas de una vez por todas. Todo lo que existe en la vida humana y social está en perpetua transformación, todo es perecible, todo está sujeto al flujo de la historia”.***

Este mismo autor, nos recuerda los principios de la dialéctica:

La historicidad: aplicada en el terreno social, es todo lo que está sujeto al flujo de la historia, esto es, una afirmación de todas las instituciones, estructuras, leyes y formas de vida social.

La totalidad: que no significa un estudio de la totalidad de la realidad, lo que sería imposible, toda vez que la totalidad de la realidad es siempre infinita, inagotable; significa la percepción de la realidad social como un todo orgánico,

estructurado, en el cual no se puede entender un elemento, un aspecto o una dimensión sin perder su relación con el conjunto.

La contradicción: en un análisis dialéctico, es siempre un análisis de las contradicciones internas de la realidad. Al respecto Gadotti (1997) afirma: ***“La transformación de las cosas solamente es posible porque en su propio interior coexisten fuerzas tendiendo simultáneamente la unidad y la oposición... La contradicción es la esencia o la ley fundamental de la dialéctica... En cada proceso de desarrollo de un fenómeno o cosa existe siempre una contradicción que es principal, cuya existencia determina la existencia de otra”***

El autor mencionado, nos dice que el método dialéctico no puede ser reducido a fórmulas o esquemas; porque puede generar expectativas que no corresponden a lo que él es realmente. Al presentar lo que puede ser llamado de “reglas prácticas del método dialéctico” representa siempre un riesgo de simplificación.

2.2. Población Y Muestra

La Población estuvo conformada por los pacientes hombres y mujeres que acuden al hospital. Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula para una población desconocida y es la siguiente:

$$n = \frac{Z(p.q)}{H}$$

$$n = \frac{(1.96) (0.5 \times 0.56)}{(0.05)}$$

$$n = 384.16 = \mathbf{385}$$

La muestra para los datos cuantitativos fue de 385 personas garantizando la adecuación representatividad. El método de selección de la muestra fue obtenida al azar.

Para los datos cualitativos se consideró la saturación y redundancia.

Caracterización de los sujetos de estudio: Los sujetos de la muestra del presente estudio fueron los pacientes hombres y mujeres que asistieron a recibir atenciones diversas para los problemas de salud que presentaron; son trabajadores o cesantes que cuentan con el seguro social hoy denominado Essalud, procedentes del departamento de Lambayeque o referidos de la Región Nororiental.

2.3. Materiales, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Se utilizó la técnica de Gabinete para el trabajo de escritorio que va desde el proyecto hasta el tratamiento de resultados y elaboración del informe. Luego, el trabajo de campo para la recolección de la información.

Los materiales son de escritorio: computador, papel, tinta, lapiceros.

2.4. Métodos y Procedimientos para la Recolección de Datos:

El instrumento para recopilar la información será la entrevista abierta a profundidad y una encuesta estructurada, validado por juicio de expertos.

Para la aplicación del instrumento se aplicó el COEFICIENTE alfa de Cronbach, para la fiabilidad de la escala de puntuación usada en la encuesta, cuyo resultado es de 0.7 valor que se considera suficiente para garantizar la fiabilidad. En conclusión los resultados de la encuesta son confiables estadísticamente.

Así mismo, la medición de la violencia a través de la encuesta utiliza cuatro categorías para su valoración:

Violencia Leve de 0 a 16 puntos

Violencia Moderada de 17 a 33 puntos

Violencia Grave de 34 a 50 puntos

Violencia Muy Grave de 51 a 68 puntos

2.5. Análisis de los Resultados

Por ser datos cuantitativos se realizó mediante proporciones y para los datos cualitativos el tratamiento se hizo por análisis temático.

2.6. Aspectos Éticos de la Investigación

Durante el desarrollo de la investigación se tuvieron en cuenta los principios éticos que postula el informe **Belmont**.

➤ Principio de Beneficencia. –

Por encima de todo “No dañar” al investigado.

En el presente estudio se recabó información a través de una entrevista para lo cual se tuvo una especial consideración en la formulación de las preguntas, asegurándole al sujeto que la información que brindó no será utilizada en su contra.

➤ Principio de respeto a la dignidad humana.

Autodeterminación: Las personas que acudieron a los servicios del hospital a ser susmconsultas, decidieron por voluntad propia participar en el presente estudio.

➤ Conocimiento irrestricto de la información:

A las entrevistadas, se les explicó en forma sencilla, clara, y detenida la naturaleza de la investigación, objetivos, así como el procedimiento que se emplea para obtener la información y los derechos que gozan; así mismo, se brindó en todo momento un trato amable y respetuoso.

➤ Principio de justicia

Incluye el derecho del sujeto a un trato justo y a preservar su intimidad. La información fue mantenida en la más estricta reserva, lo cual pudo lograr a través del anonimato, de modo tal que ni siquiera las investigadoras pudiesen relacionarlo con la información que aporten.

Los principios éticos que guiaron este trabajo se basan en que para llevar a cabo una investigación científica en cualquier disciplina es de vital importancia garantizar un proceso ético y es imprescindible proteger los derechos humanos de las personas que participan en el estudio.

En el **rigor de la investigación** está basado en los siguientes principios:

- **Confidencialidad:** Los secretos expuestos por los participantes en la investigación no se harán público.
- **Credibilidad:** La confianza de la información que se obtuvo durante la entrevista se apega a la verdad.
- **Confiabilidad:** Se transmitió la objetividad – neutralidad de la información recolectada dejando de lado los prejuicios de las investigadoras.
- **Adecuación y ajuste:** La representatividad de los datos respecto a las enfermeras dentro de su contexto, no se refiere a las personas sino a lo que representan.
- **Audibilidad:** El presente estudio representa el inicio de toda una trayectoria que pueden seguir otros investigadores a partir de las decisiones que se tomarán en el mismo; así mismo, de acuerdo con Demo (2008), se tuvo en cuenta los principios de científicidad interna:

- **LA COHERENCIA O LÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN;** es decir la falta de contradicción.

- **CONSISTENCIA:** Admite connotación histórica y es la Capacidad de Resistir argumentaciones contrarias.

- **ORIGINALIDAD:** Creativa

- **OBJETIVACIÓN:** Capacidad de descubrir la realidad social tal como ella es.

Como técnicas de recolección de datos fueron utilizadas: La entrevista individual abierta a profundidad; el análisis documental y una encuesta estructurada.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La violencia, natural o humana, ha presidido permanentemente la vida del planeta, y nunca hemos podido dominarla. Sin embargo, el hombre siempre ha pensado en la paz y trabaja para conseguir descanso que le permita gozar de la vida, pero en la realidad, se ve obligado a dialogar con fuerzas y poderes violentos que tensan su voluntad obligándole a responder con violencia a los desafíos de la vida. No obstante, siempre deseó un mundo apacible, y en los períodos más violentos de su historia imaginó paraísos en donde la violencia no tenía lugar, creando fabulosos reinos de paz y bienaventuranza.

En realidad, el hombre nunca dejó de observar la violencia, aún cuando no encontrara una respuesta satisfactoria. Inventó divinidades y rostros caprichosos de la violencia con el respaldo de las religiones, creencias y culturas. Por eso, desde los principios de la vida civilizada, los hombres no sólo se conformaron con describirla con monumentos literarios, arquitectónicos y estatuarios, sino que la sometieron a un estudio cada vez más profundo, puesto que hasta a la experiencia humana, le resulta difícil abarcar la violencia en toda su dimensión, y mucho más encontrar alguna solución para dominarla absolutamente.

La violencia, desde un criterio relativista, se podría definir violencia como toda intención, acción u omisión mediante la cual intentamos imponer nuestra voluntad sobre otros, generando daños de tipo físico, psicológico, moral o de otro tipo; de manera intencional o casual. En cuanto a definir violencia encontramos algunos

vocablos que mencionar como: violencia doméstica, violencia de género; por lo que se podría afirmar que existen diversos tipos de violencia:

Violencia física: Es el atentado contra la integridad física realizado por una persona superior a otra más débil. Se caracteriza por lastimar cualquier parte del cuerpo de una persona con las manos, pies u objetos.

Un ejemplo de violencia física es la violencia escolar, que es un problema mundial. Es un fenómeno esencialmente masculino, que culmina entre los 13 y 16 años. En cuanto a sus causas, no hay un factor único; puede deberse a la situación familiar o a las condiciones socioeconómicas entre muchas otras. Un motivo bastante claro es la monoparentalidad que ocupa entre un 10% y un 20% de los casos de violencia escolar. Otro es la falta de estabilidad de los equipos de la propia escuela. Pero estos motivos no son determinantes ya que, por ejemplo, un niño de madre adolescente y padre preso no será necesariamente violento.

Violencia emocional: No se percibe tan fácilmente como la física, pero también lastima. Consiste en enviar mensajes y gestos o manifestar actitudes de rechazo. La intención es humillar, avergonzar y hacer sentir mal a una persona, deteriorando su imagen y su propio valor, con lo que daña su estado de ánimo y se disminuye su capacidad para tomar decisiones. Hay dos tipos de esta violencia:

- Violencia verbal: Tiene lugar cuando mediante el uso de la palabra se ridiculiza, insulta, humilla y amenaza en la intimidad a una persona.

- Violencia no verbal: Se manifiesta en actitudes corporales de agresión como miradas de desprecio, muestras de rechazo, indiferencia, silencios y gestos insultantes para descalificar a una persona.

Otra forma de comportamiento que sin ser violenta puede causar daño es el caso de la sobreprotección y excesivo consentimiento (confundidas con afecto y cariño) que pueden hacer a las personas incapaces de resolver sus vidas por sí mismas.

La violencia en el presente trabajo se estudia en un determinado contexto que es el hospital, donde contradictoriamente las personas acuden para recibir atención por parte del equipo de salud de sus problemas de salud que les genera fragilidad, temor, dolor y sentimientos de minusvalía por el potencial de disminuir o perder su vida.

La palabra *hospital* viene del latín *hospes*, "huésped" o "visita". De *hospes* se derivó *hospitalia*, "casa para visitas foráneas". Posteriormente *hospitalia* se transformó en *hospital* para designar el lugar de auxilio a los ancianos y enfermos.

El hospital, en sus inicios, era un centro de acogida donde se ejercía la caridad a personas pobres, enfermos, huérfanos, mujeres desamparadas, ancianos y peregrinos, atendidos por monjas y religiosas. En el Medievo del sur de Europa tomó una forma muy concreta, con una capilla en el medio que separaba a la vez que comunicaba cuatro galerías de enfermos (diferenciados por tipos de

enfermedades) en forma de cruz, lo que a su vez creaba cuatro patios interiores, teniendo en cuenta las dependencias auxiliares contenidas en todo el perímetro.

Se denomina hospital al lugar en el cual se atiende a las personas que padecen una determinada enfermedad y que acuden a él con el objeto de recibir un diagnóstico y un posterior tratamiento para su afección.

Según el tipo de patología que atiendan, hay distintos tipos de hospitales: materno infantiles, geriátricos, generales y psiquiátricos, entre otros. También se los clasifica de acuerdo al grado de resolución y pueden ser: nivel I, II, III y IV; así mismo se los puede clasificar en públicos y privados.

Para ofrecer y cumplir con brindar una buena atención, los hospitales cuentan con diferentes áreas que se ocupan de las distintas demandas de sanidad que puede haber para evitar de esta manera una desorganización generalizada. Así, por ejemplo, se cuentan las emergencias que son el lugar al cual llegan los pacientes que sufrieron una urgencia o tuvieron un accidente. Luego, está el área de terapia intensiva al cual se destinarán a los enfermos que más gravedad presentan y dentro de lo que es terapia y según el lugar claro está, también se puede encontrar el área de terapia intermedia en el cual se trata a los pacientes que salieron de un cuadro grave, pero que todavía requieren ser monitoreados antes de pasar a una habitación común.

Y después claro, cada hospital, cuenta con un sector de análisis comunes, otro de más complejos, quirófano y pisos enteros destinados a la recuperación de

los pacientes en habitaciones. Por supuesto, que todas estas cuestiones variarán de acuerdo a los países, pero a grandes rasgos estas divisiones se podrán apreciar en la mayoría.

En tanto, el hospital está compuesto por una serie de subsistemas que interactúan entre sí dinámicamente: el sistema asistencial que incluye a los consultorios externos y áreas de internación; el sistema administrativo contable cuya función es la de admisión y egreso de los pacientes, como todo lo inherente a documentación en general, luego el subsistema gerencial encargado de la dirección del hospital, las políticas y las finanzas, de información que se refiere al sistema informático que mantiene comunicadas a todas las áreas, el técnico que se ocupa del mantenimiento y de docencia e investigación cuya área es la encargada de la capacitación de los nuevos profesionales.

Para el buen funcionamiento, de un hospital es necesario que exista una jerarquía que se expresa en los organigramas de tipo estructural y funcional; es decir, el organigrama se define como la representación gráfica de la estructura orgánica de una institución o de una de sus áreas y debe reflejar en forma esquemática la descripción de las unidades que la integran, su respectiva relación, niveles jerárquicos y canales formales de comunicación.

Para Terri: Un organigrama es un cuadro sintético que indica los aspectos importantes de una estructura de organización, incluyendo las principales funciones, sus relaciones, los canales de supervisión y la autoridad relativa de cada empleado encargado de su función respectiva.

Por su parte Melinkoff, Señala que la finalidad de un organigrama se fundamenta en la condición de reflejar hasta donde sea posible la organización con sus verdaderas implicaciones y relaciones, además de sus estratos jerárquicos.

Cuando las líneas son verticales indican que existe una autoridad formal de los niveles jerárquicos superiores a los inferiores.

Cuando se desplazan en sentido horizontal señalan que existe especialización y correlación.

Cuando las líneas verticales caen directamente sobre la parte media del recuadro, indican "mando sobre"

Cuando la línea horizontal está colocada lateralmente indica una relación de apoyo (la cual está colocada al lado de la unidad principal)

Las líneas no continuas formadas por puntos (...) o segmentos se utilizan para expresar relaciones de coordinación entre las diversas unidades administrativas de la organización.

Las líneas verticales y horizontales que terminan en una punta de flecha, indican continuidad de la organización, esto quiere decir que existen más unidades semejantes que no están expresadas dentro de la estructura.

El uso de los organigramas ofrece varias ventajas precisas entre las que sobresalen las siguientes:

Obliga a sus autores aclarar sus ideas; así mismo puede apreciarse a simple vista la estructura general y las relaciones de trabajo, mejor de lo que podría hacerse por medio de una larga descripción.

No obstante las múltiples ventajas que ofrece el uso de los organigramas, al usarlos no se deben pasar por alto sus principales defectos que son:

- Ellos muestran solamente las relaciones formales de autoridad dejando por fuera muchas relaciones informales significativas y las relaciones de información.

- No señalan el grado de autoridad disponible a distintos niveles, aunque sería posible construirlo con líneas de diferentes intensidades para indicar diferentes grados de autoridad.

Respecto a la violencia en un hospital, Burgos (2013) refiere que un aspecto que pareciera ser inherente a la hospitalización es la falta de intimidad, definida como toda aquella realidad oculta, relativa a un sujeto o grupo determinado que merece reserva, ésta se ve de alguna manera vulnerada en el paciente hospitalizado.

Un aspecto importante a tener en cuenta es la falta de respeto a la privacidad se manifiesta desde la invasión no sólo a espacio territorial, reducido a una cama y

un velador, sino también al ser examinado en la cama de hospital por innumerables personas a las que generalmente desconoce y respondiendo variadas preguntas relativas a su historia de vida personal, muchas veces sin una explicación previa del porqué son necesarios estos procedimientos y estas respuestas. Pareciera ser más importante el órgano afectado que la persona enferma, olvidando el respeto a la desnudez y el pudor del otro; es entonces cuando la atención e inconscientemente se va tornándose fría e impersonal, llegando a veces a una despersonalización.

En el presente estudio se confirmó la hipótesis y se defiende que existen diversos tipos de violencia en el hospital en estudio quienes sienten sus derechos vulnerados, pues identificaron algunos tipos de violencia que reciben las personas que acuden en busca de atención al hospital y quizá el personal no se da cuenta que está generando un tipo de violencia, tal como se muestra en los resultados.

3.1. En Relación al primer objetivo:

Caracterizar los tipos de violencia que reciben las personas en el hospital en estudio, los resultados se presentan en la siguiente tabla y gráfico:

Tabla 1

Niveles de Violencia Institucional que sufren las personas que acuden a recibir atención en un hospital de Chiclayo.

VIOLENCIA	Frec. Absoluta	Frec. Relativa (%)
LEVE	22	5.8
MODERADA	301	79.2
GRAVE	56	14.7
MUY GRAVE	01	0.3
TOTAL	380	100.0

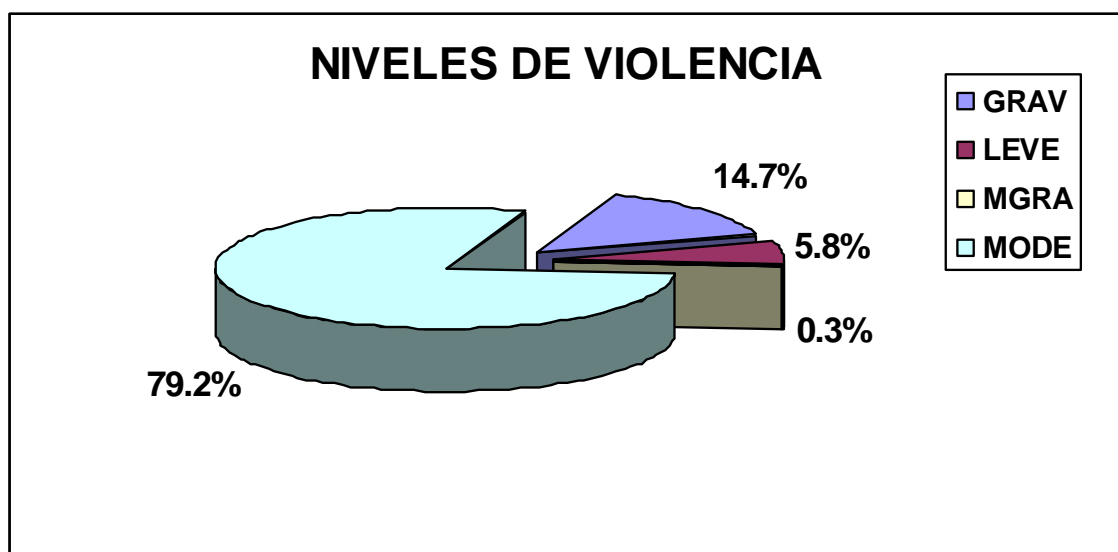


Fig. 1 Niveles de Violencia Institucional que sufren las personas que acuden a recibir atención en un hospital de Chiclayo.

INTERPRETACION:

En la tabla y gráfico anterior se aprecia que: el 100% de personas encuestadas han sufrido algún tipo de violencia de diferente grado; así el mayor porcentaje (79.2%) de personas, han sufrido una violencia de tipo moderada;

sin embargo, aunque en menor porcentaje, (14.7%) refieren haber sufrido un tipo de violencia grave.

Lo preocupante en estos hallazgos es que las personas que respondieron la encuesta, ninguna manifiesta que no ha recibido violencia, si bien es cierto que el porcentaje en los extremos es poco, la violencia siempre es percibida por la totalidad de los usuarios lo que nos lleva a afirmar que la violencia en cualquiera de sus modalidades debe erradicarse de cualquier institución, con mayor razón en una institución de salud.

Estos resultados son similares a los encontrados por (*Nordin, H., 1995*) *in OIT (2002*, quien refiere, que si bien la violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y categorías de trabajadores, el sector de la atención de salud corre un riesgo grave La violencia en este sector puede ser casi la cuarta parte del total de la violencia que tiene lugar en el trabajo.

Para el objetivo: Identificar los factores prevalentes en el ejercicio de la violencia institucional contra las personas del Hospital en estudio, se tienen las tablas y gráficos del 2 al 5:

3.2. Violencia Percibida por las Personas por Grupos Etáreos

Tabla 2

Niveles de Violencia institucional que sufren las personas según grupos etareos, que acuden a recibir atención en un hospital de Chiclayo.

	LEVE		MODERADA		GRAVE		MUY GRAVE		TOTAL	
Grupo Etáreo	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
ADOLESCENTE	4	12.5	27	84.4	01	3.1	00	0.0	32	100.0
ADULTO JOVEN	10	6.9	106	73.1	29	20.0	00	0.0	145	100.0
ADULTO	08	4.2	156	82.5	24	12.7	01	0.5	189	100.0
ADULTO MAYOR	00	0.0	12	85.7	02	14.3	00	0.0	14	100.0
TOTAL	22	5.8	301	79.2	56	14.7	01	0.3	380	100.0

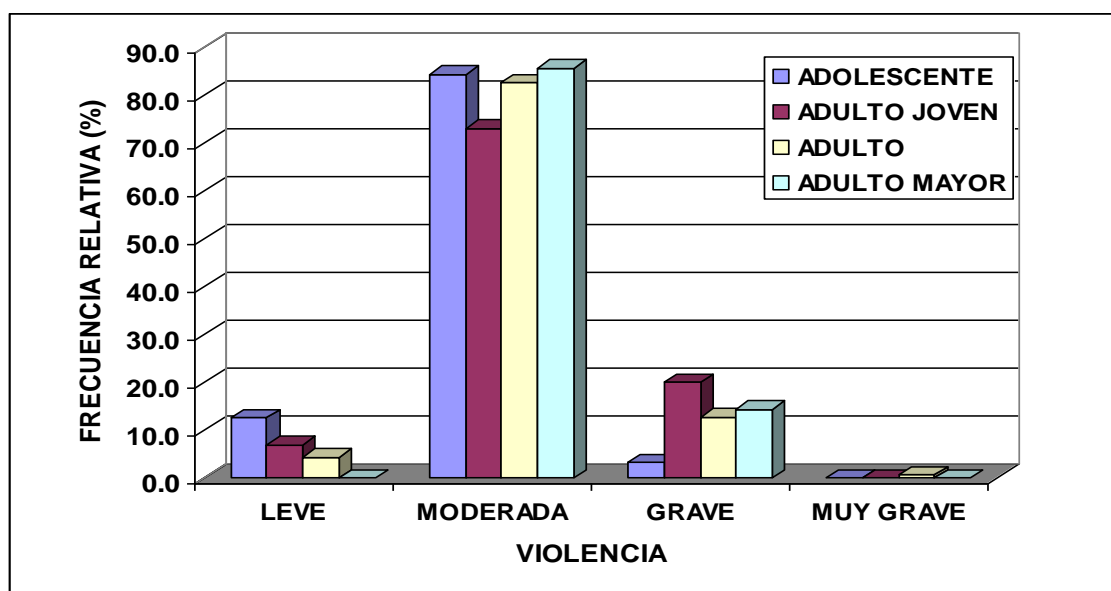


Fig. 2 Niveles de Violencia institucional que sufren las personas, según grupos etáreos, que acuden a recibir atención en un hospital de Chiclayo.

INTERPRETACIÓN:

En esta tabla y gráfico se aprecia que en forma independiente del grupo etáreo todos señalan en mayor porcentaje, así: 84.4%, 73.1%, 82.5% y 85.7%, siendo los adolescentes, adulto joven, adulto y adulto mayor respectivamente, que han sufrido la violencia de tipo moderado, seguido también de la violencia de tipo grave, que coinciden los porcentajes con los de la tabla general.

El grupo etéreo, tiene importancia porque se podría pensar que en alguno de ellos haya mayor susceptibilidad; sin embargo, en todos los grupos hay la misma, coincidencia. Esto permite afirmar, que se da la violencia, aunque sea leve existe en el hospital en estudio y que debe ser erradicada.

2. VIOLENCIA PERCIBIDA POR LAS PERSONAS DE ACUERDO AL GÉNERO Y QUE ACUDEN A RECIBIR ATENCION EN UN HOSPITAL DE CHICLAYO.

TABLA 3

Niveles de Violencia institucional que sufren las personas, según género, que acuden a recibir atención en un hospital de Chiclayo.

VIOLENCIA	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
LEVE	15	5.7	07	6.0	22	5.8
MODERADA	208	79.1	93	79.5	301	79.2
GRAVE	40	15.2	16	13.7	56	14.7
MUY GRAVE	00	0.0	01	0.9	01	0.3
TOTAL	263	100.0	117	100.0	380	100.0

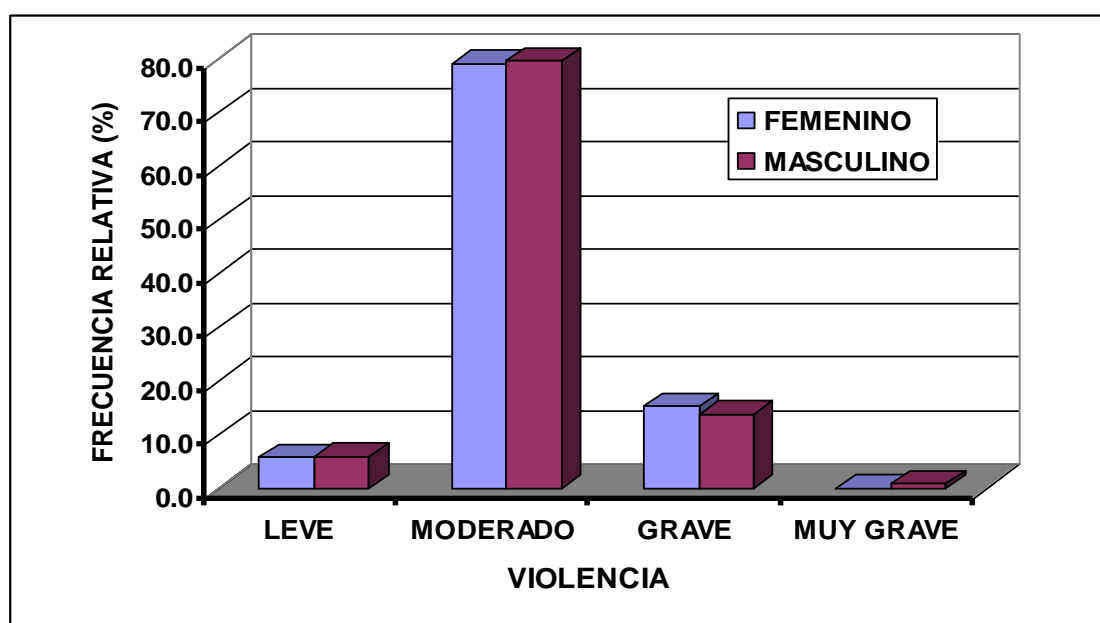


Fig. 3 Niveles de Violencia institucional que sufren las personas, según género, que acuden a recibir atención en un hospital de Chiclayo.

INTERPRETACIÓN

En este gráfico se aprecia siempre el mayor porcentaje de la violencia de tipo moderado, seguido del tipo grave; sin embargo, los varones son quienes afirman en mayor porcentaje, aunque sea mínima la diferencia de acuerdo al género y en el tipo grave, si son las mujeres las que lo refieren en mayor porcentaje.

De hecho el género, no tiene aparentemente relevancia significativa porque tanto hombres como mujeres la padecen; a pesar, que se dice que la mujer es más susceptible por su condición de género y el varón más tolerante.

3. VIOLENCIA PERCIBIDA POR LAS PERSONAS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN QUE ACUDEN A RECIBIR ATENCIÓN EN UN HOSPITAL DE CHICLAYO.

TABLA 4

Niveles de Violencia institucional que sufren las personas, según grado de instrucción, que acuden a recibir atención en un hospital de Chiclayo.

	PRIMARIA		SECUNDARIA		SUPERIOR		TOTAL	
VIOLENCIA	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
LEVE	00	0.0	10	6.5	12	5.6	22	5.8
MODERADA	08	88.9	127	81.9	166	76.9	301	79.2
GRAVE	01	11.1	18	11.6	37	17.1	56	14.7
MUY GRAVE	00	0.0	00	0.0	01	0.5	01	0.3
TOTAL	09	100.0	155	100.0	216	100.0	380	100.0

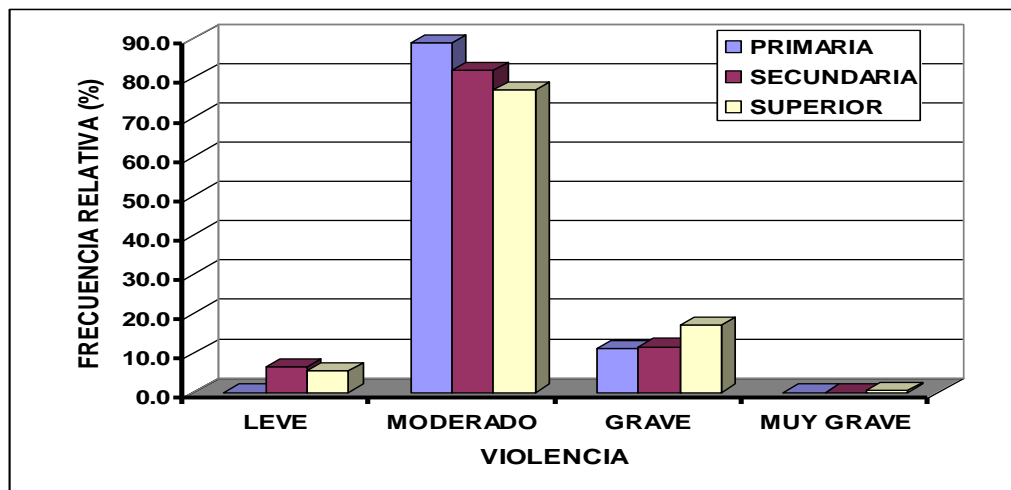


Fig. 4 Niveles de Violencia institucional que sufren las personas, según grado de instrucción, que acuden a recibir atención en un hospital de Chiclayo.

En estos datos estadísticos se aprecia el mismo comportamiento, situándose el mayor porcentaje en la violencia de tipo moderados; sin embargo, el mayor porcentaje de ellos se ubica en las personas que tienen grado de instrucción sólo primaria y el menor porcentaje es el de educación superior; en cambio en el tipo de violencia grave se invierte y quienes refieren en mayor porcentaje (17.1%) son de instrucción superior. Esta situación si es preocupante por cuanto son personas que tienen mayor escolaridad las que se dan cuenta y expresan estas situaciones que van contra la salud de la persona.

La instrucción, tomada como el proceso que al generar conocimiento en las personas que la reciben permite mayor análisis crítico reflexivo frente a un determinado fenómeno, en este caso, la violencia es un fenómeno, que afecta a personas con menor instrucción y tal vez esa condición no les permite catalogar al maltrato en su real dimensión como si lo hacen quienes tienen mayor instrucción.

Además la mayor escolaridad permite tener más claridad con respecto a los derechos ciudadanos, estar informados de los aspectos del cuidado de la salud, lo que les permite visualizar el maltrato, con mayor claridad.

4. VIOLENCIA PERCIBIDA POR LAS PERSONAS SEGÚN GRADO STATUS PROFESIONAL QUE ACUDEN A RECIBIR ATENCIÓN EN UN HOSPITAL DE CHICLAYO.

TABLA5.

Niveles de Violencia institucional que sufren las personas, según status profesional, que acuden a recibir atención en un hospital de Chiclayo.

	NO PROFESIONAL		PROFESIONAL		TOTAL	
VIOLENCIA	N	(%)	N	(%)	N	(%)
LEVE	13	5.0	09	7.6	22	5.8
MODERADA	210	80.2	91	77.1	301	79.2
GRAVE	39	14.9	17	14.4	56	14.7
MUY GRAVE	00	0.0	01	0.8	01	0.3
TOTAL	262	100.0	118	100.0	380	100.0

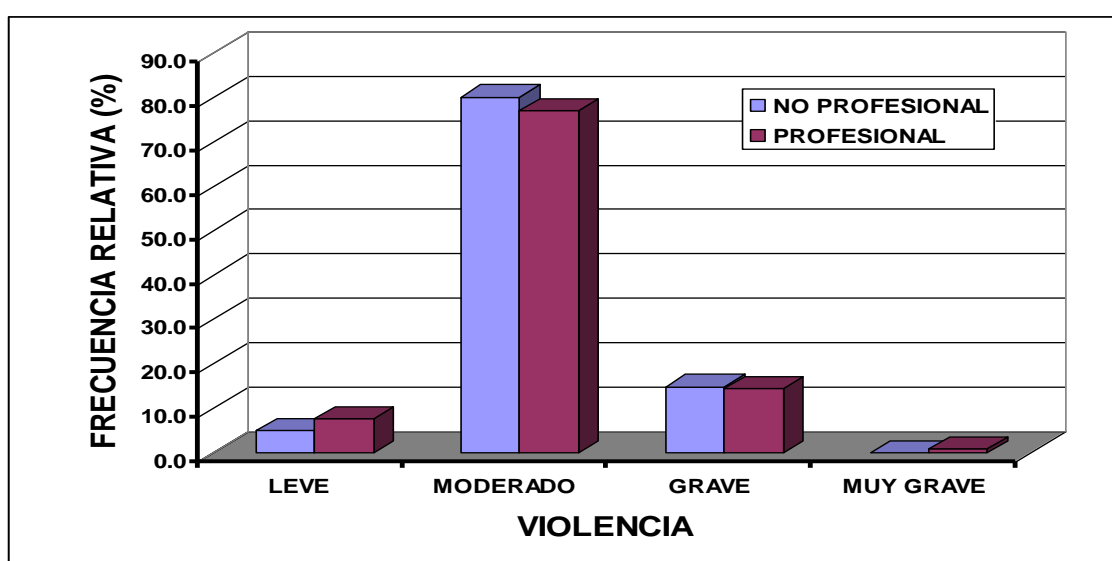


Fig. 5 Niveles de Violencia institucional que sufren las personas, según estatus profesional, que acuden a recibir atención en un hospital de Chiclayo.

Los datos estadísticos de la tabla anterior demuestran siempre la tendencia del sufrimiento del nivel de violencia, de tipo moderado, seguida del grave; empero, en ambos casos el mayor porcentaje (80.2%) y (14.9%) está en el status no profesional. Aquí llama poderosamente la atención la violencia muy grave aunque sea mínimo el porcentaje, situación que es de mayor preocupación, toda vez que quien la sufre es una profesional que probablemente asume un criterio crítico para catalogar la violencia como muy grave.

TABLA 6

Niveles de Violencia institucional que sufren las personas, según procedencia, que acuden a recibir atención en un hospital de Chiclayo.

VIOLENCIA	OTRAS REGIONES		LAMBAYEQUE		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
LEVE	01	1.2	21	7.1	22	5.8
MODERADA	62	74.7	239	80.5	301	79.2
GRAVE	19	22.9	37	12.5	56	14.7
MUY GRAVE	01	1.2	00	0.0	01	0.3
TOTAL	83	100.0	297	100.0	380	100.0

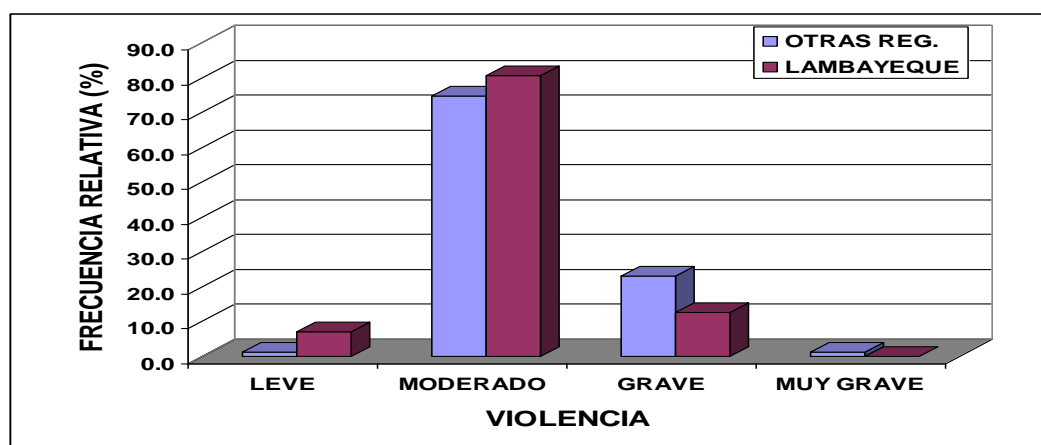


Fig. 5 Niveles de Violencia institucional que sufren las personas, según procedencia, que acuden a recibir atención en un hospital de Chiclayo.

Finalmente en esta tabla se aprecia que los pacientes de procedencia lambayecana en mayor porcentaje (80%) y corresponde a la moderada y el 74.7 %, que es alto agrupa a las personas procedentes de otras regiones. Esto evidencia que todos sin distinción, sufren la violencia institucional, en contradicción a lo que la institución refiere como misión de cuidar la Salud con calidad y calidez.

En términos generales, la existencia de algún tipo de violencia independientemente de la edad, grado de instrucción, género, procedencia, ocupación; etc., la violencia está presente. Al respecto, según la OIT (2007), “Las consecuencias negativas de esa violencia generalizada repercuten fuertemente en la prestación de los servicios de atención de salud, y pueden dar lugar a deterioro de la calidad de los cuidados, dispensados y a decisiones de los trabajadores de abandonar las profesiones de atención de salud. Esto, a su vez, puede ser causa de que se reduzcan los servicios de salud disponibles para la población en general, y aumenten los costos de la salud”.

Los hallazgos del presente estudio tienen similitud a los encontrados por Barrios Casas y Para vicKlijn (2008) quienes estudiaron la violencia. Estas autoras refieren a la violencia como proceso global y acorde a la realidad contemporánea se ha convertido en un problema para la salud pública, no quedando ajenos, a ello los contextos de salud. Tuvieron como objetivo describir la percepción de violencia de los usuarios hospitalizados en los servicios de cirugía y medicina de un hospital público de la Región de la Araucanía. Entre los resultados observaron que frente a la pregunta percibe

violencia, un 12,9% de los encuestados respondió afirmativamente. Las autoras mencionadas llegaron a concluir que existe percepción de violencia a nivel hospitalario, en un espacio que debe ser de sanación, en donde las personas que acuden esperan que se les entregue una atención de calidad, con respeto, dignidad y sin violencia.

El término violencia, de por sí encierra numerosas definiciones que van desde terror, intimidación, crimen, lo cierto es que se entiende por violencia cualquier comportamiento físico, psicológico/emocional y/o sexual que, por medio de la acción u omisión, provoca daño a las personas (Puget y Berenstein, 1998). La violencia, así entendida, se comprueba en hechos cotidianos a los cuales el individuo está expuesto (víctima) o es el responsable (victimario), en cualquier lugar o circunstancia. Hechos en que la violencia puede estar dirigida hacia sí mismo, hacia las personas o hacia las cosas, y que puede ser directa o implícita (Rapaport, 1992).

En general, cualquiera sea su dirección, toda persona puede identificarla; así, si la persona es muy susceptible, de inmediato se puede percatar mucho más si hay ciertas acciones concretas: golpes, balazos y, en su expresión más elocuente y descarnada, la guerra; es decir, se relaciona con hechos visibles y manifiestos de la agresión física que provoca daños que pueden llegar a producir la muerte (Hacker, 1973).

Se reconoce también como expresión de violencia aquellas situaciones en las que existe una percepción en que los servicios ofertan servicios que

pueden ser de mala calidad o de mala atención, no satisfacción de necesidades de un cliente, servicios que están muy lejos de las expectativas del usuario, cuando se abusa o se recibe un trato injusto (Chapell y Di Martino, 1998).

En este estudio se observan objetivamente datos sobre la violencia que puede ser en cualquiera de sus formas; sin embargo, teniendo en cuenta el principio de la totalidad de la dialéctica; es decir, si sólo se presentan datos numéricos, puede decirse, que son datos inmediatos que están en aparienciaya que son datos exactos; no obstante estos datos tienen una esencia que no se puede medir y por este motivo se procuró develar datos de los sujetos del estudio y que representan la subjetividad de los pacientes, acerca del fenómeno de la violencia y que se presentan a manera de categorías que emergieron de los discursos de las personas que acuden en busca de ayuda a un servicio hospitalario; las mismas que quedan en evidencia a continuación.

CATEGORIAS

1. Sufriendo la violencia no verbal

- **Indiferencia del profesional**
- **Indiferencia del personal administrativo**

2. Sufriendo la violencia verbal

- **Falta de respeto**
- **Trato hostil del personal profesional**

3. Emerge el miedo por el maltrato

4. Sufriendo las incomodidades en la hospitalización.

- **La espera prolongada para recibir atención**
- **Incomodidad por las huellas como resultado de los tratamientos**

5. Recibiendo buen trato

6. Recibiendo respeto por parte del personal administrativo.

SUFRIENDO LA VIOLENCIA NO VERBAL

La violencia como un fenómeno donde se agrede a la persona puede presentarse en sus diversas formas es así que se verifican en este estudio.

Violencia no verbal: Se manifiesta en actitudes corporales de agresión como miradas de desprecio, muestras de rechazo, indiferencia, silencios y gestos insultantes para descalificar a una persona.

En los discursos se observa que hay violencia, esto que muchas veces no se toma en cuenta; sin embargo, un gesto a veces es más duro que una palabra y esto repercute de hecho en el estado de salud de la persona. Este tipo de violencia emerge como una indiferencia lo que se verifica en las sub categorías:

Indiferencia del profesional:

Um...depende si entro una de las primeras bien aunque a veces no le entiendo bien lo que me explica ,.pero mi hija si felizmente ella le pregunta al doctor y ella me explica bonito , pero si entro tarde uyyyyy ...ya están cansados a veces están mirando y mirando la hora todo apurados eso incomoda , ya n i hablar te dejan(MINA)

...hay enfermeras que realmente les gusta lo que hacen y lo hacen muy bien así como hay enfermeras muy renegonas todo reniegan más te enferman o las llamas y te hacen caso después de dos horas cuando ya no quieres nada..., para eso son enfermeras para que no hagan caso al paciente a la hora que lo necesitan ...

Los discursos evidencian indiferencia del profesional de salud, realmente llama poderosamente la atención; por cuanto, es algo que se puede evitar, con un trato cortés y amable. La indiferencia es una categoría que tiene varias connotaciones desde la apatía, pereza, indolencia, etc. Esta última se adapta más a la situación, de ser así, indica falta de humanización.

Indiferencia de personal administrativo

La indiferencia de los discursos tal como se verifica:

...deben pensar que al hospital llega gente que está enferma y entender, a veces se ponen a conversar o reirse y no avanzan y uno tiene que hacer sus cosas y necesita las citas rápido...(Mina)

...el personal también esta más descargado de trabajo porque tiene los módulos ahí vamos sacamos nuevas citas más rápido... pero eso si las secretarias ni te miran y te responden rápido a veces ni entiendes lo que te explicaron....se han mecanizado demasiado por avanzar su trabajo, atender rápido quizá...(Lucecita)

La indiferencia también por falta del personal administrativo que no siempre son profesionales y esto corrobora la falta de indolencia en un hospital, donde acuden personas cuya salud está deteriorada y tal vez con mucha susceptibilidad, situación que hace dimensionar mucho más las respuestas del personal de salud.

Se puede definir la indiferencia como un estado de ánimo en el que no se siente inclinación ni repugnancia hacia una persona o ante determinadas situaciones sociales; es decir que la persona responde a la presencia de otro semejante con un ánimo embotado, pasivo, alejado de la solidaridad haciendo que las situaciones de las personas se menosprecien y por ende se releva el apoyo, ya que estos sucesos pasan a ser irrelevantes para los que deben responder a las necesidades de las personas. Al respecto, en la web 14 de Enero 2014 se encontró que: “La indiferencia aletarga, inmoviliza y deshumaniza a las personas y mediante esta vía se huye del problema”.

Esta forma de violencia no verbal por parte del personal administrativo debe llevar a la reflexión por cuanto debe ser quien da la bienvenida cordial.

Este problema de la indiferencia muchas veces pasa desapercibido, cuando en realidad se está siendo cómplice del maltrato y esto es muy serio que debe llamar a la reflexión al personal de salud para poder erradicarlo; sin embargo, lo que si llama la atención visiblemente es la que se escucha y esto se verificó en este estudio, cuando surge la categoría:

SUFRIENDO LA VIOLENCIA VERBAL

El timbre de voz denota el estado de ánimo de las personas que muchas veces en forma inconsciente es subido y que denota cólera y hasta menosprecio, así se verificó en los discursos:

“He tenido en la mayoría de veces mala suerte me han tocado técnicas que te atienden por atender son toscas algunas, una vez una técnica quería ordenar como si fuera el doctor ... suben el tono de voz...MINA)

...es un personal que no presta mucha confianza, a veces los gestos desaniman en ir a consultar alguna duda que se tenga o algún lugar que no conoces mejor les preguntas a los voluntarios ellos son muy amables...”(Fernanda)

La violencia verbal puede ser catalogada quizá por el timbre de voz alta que indica orden y no necesariamente con insultos; situación que se debe tener muy en cuenta porque se puede tomar como una agresión a los derechos humanos, porque se constituye en un maltrato.

La violencia verbal, tiene lugar cuando mediante el uso de la palabra se ridiculiza, insulta, humilla y amenaza en la intimidad a una persona.

Los efectos de la violencia física y, el maltrato verbal son muy inquietantes habida cuenta de su prevalencia. Las consecuencias de dichos actos incluyen lo siguiente: shock, incredulidad, culpabilidad, cólera, depresión, temor opresivo; lesión física; mayores niveles de estrés; trastornos físicos (por ejemplo, jaqueca, vómito); pérdida de autoestima entre otras, a estos problemas de ese orden se los puede tipificar como violencia de tipo psicológico que también se develó en este estudio:

SUFRIENDO LA VIOLENCIA PSICOLOGICA

Falta De Respeto

Los discursos, son evidencias que a pesar de ser subjetivas, demuestran el maltrato:

“...algunas secretarias te atienden más, no respetan ni porque uno ya es mayor ...” (Mina)

Sobre el respeto, en el Diccionario de la real academia se encuentra que el respeto es la consideración especial que se le tiene a alguien o incluso a algo, al que se reconoce **valor** social o especial diferencia

El respeto como **virtud moral**, también puede considerarse como punto medio entre dos extremos vistos por exceso y por defecto.

1. Por defecto: el miedo, tanto a las personas que le rodean como a objetos o situaciones que afronta el individuo, llevándole a situaciones de imposibilidad a realizar determinados proyectos o metas, como en el caso de que se produzca el complejo de inferioridad.

2. Por exceso: el abuso o desmedida de los límites preestablecidos para un correcto orden y trato de las personas o situaciones de cada individuo, lo que lleva a conflictos con los otros como también la imposición de límites y/o normas a fin de superar la crisis del abuso y restablecer el orden de los derechos de cada individuo.

El respeto es una de las bases sobre la cual se sustenta la ética y la moral en cualquier campo y en cualquier época. Tratar de explicar que es respeto, es por demás difícil, pero podemos ver donde se encuentra.

Sobre el respeto, Naranjo (web, 2 julio 2015) refiere que consiste en “aceptar y comprender tal y como son los demás, aceptar y comprender su forma de pensar aunque no sea igual que la nuestra, aunque según nosotros esta equivocado, pero quien puede asegurarlo por que para nosotros; está bien los que están de acuerdo con nosotros, sino lo están; creemos que ellos están mal, en su forma de pensar, pero quien asegura que nosotros somos los portadores de la verdad, hay que aprender a Respetar y aceptar la forma de ser y pensar de los demás”.

Pero no solo a las personas se les debe el respeto más profundo sino todo aquello que nos rodea, a las plantas y animales, a la pequeña hormiga y la gran ballena, a los ríos, lagos y mares. Todo como parte de la creación se lo merece.

El mismo autor afirma que el respeto, debe ser en nuestra relación con los demás, una agradable forma de conducirse por la vida, pero aunque lo parezca, respetar a los demás es relativamente difícil es allí como surge la falta de respeto.

El discurso citadolíneas arriba, muestra el maltrato que el personal administrativo quizá sin darse cuenta o en forma inconsciente lo realiza; sin embargo, lo que llama la atención es el maltrato del personal profesional y esto queda evidente cuando emerge la sub categoría:

Trato Hostil Del Personal Profesional

La hostilidad, implica una conducta abusiva y agresiva que puede reflejarse en algún tipo de violencia y que puede ser emocional o física, de mano de una sola persona, un grupo pequeño o una gran cantidad de gente y estar dirigida, de igual forma, a uno o más sujetos. Existe la hostilidad de una persona hacia otra, lo que supone un enfrentamiento entre dos sujetos, pero también la hostilidad de un país hacia otro (una situación que puede llevar a una guerra o conflicto).

“ hay enfermeras que realmente les gusta lo que hacen y lo hacen muy bien así como hay enfermeras muy renegonas todo reniegan mas te enferman o las llamas y te hacen caso después de dos horas cuando ya no quieres nada ..para eso son enfermeras para que no hagan caso al paciente a la hora que lo necesitan ...(Aurich)

“Las enfermeras mayores son bien fastidiosas, ytodo les molesta y están con gestos que incomodan cuando éstas en la cama como paciente..... En su mayoría las enfermeras jovencitas te sonríen, hacen caso más rápido...esperemos que no cambien con los años”...(Mina)

“...hay enfermeras muy toscas y malas no entienden razones no te respetan son las nombradas como saben que no les van a votar las buenas son pocas pero si hay y con ellas te sientes bien hasta tus malestares disminuyen...”(Alianza Lima)

Una vez me envió el médico a sacarme una endoscopia...ahí la primera vez fue muy traumático,...escuche que no me anestesiaron bien ...o algo faltó. ..porque, escuchaba que decíanmuy pocobueno ya no recuerdo bien solo que recién hace unos días nuevamente me fui a sacar otra con miedo me daba mucho miedo pero la enfermera que me atendió me dio mucha calma , me explico y aparte que no sentía nada en el momento del procedimiento , luego si... (Mina)

Depende el médico, no todos son buenos realmente hay unos médicos bestias, una vez me sentía muy mal dolores de cabeza, huesos, y el doctor me decía es estrés y bien molesto todavía que me salga a pasear me daba cólera porque bien molesto me atendía, para mi mala suerte de nuevo saque con él y así siempre pensando que lo de estrés sería algo pero no todo mi problema igual estrés .pero hay otros muy buenos para que te explican y atienden bien.(Lucecita)

Mi doctor que me atiende es una linda gente, me explica muy bien y si no hay medicina ahí me da una receta para comprarlo no me quejo, ahora no lo cambio , porque hay doctores bien malos , algunos que no sé cómo están de doctores .(Alianza Lima)

A pesar que hay excepciones en los profesionales, la mayoría de entrevistados afirman que los tratan mal y esto genera sentimientos o reacciones y es así como emerge el miedo:

EMERGE EL MIEDO POR EL MALTRATO

Me interne varias veces, los médicos cumplen su visita médico, dejan indicaciones y te hacen dos preguntas ...¿cómo estas....? ¿qué dice el cuerpo hoy ? y así algunos son bien chistosos y otros son demasiado serios que dan miedo .(Mina)

La violencia alcanza hoy dimensiones cada vez más impactantes en las urbes del mundo y prioritariamente en el continente latinoamericano y

representa un riesgo para la vida y la salud de las personas, que afecta el funcionamiento del sistema de atención de la salud (De Souza Minayo, 1994)

Los tipos de violencia mencionada tal vez pasa desapercibida para la mayoría; sin embargo, es momento en que las autoridades tengan presente antes que la situación sea más grave, y como si fuera poco el sufrimiento que les ocasiona probablemente, las personas que se hospitalizan, revelan el sufrimiento como se puede verificar:

Se concuerda con el enfoque teórico que concibe a la etiología de la violencia como pluricausal y con diversas vías de acceso a las misma y la definimos tomando las palabras de J Galtung (1995) "La violencia está presente cuando los seres humanos se ven influidos de tal manera que sus realizaciones efectivas, somáticas y mentales, están por debajo de sus realizaciones potenciales" Retomamos la definición que hace este autor de este término; definiéndolo en términos de la diferencia entre realización y potencialidad:

"La violencia es un acto que tiene como consecuencia la no realización de la satisfacción de las necesidades efectivas, somáticas y mentales del individuo por causa de otro".

Se puede afirmar que en este mundo globalizado, todo el mundo corre, va de prisa; lo cual no debe significar la falta de respeto que llegue a genera violencia...

En este caso el personal del hospital no tendría causa para generar violencia de ningún tipo; sin embargo, se debe tener en cuenta sin ánimo de justificar al personal, la cantidad de personas que acuden a diario en busca de atención va en crecimiento. Esta situación puede darse si se tiene en cuenta lo vertido en la siguiente categoría:

SUFRIENDO LAS INCOMODIDADES EN LA HOSPITALIZACIÓN

Se observa que la queja común es la demora y/o pérdida de tiempo.

La espera prolongada para recibir la Atención

“...es una demora porque hay cantidad de gente y a veces se confunden y tienes que esperar más tiempo, es un dolor de cabeza ir al hospital pero ni modo por los males tenemos que venir...(Mina)

Uy....la demora desespera .a veces molesta más porque llegas temprano y sales tarde y los que llegan tarde salen antes que uno ...(Lucecita)

..ahí es otra jarana el tiempo es demasiado, es que hay cantidad de gente que espera ... tratan de ser rápidos, para que la gente no reclame se nota que ahí el trabajo es pesado (Lucecita)

“... la demora es siempre eso no cambia por más que te citen una hora igual te atienden después ...” (Aurich)

Mucho tiempo te hacen esperar y sin desayunoy los resultados salen negativos ...nada sale cuando vas a particular de todo te sale...(Lucecita)

En el laboratorio, el tiempo... te hacen esperar, creo que es mucho...pero hay bastante gente eso los ha mecanizado...debería haber más personal,... En farmacia,..., ahí te demoras más que en cualquier servicio y eso si tienes suerte y si no se equivocan en tu medicina si se equivocaron hasta que te den nuevamente...(Aurich)

“Ahí si, es la demora, tienes que esperar que te llamen nomas! , ya sabes que desde que te vas al seguro vas a demorarya ni modo...

el tiempo de espera desespera , pero ni modo hay mucha gente que atender y el personal no se alcanza ahí vemos como tratan de hacerlo rápido (Alianza Lima)

“...Demoran en sacarte la muestra y los resultados es otra demora hasta eso ya puedo estar mas mal ojala que eso cambie ...”(Fany)

Vivimos en un mundo globalizado de la economía, por tanto, lleno de incertezas e incertidumbres, todo el mundo corre, tiene que duplicar esfuerzos para poder satisfacer sus necesidades. Situación que se agrava cuando acuden al hospital en busca de ayuda y peor aún, cuando se tienen que hospitalizar, todo tiempo por muy pequeño que sea se convierte en una “eternidad”.

Incomodidad por las huellas como resultados de los tratamientos

Los discursos evidencian que en algún momento, resultaron con huellas físicas de los tratamientos:

...no le digo que soy de mala suerte ...no se pero me dejan siempre mi brazo morado ..y me dan muchas pinchadas , lo bueno es que al menos me dicen disculpe que así es que es difícil mi vena ahí me engañan pero al menos me explican y reconocen que es difícil algo bueno siquiera ... , lo que es incomodo es la demora en la atención y uno va sin desayuno ahí que se desmaya... (Mina)

El tiempo que se espera se siente el doble que en consultorio es que estas sin nada en el estomago y te sientes mal, y si entras y dan con tu vena sino ahí si ya fuiste ah sufrir un rato, lo bueno es que te explican y te dicen que no es culpa de ellos solo que las venas en gorditos a veces es difícil...(Alianza Lima)

Los tratamientos sobre todo cuando hay necesidad de afectar la integridad de la piel como en el caso de los tratamientos endovenosos o intramusculares van a causar molestias y cuando dejan huellas tipo las equimosis, se exacerban cuando hay fragilidad capilar que depende también de las personas receptoras del tratamiento y no necesariamente de quien administra el tratamiento.

A pesar que en las categorías anteriores se aprecia los diferentes tipos de violencia, en forma divergente aparecen declaraciones de las personas que refieren ser bien tratados en el hospital; quizá aquí, se puede afirmar dialécticamente hablando que se da la contradicción que indica que no todo es malo, tal como se aprecia en la siguiente categoría:

Lo mencionado anteriormente, son coincidencias que reflejan el maltrato que reciben los pacientes en el hospital en estudio; sin embargo, hablando dialécticamente, emerge a manera de divergencia lo positivo es decir el buen trato:

RECIBIENDO BUEN TRATO

El trato humano, tiene que ver con la relación de ayuda donde existe la cordialidad, el respeto a la persona por su dignidad y esto se verifica en este estudio:

Recibiendo respeto por parte del personal administrativo:

En esta categoría se observa y se puede afirmar que hay personal administrativo y que son integrantes del equipode salud que si son respetuosos:

“Bueno te atienden en el menor tiempo , es que hay menos gente , un poquito más te demoras en los módulos pero si recibes una buena atención ...Las secretarias son amables , y veo que cumplen su trabajo” (Aurich)

*...antes era mala uy! Dios mío era una enfermedad más obtener una cita
...gracias a Dios ahora todo ha cambiado ahora es más fácil demoras pero
menos las secretarias respetan , tratan de ser gentiles ..aunque a veces se les
ve estresadas lógico a veces a gente también no colabora pero yo siento que
estamos mejorando en la atención en admisión” ... (Lucecita)*

De manera similar que en el personal administrativo, también en el personal profesional surge la sub categoría que refleja un buen trato:

Recibiendo buen trato por parte del personal profesional:

El buen trato a las personas se refiere al ingrediente indispensable en la relación de ayuda, que inicia con una cálida bienvenida, brindarle comunicación, saber comunicarse; es decir, despejar dudas, entre otros, tal como se verifica:

...algunos médicos si te atienden bien si saben y aparte dan con la enfermedad siguen tratamiento y si te explican, hay que saber con quien saco cita porque hay doctores de todo...(Aurich)

“... yo vengo de Cutervo por un problema estomacal y si para que el médico me controla... Muy bien me ha explicado todo desde mis hábitos alimentarios hasta urinarios todo lo que tengo que estar al tanto para verificar que no hayan señas que tenga hemorragia interna para que e ha explicado todo hasta el mínimo detalle...”(Fany)

“...Bueno , me choque con enfermeras buenas, me tenían paciencia, me apoyaron bastante y eran efectivas al toque me hincaban y encontraban mi vena.....que suerte que tengo ...siempre cuando he venido me encontrado con buenos profesionales me atendido bien, y algunos serios derrepenteasi es su forma de ser a ellos no me acercaba ante cualquier duda me iba a algún personal que me prestaba confianza....”(Fany)

Recibiendo buen trato de todo el personal:

“...buena, la atención está mucho mejor a pesar que este es un hospital muy grande y que hay bastante gente pero si se nota la diferencia en todo desde el trato del personal hasta el tiempo en la atención...”(Fernanda)

Al respecto, considerando que el trato es lo esencial del cuidado humano porque tiene que ver con el trato a las personas. Se afirma teniendo en cuenta el objeto de este estudio la violencia a seres humanos, de hecho, ésta involucra un déficit del cuidado en salud; por tanto, es necesario abordar el cuidado en el cual estará inmersa la propuesta para disminuir la violencia:

Al respecto, la concepción del cuidado, tiene relación con la postura filosófica que se tenga del hombre del mundo y de la sociedad; así se puede otorgar mayor importancia al objeto o al sujeto o la interacción de ambos; por otro lado, se puede enfatizar el momento socio- político- económico o sea histórico, o se puede considerar al hombre apenas como un ser abstracto desvinculado del contexto de cualquier especie; por lo tanto, un modo de ser,

de estar en el mundo influirá, no sólo, en la concepción del cuidado sino en la forma de practicarlo; es decir, en la forma de brindar el cuidado.

Boff (1999, p.34) refiere, que un modo de ser, es una manera de estructurarse del propio ser y de darse a conocer. Es así como el cuidado entra en la naturaleza y en la constitución del ser humano. El modo de ser cuidado, revela de manera concreta como es el ser humano. Sin el cuidado, él deja de ser humano. Si no recibe cuidado, desde el nacimiento hasta la muerte, el ser humano, se des-estructura, pierde sentido y muere rápidamente. Si a lo largo de la vida, no se hiciera con cuidado todo lo que se emprende se acabaría por perjudicar a si mismo y por destruir lo que se tiene alrededor. Por eso, el cuidado debe ser entendido en la línea de la esencia humana. El cuidado ha de estar presente en todo.

En las palabras de Martín Heidegger: “Cuidado significa un fenómeno ontológico existencial básico”; lo que significa que es: “un fenómeno que es la base posibilitadora de la existencia humana en cuanto humana”

Es así, como el cuidado considerado como una categoría se muestra como la llave descifradora de la esencia humana, que ha sido y viene siendo estudiado para poder decir que aspectos comprende.

El cuidado es el fundamento para cualquier interpretación del ser humano. Si no nos basamos en el cuidado, no lograremos comprender el ser humano. Al respecto algunos estudiosos refieren que etimológicamente el

cuidado deriva del latín *cura*. Otros derivan cuidado de *cogitare* – *cogitatus* pero que tiene el mismo significado de *cura* que a su vez significa pensar, colocar atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y de preocupación.

El cuidar a través de los tiempos pasó de un comportamiento de apenas sobrevivir a acciones más racionales y sofisticadas y hoy es considerado como una forma de ser (Heidegger, 1962), como una forma de relacionarse (Roach, 1993), como un imperativo moral (Watson, 1988) y constituye la esencia de ser de la enfermería (Leininger, 1991), o su dominio unificador o integrador (Waldow, 1995).

Acerca del cuidado Boff (op.cit) refiere: “El cuidado solamente surge cuando la existencia de alguien tiene importancia para mí. Entonces paso a dedicarme a él, me dispongo a participar de su destino, de sus búsquedas, de sus sufrimientos y de sus sucesos, en fin de su vida”.

Este autor afirma, que el cuidado significa: desvelo, solicitud diligencia, atención y que de cierta forma, está presente en las diversas civilizaciones, además enfatiza que por su propia naturaleza el cuidado incluye, dos significaciones básicas, íntimamente ligadas entre sí: La primera, es la actitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro; la segunda, de preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene cuidado se siente comprometida y afectivamente unida al otro. Por eso el cuidado siempre acompaña al ser humano porque éste nunca dejará de amar y de desvelarse

por alguien, así como tampoco dejará de preocuparse y de inquietarse por la persona amada. Si no fuera así, no se sentiría comprometido con ella y mostraría negligencia, y en el límite revelaría indiferencia que es la muerte del amor y por lo tanto del cuidado.

Es necesario tener en mente que el cuidar de la salud, se presenta de modo (s) diferente (s) a los ojos del profesional y del paciente y es cuando se nota que el profesional de salud en este caso la (el) enfermera (o), realiza el cuidar y el cliente es quien recibe el cuidado.

Para López In Meyer et al. (1998, p 49), el cuidado, es el resultado de un saber acumulado, de disciplinas que descubren las relaciones humanas y el contacto con el otro, más también de experiencias construidas en las prácticas efectivas, aprendidas y transmitidas en servicio y que ayudan a curar o vivir mejor los límites impuestos por la enfermedad.

Comprendiendo el cuidar en una visión amplia, siempre estuvo presente en la historia humana, parece claro visualizarla antes de la Enfermería. El cuidar como forma de vivir, de relacionarse; el cuidado tecnológico, también de cierta forma, está presente en las diversas civilizaciones; sin embargo, de manera indiferenciada de las prácticas de cura a veces, o sea de la medicina.

Referente a esta categoría, los profesionales de Enfermería están conscientes de que el hombre es un ser único, que recibe y ejerce influencia

sobre el ambiente y que tiene potencialidades y derechos de participar activamente en el proceso de cuidar/cuidado.

La enfermería, como ciencia de la asistencia o como arte del cuidado, desarrolla tecnologías de salud que son continuamente silenciadas, en lo máximo sentidas, pero nunca traducidas universalmente. Se refieren a la interacción enfermera- paciente, y se instalan en la experiencia vivida delante de una acción integral de cuidados. Es el arte sin objeto, la asistencia sin la hegemonía de la cura, arte y asistencia que se convierten en marcas de los sujetos que de ella se benefician, constituyendo parte de sí, infinitamente singular, sensible, invisible e inaudita.

En un análisis filosófico Fry, in Waldow (1998, p.136) relaciona dos aspectos importantes en el cuidar: el aspecto de actividad y el aspecto de actitudes y sentimientos. Ambos aspectos son considerados complementarios y relacionados, esto es, ocurren en virtud de una relación enfermera- paciente o cliente.

El cuidar debe entenderse como los comportamientos y acciones que incluye conocimiento, valores, habilidades y actitudes, emprendidas en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas para mantener y mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir. El cuidar debe ser entendido también como proceso de interacción dinámico, intuitivo y creativo entre cada enfermera sus clientes y sociedad, procurando un caminar rumbo a nuevas experiencias, donde ellos de forma original y única, se auto-conocen

y se transforman. En consecuencia, no se podrán priorizar etapas. Así mismo el cuidado debe entenderse como el fenómeno resultante del proceso de cuidar (Waldow, 1995). El proceso de cuidar representa la forma como ocurre (o deberá ocurrir) el cuidar entre cuidadora y el ser cuidado.

Siendo la esencia de la enfermería el cuidado, es necesario construir un cuerpo de conocimientos a partir de una visión holística del ser humano, con la finalidad de actuar de forma eficaz y comprometida, en busca de la ciudadanía, garantizando un bienestar físico, mental y social del individuo, familia y comunidad.

Como cualquier otra arte, el cuidado de enfermería, o en otros términos debería decirse el cuidado del (los) cliente (s) o paciente (s), porque se refiere al cuidado del sujeto. En cuanto al primer término, se centra en la enfermería, pues cabe reflexionar que el cuidar es para el cliente con el paciente cuando sea posible, por eso el cuidado requiere ser aprendido, practicado y de una cuidadosa investigación.

Si bien es cierto de debe usar la tecnología de enfermería, debe entenderse como constructora de competencia institucional del sector salud, y expresarse en la preocupación integral de la salud (necesidades físicas, psicológicas y sociales), en el acompañamiento de las familias de aquellos bajo su ayuda asistencial, en la sistematización de cuidados directos y educación permanente de los cuidadores de salud, en la utilización del método clínico, tanto para consultas así como para la producción de conocimientos (observa,

diagnostica, interviene, evalúa y pronostica) y en la creatividad de las prácticas (independencia de decisiones , responsabilidad por actos e ideas). También son expresadas en la observación sistematizada y en la administración de los servicios de salud, (planear, organizar, conducir, dirigir) y en la vigilancia globalizante de las normas de higiene, confort y bienestar.

Es importante recordar que la meta del cuidar, debe enfocar la calidad de vida, a partir de la perspectiva de cada uno de los clientes. De este modo, la participación efectiva de ellos en el proceso se tornará uno de los requisitos fundamentales. Para ello, la enfermera necesita compartir sus conocimientos y necesita aceptar las diversas manifestaciones de los clientes, así como alterar el ritmo su patrón de energía y de comportamiento, situaciones que no serán fáciles, principalmente por el hecho de estar aún condicionada a la ciencia del curar.

Actualmente, es necesario reflexionar que las sociedades del mundo entero pasan por cambios, donde muchas veces los intereses se tornan más técnicos que humanitarios, por ello es oportuno rescatar el cuidado humano. Esto no significa un rechazo a los aspectos técnicos, tampoco al aspecto científico, sino que se pretende relevar el cuidar enfatizando las características del proceso interactivo y de fluidez de energía creativa emocional e intuitiva que compone el lado artístico además del aspecto moral.

Humanizar el cuidado de Enfermería, y el cuidado en salud, sin duda es uno de los retos de nuestra profesión y de todas las profesiones de las ciencias

de la salud, que impulsa cada vez más a iniciativas para contribuir al logro de esta meta; donde sobre todo la enfermera(o) hará uso de los maravillosos recursos personales.

¿Qué se entiende por humanización? Humanizar una realidad quiere decir hacerla digna del hombre; es decir, coherente con los valores que el ser humano siente como peculiares e inalienables.

Si en nuestra sociedad se siente cada día más la necesidad de hablar de humanización del cuidado al paciente o usuario, quiere decir, que seguramente será necesario mejorar la calidad del cuidado, para que la dignidad de quien sufre no se sienta herida, lo cual se conseguirá cuando el cuidado sea humano.

De acuerdo con Waldow, (1998), El cuidado humano sin duda está pleno de valores por parte de quien brinda el cuidar en este caso la enfermera, valores que, independientemente del enfoque, priorizan la paz, la libertad, el respeto y el amor, entre otros aspectos. Este cuidado en síntesis consiste en una forma de vivir, de ser, de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso con el estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, en la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad; es contribuir en la construcción de la historia del conocimiento y al cuidado de la vida, respetando los derechos del ser humano en el caso de Enfermería, del cliente como ciudadano que es y que somos.

En este caso la enfermera cuidadora al cuidar en el verdadero sentido, se relaciona con el otro ser, colocando no sólo su conocimiento sino también su sensibilidad demostrando habilidad técnica y su espiritualidad, elevándolo y ayudándolo a crecer. El cliente en su experiencia genuina, comparte su ser, su conocimiento, sus rituales de cuidado, sus características que auxiliaron en el proceso de cuidar.

Debemos reflexionar que la habilidad de cuidar sólo se adquiere cuidando y descubriendo nuevas formas de cuidado y haciendo uso de la Investigación Científica, sólo así se evidenciará el verdadero compromiso profesional

El cuidado será humano cuando la enfermera (o) demuestra competencia en una relación de ayuda a los seres humanos ya sean pacientes dependientes o no; es decir, además de saber y saber hacer, o poseer conocimientos y destrezas para poner en práctica los conocimientos teóricos, deberá trabajar sobre si misma e interiorizar las actitudes que le permitan "saber ser, saber estar"; es decir, las disposiciones interiores al servicio de las cuales estarán los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas.

Al respecto, las actitudes propias de la relación de ayuda, según la psicología de C. Rogers, serían la empatía, la autenticidad o congruencia y la aceptación incondicional, cordialidad o calor humano.

Se trata entonces, de un proceso que involucra el modo de estar junto al que sufre, el mismo que debe ser cálido, donde se comprende y se reacciona con autenticidad ante el enfermo o frente a la persona que nos necesita. Es necesario, saber hacer, saber comunicar verbal y no verbalmente, saber escuchar y saber callar, saber conducir una conversación, recordando que sin duda la calidad de la relación entre el cliente y el profesional y que las actitudes del profesional son factores de suma importancia que favorecen el cambio terapéutico después de los factores asociados al mismo enfermo.

Finalmente; se puede decir, que el cuidar- cuidado que la enfermera realiza a la persona tiene que ser humano deberá ser con arte, con ética y estética; pues, debe partir de la acción llevar a la reflexión la misma que genera nuevamente acción para finalmente transformar la realidad de salud de nuestros semejantes.

El cuidado como arte, es una forma de expresión cultural, de comunicación de esta forma expresa sentimientos. La cuidadora al cuidar en su verdadero sentido se relaciona con el otro ser colocando su conocimiento, sensibilidad, demostrando técnica y espiritualidad.

El cuidado como actitud ética, es entendido como una forma de vivir en que los seres humanos intentan armonizar sus deseos de bienestar propio en relación con sus propios actos en función del bienestar de los otros y el cuidado como estética, se refiere a los sentidos y valores que fundamentan la acción en

un contexto inter- relacional de modo que haya coherencia y armonía entre el sentir, el pensar (conocer/saber) y el hacer.

CONCLUSIONES

Los resultados develan que en el hospital en estudio se da la violencia que va desde el tipo leve hasta grave sentida por la gran mayoría y aunque en menos porcentaje; también, queda evidente la violencia muy grave, datos objetivos que son corroborados con datos cualitativos.

Cualitativamente emergen grandes categorías que permitieron caracterizar los tipos de violencia no verbal, que va desde los gestos, la indiferencia profesional y del personal administrativo; seguida de la violencia de tipo verbal, luego la violencia de tipo psicológica caracterizada por la falta de respeto, trato hostil por parte de los profesionales que les genera miedo; así mismo, consideran la incomodidad por tener que esperar el tiempo prolongado para la atención; así como las huellas como resultados de los tratamientos como las equimosis, situación que puede deberse a la fragilidad capilar de los mismos pacientes y que es tomada como violencia.

Cabe enfatizar que no todo es malo y en una comprensión dialéctica y a manera de divergencia emerge la gran categoría del “Buen trato” por parte del personal administrativo y personal profesional, en síntesis de todo el personal; sin embargo, se afirma que al quedar en evidencia el mal trato a los pacientes cualquiera sea el tipo refleja la falta de humanización en el cuidar/cuidado a los pacientes que son personas y merecen un trato digno y de acuerdo con Boff el cuidado humano debe caracterizarse, más que un zelo, por un desvelo y por el compromiso de estar con la persona y acompañarlo en sus experiencia de vivir y hasta la muerte.

RECOMENDACIONES

A las autoridades del hospital en estudio, los resultados les sirva de reflexión y ejecuten la propuesta de capacitación donde se concientice al personal de salud para ir hacia la humanización del cuidado en salud toda vez que son personas que cuidan a personas.

Crear un comité multidisciplinar e implantar un programa de prevención de la violencia para el hospital, basado en las directrices de la OIT y la OMS.

A la Universidad específicamente a la Facultad de Enfermería que promueva estudios sobre la problemática que llevan a una transformación de la situación develada considerando que es su responsabilidad promover el cuidado de la salud de las personas en forma integral y con una visión holística.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Arnetz, L. (1994). In: Chapell, D. y Di Martino, V. Violence at Work (pp. 73) Génova: International Labour Office.
- ✓ Arroyo, G. (2000). Humanismo en enfermería. Revista Enferm IMSS, 8 (2), 61-63.
- ✓ Barrios Casas Sara, ParavicKliin Tatiana. Percepción De Violencia De Usuarios Hospitalizados En Los Servicios Clínicos De Un Hospital Público De La Región De La Araucanía - Chile. Cienc. enferm. [revista en la Internet]. 2009 [citado 2010 Mar 22] ; 15(3): 29-43. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000300005&lng=es. doi: 10.4067/S0717-95532009000300005.
- ✓ Beck, E. *et al.* (1992). In: Chapell, D. y Di Martino, V. Violence at Work (pp. 73). Génova: International Labour Office.
- ✓ Bermejo, José C. 1997. Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en Enfermería. Madrid. San Pablo. División comercial.
- ✓ Borrego,D.*Importanciade los organigrama*. [en línea].Acceso 19 de Agosto del 2009 en www.herramientasparapymes.com/la-importancia-de-los-organigramas
- ✓ Buinic, M., Morrison, A. y Shifter, M. (1999).La violencia en América Latina y el Caribe: un marco de referencia para la acción. Extraído en octubre 15, 2002, disponible en <http://www.iadb.org/sds/publication/publication-515-s.htm>
- ✓ Burgos,M y ParavicT.Violencia hospitalaria en pacientes [en línea].Acceso 4 de junio del 2003 en www.scielo.cl
- ✓ Chapell, D. & Di Martino, V. (1998). Violence at Work (pp. 62-69). Génova: International Labour Office.

- ✓ Consejo Internacional De Enfermería (1999). La violencia. Epidemia mundial. Boletín del CIE. Extraído el 11 septiembre 2000, disponible en <http://www.icn.ch/matters-violencesp.htm>
- ✓ Consejo Internacional De Enfermería (2001). Unidas frente a la violencia: Las enfermeras, dispuestas siempre a ayudarte. Extraído el 28 julio 2002, disponible en <http://www.icn.ch>
- ✓ Consejo Internacional De Enfermería (2000). Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Extraído el 12 agosto 2002, disponible en <http://www.icn.ch/icncodesp.pdf>
- ✓ Consejo Internacional De Enfermería (2002). Nuevos estudios muestran que la violencia en el lugar de trabajo es una amenaza para los servicios de salud en todo el mundo. Comunicado de prensa CIE. Extraído el 26 septiembre 2002, disponible en <http://www.icn.ch/violencia/pr10-02sp.htm>
- ✓ Demo, Pedro. Metodologia Científica emCiênciasSociais. São Paulo. Atlas S.A., 1995.
- ✓ Goic, A. (2000). Es hora de pensar en los derechos de los pacientes. Una introducción. Revista Médica de Chile, 128, 1371-1373.
- ✓ Hacker, F. (1973). En: Hajar, M.; López, M. y Blanco, J. La violencia y sWeus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. Extraído el 18 julio 2001, disponible en <http://www.insp.mx/salud/39/396-9.html>
- ✓ Japiassu, Hilton Ferreira. 1992. Introduçãoao pensamento epistemológico. Rio de Janeiro, F.Alves. S.A.

- ✓ Locate Parts For Any Model With Our Online Form-We'll Contact You ASAP! (En línea) Acceso, 18 de marzo de 2010
<http://www.definicionabc.com/salud/hospital.php>.
- ✓ Lopes, Gertrudes Texeira & Cols. Reflexões sobre pesquisa Qualitativa na Enfermagem. Caderno de Enfermagem No.01, año 1988, Aben, Rio de Janeiro.
- ✓ Ludke, Menga e André, Marli E.D. Pesquisa em Educação: Abordagem Qualitativa. São Paulo, E.P.U. 1986. Enfermagem.
- ✓ Meyer, D. Waldow, V & Lopes J. 1998. Marcas da Diversidade: Saberes e Fazeres da Enfermagem Contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ✓ Naranjo. J. 2015. El respeto. One line.
<http://www.ctv.es/USERS/seip/guada8.htm>
https://www.google.com.pe/search?q=la+indiferencia+como+violencia&oq=la+i+ndiferencia+como+violencia&aqs=chrome..69i57.7366j0j8&sourceid=chrome&espv=210&es_sm=1 el 14 de Enero 2014. Observatorio sobre la violencia y vivencia en la escuela

ANEXOS

ANEXO

PROPUESTA DE PROGRAMA DE SENSIBILIZACION PARA DISMINUIR LA VIOLENCIA INSTITUCIONAL EN UN HOSPITAL EN CHICLAYO.

INTRODUCCION

En el mundo globalizado donde se observan muchos avances producto de la ciencia y la tecnología que deben ir en beneficio de las grandes mayorías; sin embargo muchas veces con el trato a través de la comunicación en sus distintas formas deshumanizamos el cuidado

Por lo mencionado es muy importante internalizar el trato humano a través de mecanismos de comunicación, recursos psicológicos como la empatía la autenticidad así como el respeto a las personas por su dignidad

OBJETIVO:

Lograr en los participantes la sensibilización de un trato humano a las personas que acuden en búsqueda de ayuda al hospital de Chiclayo.

PROPOSITO

Contribuir a la disminución de la violencia institucional, ejercida a través de los trabajadores de un Hospital, a las personas que acuden en ayuda por problemas de salud

METODOLOGIA.

Para el desarrollo de esta temática se utilizara la participación activa de tal manera que los conocimientos estén relacionados con las acciones y los sentimientos favoreciendo la internalización de los contenidos.

Se utilizaran conferencias y talleres que confronten a las personas sobre sus prácticas cotidianas laborales.

Al final de programa se realizara una evaluación que servirá de retroalimentación.

CONTENIDO

FECHA	CONTENIDO	ESTRATEGIA	RESPONSABLE
1.semana	Humanización del Cuidado en salud. Trato humano	Conferencia Taller vivencial: “Fui paciente”	Especialista en el cuidado de la salud. Psicólogo
2. semana	Comunicación en salud.	Conferencia Sociodrama	Comunicador social
3. semana	Técnicas de comunicación	Juego de Roles	Enfermera.
4. semana	Negociación de conflictos	Conferencia Juego de roles	Especialista
5. semana	Valores: respeto, responsabilidad. Código de ética. Aspectos legislativos.	Simposio Foro Carta de compromiso: “Buen trato”	Enfermera.
6,Semana	Derechos ciudadanos	Dramatización	Trabajadora Social

TEMA No. 01

HUMANIZACION DEL CUIDADO EN SALUD Y ENFERMERÍA

Objetivos:

Los participantes estarán en capacidad de:

1. Definir el cuidado de Enfermería para la salud de las personas.
2. Diferenciar los componentes de un cuidado.
3. Concientizarse sobre la humanización del cuidado en salud.

La concepción del cuidado de hecho, tiene relación con la postura filosófica que se tenga del hombre del mundo y de la sociedad; así se puede otorgar mayor importancia al objeto o al sujeto o la interacción de ambos; por otro lado, se puede enfatizar el momento socio- político- económico o sea histórico, o se puede considerar al hombre apenas como un ser abstracto desvinculado del contexto de cualquier especie; por lo tanto, un modo de ser, de estar en el mundo influirá, no sólo, en la concepción del cuidado sino en la forma de practicarlo; es decir, en la forma de brindar el cuidado.

Boff (1999, p.34) refiere, que un modo de ser, es una manera de estructurarse del propio ser y de darse a conocer. Es así como el cuidado entra en la naturaleza y en la constitución del ser humano. El modo de ser cuidado, revela de manera concreta como es el ser humano. Sin el cuidado, él deja de ser humano. Si no recibe cuidado, desde el nacimiento hasta la muerte, el ser humano se desestructura, pierde sentido y muere rápidamente. Si a lo largo de la vida, no se

hiciera con cuidado todo lo que se emprende, se acabaría por perjudicar a si mismo y por destruir lo que se tiene alrededor. Por eso, el cuidado debe ser entendido en la línea de la esencia humana. El cuidado ha de estar presente en todo.

Es así, como el cuidado considerado como una categoría se muestra como la llave descifradora de la esencia humana, que ha sido y viene siendo estudiado para poder decir que aspectos comprende.

El cuidado es el fundamento para cualquier interpretación del ser humano. Si no nos basamos en el cuidado, no lograremos comprender el ser humano. Al respecto algunos estudiosos refieren que etimológicamente el cuidado deriva del latín *cura*. Otros derivan cuidado de *cogitare* – *cogitatus* pero que tiene el mismo significado de *cura* que a su vez significa pensar, colocar atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y de preocupación.

El cuidar a través de los tiempos pasó de un comportamiento de apenas sobrevivir a acciones más racionales y sofisticadas y hoy es considerado como una forma de ser (Heidegger, 1962), como una forma de relacionarse (Roach, 1993), como un imperativo moral (Watson, 1988) y constituye la esencia de ser de la enfermería (Leininger, 1991), o su dominio unificador o integrador (Waldow, 1995).

Acerca del cuidado Boff (op.cit) refiere: **“El cuidado solamente surge cuando la existencia de alguien tiene importancia para mí. Entonces paso a dedicarme a él, me dispongo a participar de su destino, de sus buscas, de sus sufrimientos y de sus sucesos, en fin de su vida”.**

Este autor afirma, que el cuidado significa: desvelo, solicitud diligencia, atención y que de cierta forma, está presente en las diversas civilizaciones, además enfatiza que por su propia naturaleza el cuidado incluye, dos significaciones básicas, íntimamente ligadas entre si: *La primera*, es la actitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro; la *segunda*, de preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene cuidado se siente comprometida y afectivamente unida al otro. Por eso el cuidado siempre acompaña al ser humano porque éste nunca dejará de amar y de desvelarse por alguien, así como tampoco dejará de preocuparse y de inquietarse por la persona amada. Si no fuera así, no se sentiría comprometido con ella y mostraría negligencia, y en el límite revelaría indiferencia que es la muerte del amor y por lo tanto del cuidado.

Es necesario tener en mente que el cuidar de la salud, se presenta de modo (s) diferente (s) a los ojos del profesional y del cliente y es cuando se nota que el profesional de salud en este caso la (el) enfermera (o), realiza el cuidar y el cliente es quien recibe el cuidado.

Para López In Meyer et al. (1998, p 49), el cuidado, es el resultado de un saber acumulado, de disciplinas que descubren las relaciones humanas y el contacto con el otro, más también de experiencias construídas en las prácticas efectivas, aprendidas y transmitidas en servicio y que ayudan a curar o vivir mejor los límites impuestos por la enfermedad.

Comprendiendo el cuidar en una visión amplia, siempre estuvo presente en la historia humana, parece claro visualizarla antes de la Enfermería. El cuidar como

forma de vivir, de relacionarse; el cuidado tecnológico, también de cierta forma, está presente en las diversas civilizaciones; sin embargo, de manera indiferenciada de las prácticas de cura a veces, o sea de la medicina.

Referente a esta categoría, los profesionales de Enfermería estamos concientes de que el hombre es un ser único, que recibe y ejerce influencia sobre el ambiente y que tiene potencialidades y derechos de participar activamente en el proceso de cuidar/cuidado.

La enfermería, como ciencia de la asistencia o como arte del cuidado, desarrolla tecnologías de salud que son continuamente silenciadas, en lo máximo sentidas, pero nunca traducidas universalmente. Se refieren a la interacción enfermera- paciente, y se instalan en la experiencia vivida delante de una acción integral de cuidados. Es el arte sin *objeto*, la asistencia sin la hegemonía de la cura, arte y asistencia que se convierten en marcas de los sujetos que de ella se benefician, constituyendo parte de sí, infinitamente singular, sensible, invisible e inaudita.

En un análisis filosófico Fry, citada por Waldow (1998, p.136) relaciona dos aspectos importantes en el cuidar: el aspecto de actividad y el aspecto de actitudes y sentimientos. Ambos aspectos son considerados complementarios y relacionados, esto es, ocurren en virtud de una relación enfermera- paciente o cliente.

Las actividades, definidas como ayudar o asistir y servir o satisfacer, son mediadas a través de la relación entre enfermera y paciente o cliente. Según Griffin, citada también por Waldow (Ibid) esta relación es un tipo de contacto personal que ocurre al desempeñar tareas en función a necesidades, y son denominadas actividades de cuidar. No obstante, sólo pueden ser consideradas realmente como cuidado al ser desempeñadas de un modo particular, por la expresión de un componente emocional.

De hecho la motivación de cuidar, independiente de gustar o no, está relacionado a un sentimiento, a un llamado, a una compulsión por ayudar a quien lo necesite. No es un comportamiento impensado, al contrario, él es consciente en el sentido de responder a principios y a valores morales.

El cuidado activa un comportamiento de compasión, de solidaridad de ayuda en el sentido de promover el bien, en el caso de los profesionales de salud, teniendo en vista el bienestar del ser humano, su integridad moral y su dignidad como persona.

En las características del cuidado, se reconocen atributos deseables o idealizados; sin embargo, existe el lado opuesto, pues hay personas que realizan actividades que no encajan dentro de lo que puede significar el cuidado, o por lo menos en su totalidad. Además, en las actividades que exigen o incluyen comportamientos de cuidar, muchas personas, no presentan comportamientos de cuidar.

Es común que trabajadores en salud desarrollen apenas tareas, esto es, cumplen apenas una obligación de trabajo apenas como una actividad de remuneración, un medio de sobre vivencia. En este caso no existe un verdadero compromiso (moral) con la profesión o actividad. A veces son cuidadoras eficientes, responsables pero demuestran una actitud bastante distante y fría con los pacientes. De otro lado, hay personas que desempeñan su trabajo con compromiso, con placer. Normalmente son cuidadoras bastante sensibles que consiguen expresar su sensibilidad.

Cabe preguntarse, si en los dos primeros casos el cuidado deja de existir, o sea, si los pacientes no recibieron el cuidado de enfermería. A pesar que las enfermeras evidencian actividades realizadas promoviendo un cuidado satisfactorio, el concepto de cuidado sería inapropiado. Pues, el cuidado por las múltiples características y principalmente por ser interactivo y no realizado por máquinas, presenta variedades en sus expresiones de cuidar. Pareciera que el cuidado en su sentido ideal no se procesa, pero no deja de ocurrir o sea, el cuidado no ocurre pero las intervenciones de enfermería son realizadas. Esto probablemente tiene que ver con el conocimiento que se tenga, con el pensamiento si es crítico o a-crítico. Por eso; es necesario reflexionar sobre la manera de pensar y cómo mejorar ese pensamiento sobre el cuidar-cuidado!

El cuidar debe entenderse como los comportamientos y acciones que incluyen conocimiento, valores, habilidades y actitudes, emprendidas en el sentido de favorecer las potencialidades de las personas para mantener y mejorar la condición humana en el proceso de vivir y morir. El cuidar debe ser entendido

también como proceso de interacción dinámico, intuitivo y creativo entre cada enfermera las personas y sociedad, procurando un caminar rumbo a nuevas experiencias, donde ellos de forma original y única, se auto-conocen y se transforman. En consecuencia, no se podrán padronizar etapas. Así mismo el cuidado debe entenderse como el fenómeno resultante del proceso de cuidar (Waldow, 1995). El proceso de cuidar representa la forma como ocurre (o deberá ocurrir) el cuidar entre cuidadora y el ser cuidado.

Siendo la esencia el cuidado del hacer del equipo en salud, es necesario construir un cuerpo de conocimientos a partir de una **visión holística** del ser humano, con la finalidad de actuar de forma eficaz y comprometida, en busca de la ciudadanía, garantizando un bienestar físico, mental y social del individuo, familia y comunidad.

El cuidado en salud, como cualquier otra arte, o en otros términos debería decirse el **cuidado de las personas**, porque se refiere al cuidado del sujeto. En cuanto al primer término, se centra en la enfermería, pues cabe reflexionar que el cuidar es para la persona con la persona cuando sea posible, por eso el cuidado requiere ser aprendido, practicado y de una cuidadosa investigación.

Si bien es cierto se debe usar la tecnología de preferencia la tecnología blanda, debe entenderse a ésta como constructora de competencia institucional del sector salud, y expresarse en la preocupación integral de la salud de la persona como un todo indivisible, en el acompañamiento de las familias de aquellos bajo su ayuda asistencial, en la sistematización de cuidados directos y educación

permanente de los cuidadores de salud, en la utilización del método clínico, tanto para consultas así como para la producción de conocimientos (observa, diagnostica, interviene, evalúa y pronostica) y en la creatividad de las prácticas (independencia de decisiones, responsabilidad por actos e ideas). También son expresadas en la observación sistematizada y en la administración de los servicios de salud, (planear, organizar, conducir, dirigir) y en la vigilancia globalizante de las normas de higiene, confort y bienestar.

Es importante recordar que **la meta del cuidar**, debe enfocar la calidad de vida, a partir de la perspectiva de cada una de las personas. Para ello, la enfermera necesita compartir sus conocimientos y necesita aceptar las diversas manifestaciones de las personas, así como alterar el ritmo su patrón de energía y de comportamiento, situaciones que no serán fáciles, principalmente por el hecho de estar aún condicionada a la ciencia del curar.

Es importante tener en cuenta que la meta del cuidar para mejorar la calidad de vida es imposible de ser cumplida por el trabajo de la enfermera solamente, por eso, es necesario reflexionar, pues el ser humano no está aislado es un ser concreto situado en una realidad compleja e histórica; por lo tanto, es imperiosa la necesidad de trabajar multidisciplinariamente con una visión intredisciplinaria cuyo proyecto sea el cuidar/cuidado humano.

Actualmente, es necesario reflexionar que las sociedades del mundo entero pasan por cambios, donde muchas veces los intereses se tornan más técnicos que humanitarios, por ello es oportuno rescatar el cuidado humano. Esto no significa un

rechazo a los aspectos técnicos, tampoco al aspecto científico, sino que se pretende relevar el cuidar enfatizando las características del proceso interactivo y de fluidez de energía creativa emocional e intuitiva que compone el lado artístico además del aspecto moral.

El cuidado humano sin duda está pleno de valores por parte de quien brinda el cuidar en este caso la enfermera, valores que, independientemente del enfoque, priorizan la paz, la libertad, el respeto y el amor, entre otros aspectos. Este cuidado en síntesis consiste en una forma de vivir, de ser, de expresarse. Es una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso con el estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, en la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad; es contribuir en la construcción de la historia del conocimiento y al cuidado de la vida, respetando los derechos del ser humano en el caso de Enfermería, del cliente como ciudadano que es y que somos. *En este caso la cuidadora o cuidador al cuidar en el verdadero sentido, se relaciona con el otro ser, colocando no sólo su conocimiento sino también su sensibilidad demostrando habilidad técnica y su espiritualidad, elevándolo y ayudándolo a crecer.* El ser humano en su experiencia genuina, comparte su ser, su conocimiento, sus rituales de cuidado, sus características que auxiliaron en el proceso de cuidar. (Waldow, 1998)

Debemos reflexionar que la habilidad de cuidar sólo se adquiere cuidando y descubriendo nuevas formas de cuidado y haciendo uso de la Investigación Científica, sólo así se evidenciará el verdadero compromiso profesional

Se puede decir, que el cuidar- cuidado que el personal de salud realiza a la persona tiene que ser humano deberá ser con arte, con ética y estética; pues, debe partir de la acción llevar a la reflexión la misma que genera nuevamente acción para finalmente transformar la realidad de salud de nuestros semejantes.

El cuidado como arte, es una forma de expresión cultural, de comunicación de esta forma expresa sentimientos. La cuidadora al cuidar en su verdadero sentido se relaciona con el otro ser colocando su conocimiento, sensibilidad, demostrando técnica y espiritualidad.

El cuidado como actitud ética es entendido como la acción que es realizada en el sentido de hacer lo que moralmente es correcto como una forma de vivir en que los seres humanos intentan armonizar sus deseos de bienestar propio en relación a sus propios actos en función del bienestar de los otros.

El cuidado como estética, se refiere a los sentidos y valores que fundamentan la acción en un contexto inter-relacional de modo que haya coherencia y armonía entre el sentir, el pensar (conocer/saber) y el hacer.

DIA	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA METODOLOGICA	RESPONSABLE
TALLER 1: Fui paciente			
1.	Cuidado Deshumanizado	Dramatización	Enfermera
2.	Humanización del cuidado	Dramatización	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

MEYER, D. WALDOW, V & LOPES J. 1998. *Marcas da Diversidade: Saberes e Fazeres da Enfermagem Contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas.

WALDOW, Vera Regina, LOPES, Marta Júlia Marques e MEYER, Dagmar Estermaz. 1995. *Maneiras de Cuidar/ Maneiras de Ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

WALDOW, Vera Regina. 1998. *Cuidado humano o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto.

TEMA No. 02

COMUNICACION EN SALUD

OBJETIVOS

Los participantes estarán en capacidad de:

- 1 Definir la *comunicación* y reconocer sus funciones.
- 2 Identificar los factores que afectan el uso de canales de Comunicación.
- 3 Reconocer las barreras más comunes de la comunicación
- 4 Describir un programa eficaz de comunicación en una organización que pasa por un cambio drástico.
- 5 Bosquejar los comportamientos relacionados con la atención eficaz y activa.
6. Analizar como la tecnología está cambiando la comunicación Organizacional.

DESARROLLO:

Comunicación: Deriva del latín *communicare*, que significa “compartir algo, poner en común”. Por lo tanto, la comunicación es un fenómeno inherente a la relación que los seres vivos mantienen cuando se encuentran en grupo. A través de la comunicación, las personas o animales obtienen información respecto a su entorno y pueden compartirla con el resto. El proceso comunicativo implica la emisión de señales (sonidos, gestos, señas, etc.) con la intención de dar a conocer un mensaje. Para que la comunicación sea exitosa, el receptor debe contar con las habilidades que le permitan decodificar el mensaje e interpretarlo. El proceso luego se revierte cuando el receptor responde y se transforma en emisor (con lo que el emisor original pasa a ser el receptor del acto comunicativo).

La evolución de las definiciones en comunicación para la salud, ha incluido cambios sustanciales en la planeación y la conceptualización utilizada en su desarrollo..."

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud... la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud..."

Varios autores coinciden en categorizar el papel de los medios de comunicación como pieza clave en el desarrollo de una comunicación para la salud efectiva, según Luis Ramiro Beltrán el empleo sistemático de medios de comunicación es una herramienta de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales que cumplan los objetivos de los programas de salud pública.

Otros autores difieren en el manejo que se les debe dar a los medios de comunicación en la distribución de información para la salud; Gumucio Dagrón expresa la necesidad de una comunicación para la salud comunitaria que esté basada en el diálogo.

La teoría de la comunicación para la salud utiliza cuatro elementos clave del proceso de comunicación: audiencia, mensaje, fuente y canal - sumados a un fuerte componente de investigación y participación. Los programas efectivos de comunicación en salud identifican y le dan prioridad a la segmentación de audiencias, entregan mensajes precisos basados en fuentes científicamente

veraces y logran llegar a las audiencias a través de canales de comunicación familiares.

Puede adoptar muchas formas que van desde la comunicación de masas y los multimedia a las tradicionales y específicas de una cultura. Se ha observado un desplazamiento cualitativo en el pensamiento de la salud y la comunicación en salud, de un enfoque efectista, individualista y bio-médico hacia un enfoque en donde las culturas, las relaciones sociales y la participación activa de las personas se constituyen ahora en referentes esenciales para el diseño de programas de comunicación en salud.

Formas de comunicación: Según el código que en ellas se ocupe, existen distintos tipos de comunicación:

Lingüística escrita: cuando el código empleado es lingüístico escrito. Por ejemplo, la correspondencia por carta.

Lingüística oral: cuando el código empleado es lingüístico oral. Por ejemplo, cuando conversamos.

No lingüística visual: cuando el código empleado es no lingüístico visual. Por ejemplo, la publicidad.

No lingüística gestual: cuando el código empleado es no lingüístico gestual. Por ejemplo, los gestos que utilizamos a diario.

No lingüística acústica: cuando el código empleado es no lingüístico acústico. Por ejemplo, la sirena de la ambulancia.

Estilos de comunicación: Los estilos de comunicación podrían describirse en función de los componentes de las habilidades sociales utilizados por el individuo. Esto nos da la suma de tres estilos principales:

1) Estilo inhibido, Es el estilo habitualmente usado por personas preocupadas por satisfacer a los demás que son incapaces de pensar en la posibilidad de enfrentarse a alguien en cualquier sentido. Estas personas anteponen los deseos y las opiniones de los demás a los suyos propios.

El estilo de comunicación inhibido genera sentimientos de desamparo, depresión y tensión a la hora de mantener relaciones interpersonales y sociales y los individuos que lo usan habitualmente padecen de una baja autoestima.

Rasgos característicos:

a) Elementos no verbales.

- Expresión facial seria, o sonrisa tímida y tensa.
- Ojos orientados hacia abajo sin mirar directamente a los ojos.
- Sonrisa. Tímida, con muy poca frecuencia y muy poca amplitud.
- Postura corporal. Tiende a alejarse y a contraerse.
- Posición ladeada con respecto al interlocutor, evitando el frente a frente.
- Evita el contacto físico al estrechar la mano y la suele dejar “muerta”.
- Gestos. Pocos y próximos al cuerpo para pasar inadvertidos.
- Automanipulaciones. Abundantes así como los movimientos nerviosos con manos y piernas.

b) Elementos paraverbales:

- Volumen de voz excesivamente bajo.
- Entonación más bien monótona.
- Fluidez verbal escasa, resultando el habla entrecortada.
- Velocidad. Muy lenta o muy rápida.

- Claridad. Deficiente.
- Duración. Breve y a base de monosílabos.

c) Elementos verbales:

- Contenido. Uso del condicional, sin afirmaciones y con muletillas dubitativas.
- Atención personal. No suelen interesarse por sus interlocutores.
- Preguntas y respuestas. Contestan con la menor cantidad de palabras.

2) Estilo agresivo, Es el estilo habitualmente usado por personas que no sólo se preocupan por defender a cualquier precio sus derechos, sino porque su forma de defenderlos normalmente lleva aparejada la falta de respeto hacia los derechos de los demás, incluso cuando no sea necesario defender lo propios.

Son características generales de este estilo de comunicación la agresión, el desprecio y el dominio hacia los demás. Con frecuencia están aislados, tensos y pierden con facilidad el control de las situaciones y de sus propios recursos al enfrentarse a las relaciones interpersonales. Practican la comunicación unidireccional, pues no permiten la retroalimentación.

Rasgos característicos:

a) Elementos no verbales.

- Expresión facial con signos de tensión o de enfado permanente.
- Ojos. Miran directamente a los ojos de manera agresiva y sostenida.
- No respeta las distancias traspasando incluso la distancia íntima.
- Posición frente a frente.
- Gestos. Abundantes y amenazadores.

b) Elementos para verbales:

- Volumen de voz excesivamente alto lo que impide el uso de la entonación.
- Fluidez verbal buena.
- Velocidad. Muy rápida.
- Claridad. No muy buena.
- Duración. Excesiva.
- Latencia. Muy corta.

c) Elementos verbales:

- •Contenido. Usan términos imperativos, críticas al comportamiento de los demás, y utilizan con frecuencia palabras y formas amenazadoras y expresiones malsonantes.
- •Atención personal. No suelen interesarse por sus interlocutores.
- •Preguntas y respuestas. Contestan a las preguntas con otra pregunta o la ignoran.

3) Estilo asertivo, Es el estilo habitualmente usado por personas que son capaces de expresar sus sentimientos, ideas y opiniones, de forma que aún defendiendo sus propios derechos, respeta de forma escrupulosa los derechos de los demás. Es decir, utiliza los componentes de la comunicación de forma que optimiza sus habilidades sociales. Se adaptan se al contexto donde se desarrolla la comunicación y consiguen comunicarse en cada ocasión de la mejor forma posible. En sus relaciones interpersonales se sienten relajados y con control, lo cual facilita la comunicación. Se gustan a sí mismos y gustan a los demás, y el trato con ellos suele resultar, en términos profesionales y personales, bueno con los demás y

bueno para ellos mismos como consecuencia de esa negociación ideal en la que todos ganan en que convierte el proceso de comunicación.

Rasgos característicos:

a) Elementos no verbales.

- Expresión facial amistosa y distendida.
- Ojos. Miran directamente al interlocutor pero le dan descansos.
- Sonríe con frecuencia.
- Posición frente a frente manteniendo las distancias adecuadas.
- Gestos. Firmes y abundantes pero nunca amenazadores.

b) Elementos paraverbales:

- Volumen de voz adecuado.
- Entonación. Variable en función de la parte del mensaje que quiere resaltar.
- Fluidez verbal buena.
- Velocidad. Adecuada.
- Duración. Proporcional a los participantes.
- Latencia. Se asegura de que la otra persona ha terminado de hablar.

c) Elementos verbales:

- Contenido. Usan la primera persona para expresar sus propias ideas, opiniones, emociones y sentimientos y habla en términos de colaboración.¹
- Atención personal. Abundante, reforzando siempre al otro.
- Preguntas y respuestas. Formula preguntas adecuadas y responde de manera adecuada al tipo de pregunta (abierta o cerrada).

Identificar el estilo de comunicación de una persona nos facilitará la tarea de relacionarnos con él. Un estilo de comunicación denota una personalidad detrás del mismo y cuantos más datos tengamos de nuestro interlocutor, mejor le podremos conocer y adaptarnos para que la comunicación sea más exitosa.

Técnicas de comunicación:

1. Escucha activa: La escucha activa supone escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla.

La escucha activa alude no sólo a la habilidad de escuchar lo que la persona está expresando directamente.

También engloba la capacidad de *saber leer los sentimientos o pensamientos* que subyacen a lo que está diciendo.

2. Paráfrasis: Es la estrategia que se utiliza para que el cliente elabore más en el contenido del mensaje verbal. La enfermera/o toma el mensaje original y lo parafrasea en sus propias palabras sin que pierda el significado.

3. Clarificación: La clarificación intenta entender el mensaje del cliente pidiendo más información o elaboración en un punto. La estrategia es más útil cuando partes de la comunicación de un cliente son ambiguas (confusas) o no son entendidas fácilmente. La falta de pedir la clarificación cuando una parte de la comunicación es poco entendida, hace que el profesional de la salud actúe con información incompleta o inexacta.

Ejemplo; No estoy seguro de lo que quieres decir. Podría hacer cuéntame otra vez?

4. Centrar la entrevista: Preguntas o afirmaciones que ayudan al paciente a extenderse sobre un tema de importancia. Ej. Creo que debería hablar más a cerca de la relación con su padre. Valor terapéutico: Centrar y mantener la comunicación en el objetivo
5. Rememoración: Repetir el pensamiento principal que expresa el paciente. Ejemplo: “Ud. Dijo que su madre lo abandonó a los 5 años”. Valor terapéutico: Refuerza o llama la atención sobre algo importante
6. Uso del silencio: Falta de comunicación no verbal por razones terapéuticas. Valor terapéutico es dar al paciente tiempo para pensar
7. Uso del humor: Disfrutar de lo cómico que hay en lo imperfecto Ejemplo: Es una curiosa idea de lo que significa “nervioso”. Valor terapéutico: Promueve la introspección, atempera la agresión, una forma subliminal. socialmente aceptable

Problemas en la comunicación:

La mayor parte de los problemas a la hora de escuchar son consecuencia de los siguientes FACTORES o “TAPONES”:

1. -Lectura de mente: La persona hace suposiciones sobre las intenciones o deseos del otro. No presta atención a lo que realmente le está diciendo, sino que fantasea, adivina, le pone su propia interpretación o mapa.
2. Juicios: Se prejuzga al otro, poniéndole alguna etiqueta. Se lo clasifica con mucha ligereza sin realmente saber qué le pasa y qué está diciendo.
3. Comparación: Si se presta atención a quien es más inteligente, más guapo o competente, la comunicación se ve seriamente afectada. Ejemplo: “Yo tengo una casa mucho más grande que la suya”

4. Eliminación: Consiste en escuchar algunas cosas y otras no, se pone filtros. Cuando se ha escuchado ya lo que nos interesa, dejamos de escuchar. Ejemplo: El novio deja de escuchar cuando se ha asegurado de que ella ya no está enojada.
5. Consejos: Cuando alguien necesita que lo escuchen lo último que quiere es que le demos consejos. “Yo en tu lugar...” Además, se empieza a aconsejar antes de haber acabado a escuchar todos los argumentos, sin prestar atención a los sentimientos.
6. Ensayo: Mientras el otro habla, ensayamos mentalmente nuestras respuestas. Cuando hacemos esto, el mensaje del otro se pierde y nos centramos sólo en nuestros propios pensamientos. “Yo diré, el dirá y entonces yo le contestaré....”
7. Identificación: Te identificas con todo lo que te están contando y lo haces tuyo. Cualquier cosa que te dicen lo asocias con algo que te ha podido ocurrir a ti y por supuesto dejas de estar escuchando a la otra persona para estar sólo con vos.

Comunicación participativa en salud:

El concepto de comunicación participativa parte del supuesto de que aquellos afectados por las decisiones, deben estar involucrados en la toma de estas...

Este proceso se basa en el diálogo, aunque se empleen distintos medios de comunicación, ya sean tradicionales o modernos.

Comunicación para el cambio de comportamientos:

Consiste en las concepciones que llevan a cambios conductuales o de comportamiento. Múltiples teorías han sido elaboradas... Sin embargo, existe cada vez más consenso de que hay un número limitado de variables que necesitan ser consideradas al momento de predecir o comprender una conducta, vienen de tres teorías:

La Teoría de Aprendizaje Social: "Aquí se aprende por observación de los otros... los individuos tienen que tener un sentido de agencia personal o autoeficacia, para poder realmente desempeñar el cambio de conducta deseado... La conducta de salud, también es afectada por los resultados que la gente espera de sus acciones..."

El Modelo de Creencias en Salud: supone que las creencias de las personas influyen de manera significativa en las decisiones que adoptan en relación con la salud, influyendo en su susceptibilidad a la enfermedad, la gravedad de la misma, los beneficios y las dificultades que le supone..."

La teoría de la Acción Razonada: "sostiene que el cambio de una conducta específica es determinada principalmente por la fuerza de las intenciones personales a desempeñar esa conducta."

MODELOS Y ESTRATEGIAS EN COMUNICACION EN SALUD

1. Modelo de difusión de innovaciones: en éste modelo se aplica la utilización de agentes sociales como propiciadores de cambio; en ésta teoría se identifica la

importancia de los líderes de opinión en el proceso de difusión y adopción de nuevas conductas.

2. Modelo de la Comunicación Macro-intencional: parte de una convocatoria hecha por un productor social, orientada a re-editores sociales determinados, mediante redes de comunicación directa, apoyada en medios masivos y orientada a producir modificaciones en los campos de actuación de los re-editores en función de un propósito colectivo."

3. Modelo de comunicación para el cambio social: en este modelo se describe un proceso donde el "diálogo de la comunidad" y la "acción colectiva" trabajan en conjunto para producir cambios sociales en una comunidad que mejoren el estado de salud y de bienestar de todos sus miembros..."

4. El mercadeo social su principio es que toda acción basada en un intercambio... se enfoca principalmente en la influencia de la conducta del individuo, mediante el énfasis de cuatro aspectos: el producto, el precio, el lugar y la promoción.

5. La abogacía por los medios, utiliza a los medios informativos y los multimedia, para ejercer influencia sobre los políticos e inducir a la movilización de la comunidad, a través de grupos de presión sobre temas concretos."

DIA	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA METODOLOGICA	RESPONSABLE
TALLER 2: (Des) aprendiendo a Comunicarse			
1.	Comunicación vertical	Juego de roles	Comunicador social
2.	Comunicación Asertiva.	Juego de roles	
TALLER 3: Negociación de Conflictos			
1.	Ganar – perder	Sociodrama	Psicólogo social
2.	Ganar – ganar	Sociodrama	

BIBLIOGRAFIA

1. Beltran Luis Ramiro, Comunicación para la salud del Pueblo OPS/OMS. 2009
2. Carlos J. van-der Hofstadt Román, Yolanda Quiles Marcos, M^a José Quiles Sebastián. Edit Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad. Primera edición
3. Gail. Stuart, Michele T. Laraia, Enfermería Psiquiátrica. Principios y prácticas. 2006 8va. ed. Ed. Elsevier Mosby
4. B.W. Du Gas Tratado de Enfermería Práctica. 1978. 4ta. Edición, Ed. Mc. Graw – Hill Interamericana

TEMA No. 03

VALORES Y LA ETICA

OBJETIVOS:

1. Conceptualizar la ética.

1. Reconocer los principios y valores éticos que deben caracterizar a los profesionales de la salud.
2. Analizar el cumplimiento de los valores en el cuidado de las personas sanas o enfermas que son sujetos de cuidado.

Valores: En un sentido genérico, los valores son las propiedades, cualidades o características de una acción, una persona o un objeto considerados típicamente positivos o de gran importancia. Los valores son objeto de estudio de la Axiología.

DESARROLLO

Siendo la Axiología una rama de la Filosofía que estudia los valores. La axiología se aplica también a otros ámbitos como el Derecho y la Pedagogía, en el que aparecen temas de carácter axiológico. En ocasiones se utilizan los términos Filosofía de los valores y Teoría de los valores.

Esta palabra procede del francés axiologie, formada con los términos griegos ἄξιος ('digno', 'valioso', 'con valor') y λόγος (logos, que en este caso se puede traducir como 'estudio', 'teoría', 'tratado').

Referido al ser humano, se suele hablar de valores humanos o valores universales. Aplicados a un grupo de personas, los valores que están influidos o determinados por una determinada sociedad y una cultura se suelen denominar valores sociales

y valores culturales. Aquellos que están considerados desde el punto de vista de la Ética y de la Moral son los valores éticos y los valores morales.

Los valores como categoría, permiten su análisis desde tres planos:

1. Como: “**sistema objetivo de valores**”, teniendo en cuenta su carácter dinámico, cambiante, dependiente de las condiciones histórico-concretas y con una estructura jerárquica. Este sistema de valores estaría dado por la relación de significación entre los distintos procesos o acontecimientos de la vida social y las necesidades e intereses de la sociedad en su conjunto.
2. Como “**sistema subjetivo de valores**”, que no es más que la forma en que ese sistema objetivo de valores influye en la conciencia individual y colectiva de la sociedad. Cada sujeto confirma su sistema subjetivo de valores que puede estar o no en correspondencia con el sistema objetivo de valores ya que en este proceso de valoración influyen los intereses particulares del sujeto, las influencias educativas y culturales que recibe y las normas y principios que prevalecen en la sociedad donde vive.

Estos valores subjetivos dan una idea de cómo un sujeto se proyecta ante la sociedad y son reguladores internos en su conducta.

3. Como “**sistema de valores institucionalizados oficialmente**”, del cual emana la ideología oficial, la política interna y externa, las normas jurídicas, el derecho, la educación formal, etc.

Este sistema puede ser el resultado de la generalización de una de las escalas subjetivas existentes en la sociedad o de la combinación de varias de ellas y por lo tanto puede tener un mayor o menor grado de correspondencia con el sistema objetivo de valores.

De esto se deduce el gran desafío o reto que en el plano político-ideológico y cultural tienen las instituciones educadoras del personal de salud en general y de la profesión de enfermería en particular pues nos enfrentamos con grandes transformaciones en un mundo globalizado que cada vez se torna más desafiante, competitivo y deshumanizante.

El desafío de brindar un servicio de calidad, bajo un cuidado humanizado consecuente con una concepción de hombre, exige a las instituciones formadoras y prestadoras de salud asumir la responsabilidad de consolidar y desarrollar los valores más humanísticos en el personal de salud, y el fortalecimiento constante de la ética.

Disminuir la violencia en el servicio a las personas, reclama todos los esfuerzos en la formación permanente de los profesionales y personal administrativo en personas con principios y valores éticos capaces de enfrentar los problemas globales y estén preparados para dar respuesta a las demandas sociales imperantes.

En el desarrollo de esta temática se partió por decir que los principios expresan los ideales, objetivos, propósitos o fines que las personas, colectivos o sociedades asumen. Una vez que los principios son asimilados por la conciencia de una persona, un grupo, una clase social, un pueblo, es decir, **son interiorizados**, se convierten en **valores** y constituyen en **convicciones** cuando prevalecen en la actuación individual o colectiva defendiéndose en todas las circunstancias.

Los principios forman un todo, subjetivo-conceptual-teórico, inductor de conductas que son inherentes a la concepción del mundo que se tenga.

Existen diversas concepciones de clasificar los valores, teniendo en cuenta los principios enumerados anteriormente se podría clasificar en:

1. Principios humanos Generales o Universales
 2. Principios Patrióticos
 3. Principios sociales
1. Los principios humanos o generales; están allí la dignidad personal, el apego a la verdad, el sentimiento de ayudar a otros, solidaridad, sinceridad, honestidad, modestia, sencillez, decencia, disciplina, generosidad, respeto.
 2. Los patrióticos se sintetizan en la defensa de la soberanía, la independencia nacional, la autodeterminación, la protección del medio ambiente, la identidad cultural; el amor a las mejores tradiciones de un país.
 3. Los principios sociales, por último, se resumen en los ideales excelsos de la libertad, igualdad y solidaridad.

Estos valores y principios pueden conformar actitudes o conductas predominantes en la praxis de las personas o colectivos, es decir, pueden conformar expresiones de conciencia individuales, devenidas de formas de conciencias sociales morales y/o éticas.

La Ética como forma de conciencia social, se expresa en las más variadas dimensiones de la actividad del hombre, dentro de las éticas profesionales, enmarcamos la Ética Médica, admitida también como Bioética Médica, Bioética Clínica o Sanitaria, la cual nuclea principios básicos que se concentran para muchos estudiosos del tema en los principios cardinales de:

- **La Beneficencia** (tributaria del médico y demás profesionales de la salud)
- **La Autonomía** (tributaria del paciente)

- **La Justicia** (tributaria de la sociedad)

La beneficencia es el principio moral de actuación del médico y todo profesional de salud: lo principal es el bien del paciente, de la humanidad. La exageración de este principio lleva al paternalismo, a menoscabar el principio de la autonomía.

La autonomía es el principio moral que sustenta el comportamiento del paciente respecto a la atención a su salud. El paciente no debe ser ignorado, sus valores y creencias deben ser respetadas. Como garantía del cumplimiento de este principio se ha consolidado la respetabilidad al consentimiento informado y el secreto médico.

La justicia permite valorar éticamente la interrelación y conflictos entre los dos principios anteriores, así como para evaluar la atención de salud a la población en cuanto a equidad, pertinencia y calidad científico-técnica y humana.

El lograr que los profesional y personal del hospital desde sus primeras experiencias prácticas asuman una actitud de respetar íntegramente la intimidad de los pacientes y sus allegados, les benefician siempre ilimitadamente y se comporten con la justicia de que son acreedores todos los pacientes, es expresión de una conducta solidaria, exenta de toda **maleficencia**, y por supuesto de un actuar Ético con una elevada profesionalidad lograda por su preparación científico-técnica.

Estos comportamientos hay que inocularlos, enaltecerlos, controlarlos en todas las actividades educativas de educación continua, hay que asumirlos como un objetivo educativo relevante, imprescindible, necesario, a obtener en el desarrollo de todas las actividades académicas o curriculares, extracurriculares y sociales.

El formar un profesional de la salud que tenga como virtud una concatenación dialéctica de los valores siguientes debería ser la máxima aspiración de las instituciones de salud:

Humanismo	Abnegación	Altruismo
Solidaridad	Amor al trabajo	Respetuosidad
Responsabilidad	Sensibilidad	Eficiencia
Honestidad	Modestia	Competencia

Todos ellos permitirán una actuación profesional durante su vida laboral activa acorde con los principios de la ética o en su decir más amplio con la bioética; para lograr esto es necesario fortalecer y mantener el enfoque integral de una labor educativa a partir del proyecto de trabajo educativo institucional.

Los planes de estudio no solo deben reflejar los objetivos educativos que se quieren alcanzar sino también las vías, métodos o planes de acción que permitan llevar a cabo este empeño. Para lograr estos objetivos se debe tener en cuenta que el proceso formativo debe colocar al educando como sujeto de su propia formación y este proceso no se debe dejar a la espontaneidad.

Trabajar por tanto en la educación de valores en el programa educativo requiere de una serie de condiciones como:

- Formación psicopedagógica de los docentes
- Concepción del proceso de enseñanza aprendizaje como un proceso dialógico donde docentes y estudiantes asumen la condición de sujetos de enseñanza-aprendizaje.
- Utilización de métodos participativos en el PEA como vía importante para el desarrollo del carácter activo del estudiante y de la educación de sus valores.

- Una comunicación profesor alumno centrada en el respeto mutuo, la autenticidad en las relaciones que propicie la influencia del docente como modelo educativo en la formación de valores de sus estudiantes.

Se puede resumir que los valores se desarrollan a partir del contexto social en el que los individuos se insertan, matizados por las necesidades, intereses y motivaciones personales. No son el resultado de una comprensión, de una información pasiva que se inyecta a la persona; el valor se configura a través de la persona concreta que lo interioriza y desarrolla, es decir la persona acrecenta el valor a través de su historia personal, de su experiencia, de su propio lenguaje, de un proceso de valorización. No es a través del mero discurso que se fomentan los valores en el profesional y trabajador de la salud. El profesor como facilitador en el PEA, con su ejemplo personal, su decoro, su consagración, con su actuar ético, con la transmisión de sus vivencias y compromiso social, logrará en sus educandos el desarrollo de estos valores a los cuales aspira toda institución de salud.

CONCLUSIONES:

1. Los Principios éticos de beneficencia, autonomía y justicia deben desarrollarse en los trabajadores y profesionales de salud durante todo el transcurso de su vida laboral.
2. Los valores esenciales que debe poseer el profesional de la salud deben estar centrados en: humanismo, solidaridad, responsabilidad, honestidad, abnegación, amor al trabajo, discreción, respetuosidad.
3. Dentro de los objetivos del perfil de salida del profesional de salud y personal debe estar la formación de valores inherentes al carácter eminentemente humanista de la profesión.

4. En la formación de valores es necesario tener en cuenta los aspectos psicopedagógicos..

5. Es necesario el diagnóstico de los valores a desarrollar y fortalecer para planificar el trabajo en este sentido y no dejarlo a la espontaneidad.

DIA	ACTIVIDAD	ESTRATEGIA METODOLOGICA	RESPONSABLE
TALLER 4: Cultivando Valores			
1.	Conflicto ético	Caso	Experto
2.	Resolución de Conflicto	Fluoxograma de resolución	
TALLER 5: Respetando los derechos ciudadanos			
1.	Derechos ciudadanos	Declaración de derechos	Abogado
2.	Deberes ciudadanos	Declaración de deberes	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Fabelo, J.R; Valores Universales y Problemas Globales. Compilación de Temas para la asignatura Filosofía y Salud. 2da parte, 1994, CapVIII: 384-406.
2. Conferencia Mundial sobre Educación Médica de la Federación Mundial para Educación Médica. Declaración de Edimburgo, agosto, 1988.
3. Recomendaciones. Declaración de Edimburgo, agosto, 1993.
4. Conferencia Mundial de Educación Médica. Declaración de Santa Fe de Bogotá, octubre, 1995.
5. 39ª Asamblea Médica Mundial. Declaración de Rancho Mirage sobre Educación Médica, Madrid, España, octubre, 1997.
6. Conferencia Mundial sobre Educación Superior. UNESCO. Declaración Mundial sobre la educación superior en el siglo XXI: visión y acción. París, octubre, 1998.

7. González Maura, V; La educación de valores en el currículo universitario. Un enfoque psicopedagógico para su estudio. Rev. Cubana Educ. Med. Super 2000; 14(1): 74-82.
8. Guemes F, Echevarría L, Ramiro Y, Torres MA, Labrada M, Ofarril G.El sentido de la vida en los estudiantes de ciencias médicas y el trabajo educativo curricular en su formación de valores. Resultados del proyecto de investigación, FCM “Dr. Salvador Allende”, junio, 2002.
9. Fabelo, J.R; La crisis de valores: conocimiento, causas y estrategias de superación. La Formación de Valores en las nuevas generaciones. Editorial Ciencias Sociales, La Habana, 1996,7-19.
10. Barrios Osuna, I, Rivera Michelena N; La visión lógico-intelectual y ético reflexivo de las habilidades en la educación médica superior. En: Proceso enseñanza-aprendizaje: Lecturas seleccionadas. Material bibliográfico de la Maestría en Educación Médica. CENAPEM, La Habana, 2002.
11. Borroto Cruz, R, Aneiros-Riba R, La educación médica en los albores del tercer milenio. Material bibliográfico de la Maestría en Educación Médica. CENAPEM, La Habana, 2002.
12. Byrne, N, Rozental, M. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina. Educ. Med. Salud, 1994,28(1): 38-40.