

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**Ciclo de LICENCIATURA EN ENFERMERIA
SEDE CRUZ ROJA- SAN RAFAEL**

EXPECTATIVAS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO CON RESPECTO A LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

(Estudio Descriptivo, de corte transversal realizado en el Servicio de Gineco-obstetricia del Hospital T. J. Schestackow durante los meses de junio a setiembre de 2010)

AUTORA: ANGELA L. FUENTEZ

San Rafael, febrero de 2011

El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte sin el previo consentimiento de la Escuela o de la autora.

El presente estudio de investigación fue aprobado el...../...../.....

Tribunal Examinador

Presidente.....

Vocal.....

Vocal.....

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi agradecimiento a Dios Nuestro Señor y a Nuestra Señora, por haberme permitido finalizar este trabajo de investigación que con tanto esfuerzo y dedicación he podido realizar. Les pido que siempre me den luz y sabiduría para poder aplicar en mi vida y en mi lugar de trabajo todos mis conocimientos y experiencia para el bien de individuos, familias y comunidad.

También agradezco:

a Gladys Suarez mi amiga y compañera de tesis que por razones de la vida decidió abandonar con mucho dolor la Licenciatura, pero que me brindó todos sus conocimientos y compañerismo.

a mi papá Roberto que se marchó al cielo, y que desde lo mas profundo de su corazón y experiencias de la vida su profundo deseo era que finalizara esta licenciatura.

a todos los profesores y en especial a Jorge Michel que con toda su paciencia y dedicación me guió para poder finalizar este trabajo de investigación.

a las autoridades del Hospital Schestakow que me permitieron realizar el trabajo de campo en sus instalaciones.

a los jefes y personal de los servicios de Maternidad y Ginecología por haberme permitido encuestar a las pacientes hospitalizadas.

INDICE GENERAL

PORTADA.....	I
ADVERTENCIA.....	II
ACTA DE APROBACIÓN.....	III
AGRADECIMIENTOS.....	IV
ÍNDICE GENERAL.....	V
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	VI
CAPITULO 1.....	01
INTRODUCCIÓN.....	01
PLANTEO DEL PROBLEMA.....	02
OBJETIVOS.....	03
MARCO TEÓRICO.....	04
CAPITULO 2.....	11
DISEÑO METODOLÓGICO.....	11
UNIVERSO Y MUESTRA.....	11
PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	12
CAPÍTULO 3.....	23
RESULTADOS.....	23
PROPUESTA.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	29
ANEXOS.....	30

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA Y GRÁFICO N° 1.....	15
TABLA Y GRÁFICO N°2.....	16
TABLA Y GRÁFICO N°3.....	17
TABLA Y GRÁFICO N°4.....	18
TABLA Y GRÁFICO N°5.....	19
TABLA Y GRÁFICO N°6.....	20
TABLA Y GRÁFICO N°7.....	21
TABLA Y GRÁFICO N°8.....	22

CAPITULO Nº 1. PLANTEO DEL PROBLEMA

INTRODUCCIÓN

El individuo es una persona que posee vida propia, se encuentra generalmente en una situación de ayuda.

Si tenemos en cuenta la deshumanización de la salud, donde el paciente se ha convertido en un cliente y donde los afectos de los trabajadores de la salud han sido reemplazados por la tecnología es allí donde enfermería como parte de su profesión debe cubrir la asistencia humana y espiritual del paciente.

La primera razón por la cual los pacientes se declaran satisfechos de la atención recibida, es el trato humano que reciben por parte del profesional sanitario que les atiende, la empatía, la información comprensible que éstos aportan, el tiempo que dedican a la relación personal con el enfermo y la posibilidad que el paciente tiene de expresarse.

El personal sanitario lleva a cabo su función mediante una interacción directa, con otra persona, por lo tanto la comunicación interpersonal será una de sus herramientas imprescindibles del trabajo y así obtendrá el máximo rendimiento de las competencias técnicas que posee.

En la comunicación humana influyen: los sentimientos de ambas partes, actitudes, prejuicios, tecnología y humanística que le permite la interacción con los pacientes.

El primer encuentro enfermero-paciente es decisivo en una relación que permanece a veces hasta después del alta de los pacientes.

Por eso es necesario conocer los sentimientos del paciente y preservar su autoestima ya que la intimidad queda develada y es deber de la enfermera preservar la vida íntima del paciente.

A veces los enfermeros nos olvidamos de que los pacientes tienen un nombre y los llamamos por apodos o patologías, de ésta manera estamos minimizando al individuo.

El llamar al paciente por su nombre hará que éste pueda sentirse importante para nosotros.

Otro de los errores que comete enfermería es no explicarle al paciente los procedimientos a realizar porque estamos ocupados o por que creemos que esta tarea solamente le compete al médico y nos olvidamos que éste tiene todo el derecho a saber lo que le vamos a realizar como así también a negarse a que se le realicen determinados procedimientos.

Verificar si el paciente ha comprendido realmente aquello que le hemos dicho con una actitud abierta de escucha ante las verbalizaciones del paciente y si fuese necesario volver a explicar en términos más comprensibles.

Teniendo en cuenta éstos factores que influyen en la vida de las personas hospitalizadas podríamos preguntarnos ¿cuáles son las expectativas del paciente hospitalizado con respecto a los cuidados de enfermería?

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las expectativas con respecto a los cuidados de enfermería del paciente hospitalizado en los servicios de Gineco-obstetricia del Hospital Teodoro Schestackow, entre junio y setiembre de 2010?

OBJETIVO GENERAL

- Describir las expectativas del paciente hospitalizado en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital Teodoro J, Schestakow con respeto a los cuidados de enfermería durante los días de hospitalización.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la expectativa del paciente hospitalizado a que se respete su privacidad.
- Considerar la expectativa del paciente hospitalizado sobre la información recibida en cada procedimiento a realizar.
- Determinar la expectativa del paciente hospitalizado a ser llamado por su nombre.

MARCO TEÓRICO

Cuando una persona debe hospitalizarse se enfrenta generalmente, a un medio desconocido y por lo tanto sus sentimientos y expectativas varían desde ansiedad y miedo, producto de la incertidumbre por su pronóstico, hasta sus deseos y necesidades por cómo será tratado y orientado en su estancia por la institución hospitalaria.

Con el paso de los años la creencia de que al hospital la gente iba solo a morir ha evolucionado. Actualmente pensar que cuando se internan padecen de una enfermedad grave, en algunos casos, o simplemente un padecimiento, que demanda unos días pero que resuelve finalmente el problema.

Pero tal vez el punto relevante sea el cambio que estos días en el hospital significan para sus vidas: tener que suspender sus labores diarias, separarse de sus familias, la incertidumbre por el resultado final del tratamiento o intervención.

El hospital es un lugar habitual y rutinario de trabajo para el sanitario, pero para el paciente puede ser un espacio caracterizado por sentimientos desagradables, penosos, donde se acude por dos causas, estar enfermo o visitar un allegado que lo está.

El hospital para el paciente es un contexto despersonalizador, en el que se le puede llegar a despojar de su ropa, de su intimidad, donde los ritmos cotidianos de comida, sueño y descanso se hacen más incómodos, donde se recibe órdenes y se someten a procedimientos burocratizados e intrusivos, donde el campo perceptivo está dominado por fuertes olores característicos, imperceptible para el sanitario, donde las reacciones emocionales son intensas. Todo ello convierte el lugar habitual del trabajo del sanitario en un marco desagradable para el paciente.¹ Autor Dr en Psicología y Máster en Psicología por la Universidad de Valencia. La comunicación entre el profesional y el paciente, aspectos conceptuales y guías de aplicación.

El paciente es un individuo con nombre y apellido, con una personalidad propia, una vida, una formación, expectativas y que ahora se encuentra en una situación en la que requiere ayuda, lo que le impide la realización completa de sus capacidades y esta experiencia ha de integrarla en el marco de su vida.

La relación médico-paciente es el acto médico esencial procurando el bien integral de éste. Toda vez que el médico no se oriente a este fin la Medicina se deshumaniza y el hombre es instrumentalizado.¹

El método experimental, la medicina que cura el dolor de los tejidos y ha olvidado el sufrimiento del espíritu o persona que lo sostiene. El método experimental concede solo a los primeros, derecho a la ciudadanía, dejando fuera a la persona, la medicina ha sido sustituida por la técnica.

Si consideramos la deshumanización en la salud, es una pérdida de valores y el problema es de carácter antropológico. El enfermo tiene necesidad intrínseca de fe y esperanza. Cuando la salud no se puede restaurar, la esperanza lleva a aceptar la muerte y el proceso de la misma.²

¿Cuándo se perdió la humanidad?, ¿cuándo el hábito volvió una rutina el sufrimiento?, ¿cuándo el arte de curar se volvió una técnica?, ¿cuándo se olvidó el poder curador de las palabras?, ¿Cuándo el enfermo se volvió otro cliente?

La multitud hace invisible a individuo, en el montón se pierde la dignidad y el valor de las personas. Entre el gentío que atiborra en una noche de urgencias, el nombre de un paciente resulta irrelevante, la masificación deshumaniza porque agota y la próxima consulta se siente como una tortura anestesiando el sufrimiento.³

Si los pacientes no tienen una buena interrelación con su entorno y los enfermeros, será tarea de enfermería buscar la manera para ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades. La enfermería es una relación humana con un enfermo, donde ambos interactúan y de allí surge el conocimiento del

¹ "Humanismo y Medicina" Dr Elso Schiappacasse .F. Oficina de Educación Médica Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

² Modelo de relación médico-paciente, reflejo de la deshumanización de la salud", Causas de la deshumanización.

³ "La deshumanización de la salud, consideraciones de un protagonista" Luis María Murillo Sarmiento MB.

problema, las necesidades del paciente y la fortaleza y capacidad para afrontar su enfermedad y recuperación.

Dado que enfermería se fundamenta en el holismo⁴, debe cubrir como parte de su profesión la asistencia humana y espiritual al paciente, siendo cada enfermero en caso de ser necesario pastor y sacerdote, como así también capacitarse para poder cuidar a pacientes con distintas culturas y creencias.

Y ya que no todas las personas tienen el privilegio de estar en el nacimiento y en la muerte de las personas, es por eso que enfermería debe estar preparada y capacitarse para enfrentar junto al paciente la alegría de la vida y el dolor de la enfermedad y la muerte.

Con la enfermedad quedan develadas uno de los pilares fundamentales de la dignidad humana: la intimidad, esa parte de nuestras vidas que forman parte de nuestros secretos, vivencias muy personales, creencias, cultura, valores por lo que somos capaces de dar la vida, como así también experiencias que nos avergüenzan.

A medida que la salud asume un significado más positivo, el término enfermedad ha tomado por el contrario una connotación más negativa. Para que el cuerpo del hombre conserve su funcionamiento eficaz debe eliminar los desechos.

La micción es un aspecto importante en el funcionamiento independiente del individuo, la pérdida real o posible de la independencia de ésta función vital

Constituye una amenaza importante para el bienestar social y emocional del individuo, si se pierde se regresa a la dependencia y se ponen en muy grave peligro sus sentimientos y autoestimación.

La intervención necesaria es una posible fuente de turbación tanto como para la enfermera como para el paciente en particular si son de sexo distinto. Si la enfermera puede emprender medidas sin mostrar señales de turbación, habrá logrado la comodidad del paciente.

Es importante reducir al mínimo sus sentimientos de turbación buscando un lugar tranquilo y privado para comentarlos, la atención inmediata puede influir de manera importante en el alivio de sus molestias físicas y mentales.

La íntima relación anatómica entre las vías urinarias y las de la reproducción contribuye a que el tema del funcionamiento urinario sea muy

⁴ Tratado de enfermería práctica, B.W. Du Gas, Capítulo 2, Editorial Interamericana, México, D.F. (cuarta edición)

delicado. Los procedimientos de enfermería que incluyen el aparato urogenital requieren descubrir los órganos genitales, son fuente de turbación para la enfermera y el paciente, es necesario conocer los sentimientos del enfermo y respetar su dignidad a fin de preservar su autoestima, evitando su exposición innecesaria.

Al igual que los trastornos urinarios, al atender las alteraciones de la eliminación intestinal la intervención de enfermería es una fuente posible de confusión para la enfermera y el paciente.

Cuando una persona está enferma suele necesitar ayuda de otros para realizar sus necesidades de higiene que no pueden llevar a cabo por sí mismas y se ponen en juego la autoestima del individuo que vacilan en pedir ayuda y esto contribuye a la incomodidad física.⁵

Con la pérdida de la autonomía y la independencia las personas quedan expuestas a que su intimidad sea develada y es deber de la enfermera proteger, respetar y defender información que el paciente se ve obligado a confidenciar con el médico.

¿Por qué es necesario que las enfermeras respeten la intimidad?

Porque la intimidad si la persona no lo quiere, es inaccesible a un tercero.

¿Cómo conseguir que las enfermeras respeten la intimidad?

Porque es un compromiso hacia el ciudadano.

Y el autor llega a la conclusión que es, haciendo que éstas tomen conciencia de que es un compromiso hacia el ciudadano.⁶

Las enfermeras, debe capacitarse y estar bien formada para incluso organizar una historia clínica en donde pocas personas puedan acceder a ella, solamente al profesional que le incumba y de ésta manera vamos a ofrecer “cuidados” que aseguren al paciente no solamente su seguridad física u orgánica si no también seguridad social y espiritual.

⁵ Tratado de enfermería práctica, B.W.Du Gas, Capítulo 13, 14, 23,27, Editorial Interamericana, México, D.F. (cuarta edición) (5)

⁶ “La ética de la intimidad: un reto para las enfermeras. Colegio oficial de Enfermería de Barcelona Comisión Deontológica. Barcelona febrero 2008.

Una de las posibles expectativas que puede tener el paciente al hospitalizarse es el de ser llamado por su nombre, pero ¿por qué es tan importante?

Nuestro nombre no es solamente la elección de nuestros padres cuando nacemos, es lo que nos acompaña e identifica durante toda nuestra existencia. Es lo que nos hace pertenecer a un lugar, a determinadas costumbres, a ser únicos e irrepetibles, a ocupar un lugar en el universo aún después de nuestra muerte, porque esto no puede ser reemplazado por nadie, forma parte de nuestra esencia.

A veces los enfermeros, en la vorágine del trabajo, perdemos de vista algunos aspectos, les restamos importancia y tal vez por ello nos da igual llamar al paciente con apodosos o por el número de sala o cama y entre sus pares por patologías.

Saludar y llamar al paciente por su nombre, así mismo presentarse le dará a éste un trato individualizado que le permitirá reconocer al profesional que va a estar a cargo de su atención.⁷

En la enfermería pueden tomarse actitudes y comportamientos que llevados a la práctica formarán parte de nuestros hábitos profesionales para impregnar de humanidad nuestra relación con el paciente, por ej. Llamar al paciente por su nombre.

Gafoj. La Humanización de la praxis sanitaria. Ética y Legislación de Enfermería. Editorial Universitas SA Madrid, 1994, pág 45 48.

"Ella siempre me llamaba por mi nombre Mark- refiere el paciente- fue su voz la única manera de saber que estaba vivo y no muerto y fue su voz lo que me hizo saber que podría estar bien (paciente que por causa de un traumatismo, estuvo en estado de inconsciencia durante largo tiempo).

Procure llamar a los pacientes por su nombre. No a todos nos gusta que nos llamen: "madrecita", "doñita", "abuelito", "pacientito", estoy seguro de que todos nosotros en nuestro papel de enfermos, nos sentimos menos inutilizados si se nos llama por nuestro nombre en lugar de usar esos adjetivos tan minimizantes.

Otra posible expectativa sea el respeto a la privacidad e intimidad. La responsabilidad de cuidar no debe interpretarse como un derecho para actuar contra los deseos de los pacientes sobre su persona, lo que nos lleva al derecho fundamental del respeto por su intimidad y privacidad. La importancia de la responsabilidad ética es particularmente evidente en las desigualdades

⁷"Atención humana del paciente en urgencias". Clara Inés Durán Rojas Enfermería Clínica de Urgencias M. y T.Gutt Fundación Santa Fe de Bogotá. Humanización y Deshumanización.

existentes entre cuidadores y pacientes estando éstos en una situación de dependencia impuesta por la enfermedad. Respeto es o debería ser una palabra clave en nuestra práctica diaria.

Los progresos y avances tecnológicos en salud son en gran medida los responsables del cambio conceptual en lo referente al respeto por la intimidad del paciente. No solo debe salvaguardarse la intimidad en publicaciones, la confidencialidad en los registros médicos y aplicar de forma ética las novedades biotecnológicas, si no también el conjunto de sentimientos y pensamientos que cada persona tiene en su interior como expresión de su identidad.

...” ayudar al que sufre debe consistir en no aprovechar nunca su desvalimiento para manipularle, ¡ni si quiera por su bien!, en respetar la frágil dignidad embrutecida por los padecimientos y en apoyar esa personalidad irrepetible que por inercia se convierte en un simple caso clínico.⁸

Hay que tener presente que la pérdida de la intimidad del paciente hospitalizado y la aceptación de su dependencia son agentes desestabilizadores que se manifiestan en otro tipo de síntomas y modos de conducta diferentes a los habituales en el propio paciente. Así síntomas de regresión y de ansiedad pueden ser la expresión de la pérdida de la intimidad.

El paciente tiene derecho a que se respete su vida privada en lo que concierne a las informaciones relativas a su salud. Así mismo tendrá derecho a conocer las informaciones sobre su salud y respetar su voluntad cuando no deseen ser informados.⁹

El código deontológico de la Enfermería Española contempla en su capítulo 3 la obligación del respeto a la intimidad del paciente y establece que:

- todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de su salud. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o en su domicilio.
- La enfermería guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo.

Por último, pero por ello no menos importante, es la explicación de los procedimientos a realizarle al paciente.

⁸ Curación Científica o Calidad de los Servicios Médicos.

⁹ conceptualización del derecho a la intimidad del paciente hospitalizado- L.Prieto. Nure Investigación, N^o16, junio 2005).debe tener en cuenta el estado

En la práctica diaria podemos comprobar, que cuando explicamos lo que vamos a realizar, logramos bajar el nivel de ansiedad y estrés del paciente y aumentamos su colaboración.

Los pacientes desean saber que les espera y se ven frustrados por explicaciones demasiado breves o vagas. Aunque hay pacientes que tienen conocimientos sobre el funcionamiento del cuerpo, su información puede ser correcta o errónea, por lo tanto se necesita corregir o aclarar. Las explicaciones si bien deben ser sencillas en aras de la comprensión, deben tener al mismo tiempo un significado para que sean aceptadas.

Debemos usar un lenguaje comprensible y apropiado a la persona que escucha, evitando palabras o conceptos que el paciente no tiene porque conocer o comprender. A la hora de indicar debe hacerse de manera clara, concisa y completa, no escatimar obviedades que pudieran darse por supuestas pues tendrá como consecuencia un empobrecimiento de la comunicación.

El dejar expresarse al paciente hará que nos ganemos su respeto absoluto e incondicional hacia la persona particular y hacia su intimidad.

Se deben evitar inferencias actitudinales, prejuicios sociales, estereotipos negativos, juicios prematuros, afectos negativos experimentados hacia el paciente.

La finalidad de la empatía es comprender los sentimientos de la otra persona que condicionan enormemente su comportamiento, la expresión de sentimientos, preocupaciones, dudas, opiniones, expectativas, creencias, motivación por el tratamiento o datos íntimos que no siempre resultan fáciles de comunicar.

El escritor y catedrático F. Sábater refleja la opinión pública sobre la necesidad del respeto a la intimidad en el trance del sufrimiento y en la universalidad de la enfermedad.

Se físico y emocional del paciente, sus experiencias previas, como enfermo y su conciencia de la situación para comprender y conocer su estado de salud.

Según declaración de los derechos de los pacientes(National League for Nursing) el paciente tiene derecho a que personas no relacionadas con su atención observen los procedimientos y tratamientos que se les administran, como también tiene derecho a rechazar tratamientos y medicamentos sin que se tomen represalias en su contra.

Llamar al paciente por su nombre, respetar su intimidad e informarle sobre los procedimientos a realizarle, constituyen la base fundamental para

mantener una buena comunicación, y poder así cubrir sus expectativas con respecto a los cuidados de enfermería.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de tipo descriptivo, cuali-cuantitativo, prospectivo, transversal de junio de 2010 setiembre de 2010 en el cual se mide el grado de satisfacción de las expectativas del paciente hospitalizado con respecto a los cuidados de enfermería.

UNIVERSO Y MUESTRA

El estudio se realiza en una población de 45 pacientes hospitalizados en el Servicio de ginecoobstetricia del Hospital Teodoro J. Schestakow. Cada una de las 45 pacientes hospitalizadas que participaron en la muestra, estuvieron internadas mínimo 4 días.

AREA DE ESTUDIO

AUTORIDADES DEL HOSPITAL

Director Ejecutivo: Dr. Armando Dauverné

Miembros del Directorio: Dr. Oscar Prieto

Susana Pérez

HISTORIA DEL HOSPITAL

En 1905 se integra una comisión para comenzar la construcción de un hospital ya que existía una enfermería atendida por los doctores Schestakow y Braña, el edificio se inauguró en 1924. Desde 1941 lleva el nombre del primer médico que radicó en forma permanente en la Colonia Francesa , en 1970 fue demolido y en el mismo lugar se levanta un predio ubicado entre las calles Barcala, Maza, Emilio Civit y Comandante Torres que fue inaugurado en 1980.

Terminaba el mes de diciembre de 1989 cuando el Dr. Schestakow ingresó en la volanta que lo trajo de Mendoza a la finca de Rodolfo Iselín, instaló un pequeño botiquín en el hotel Unión donde recibe a los pacientes.

Meses después levantó un consultorio con una salita de internación en los predios donde se ubica el banco de la Nación terreno que era propiedad de Iselín.

VIDA Y OBRA DEL DR SCHESTAKOW

Luchador incansable, procura obtener mayores conocimientos de la medicina apropiada para el entorno en que debe trabajar. Inculca a los pobladores técnicas de aseo e higiene, aconsejando hervir el agua para su consumo.

En su viejo caballo “curcuncho” atraviesa el río Diamante y de ésta forma gana fama de ser el “médico del pueblo”.

Epidemias como la difteria y la fiebre tifoidea obligan al Dr. a afrontar la situación con denuedo e inventiva, él mismo prepara soluciones y vacunas utilizando las únicas técnicas y elementos que la precaria situación le permite, logra salvar cientos de vidas.

Fallece el 29 de Mayo, sus restos descansan en una tumba de tierra según su pedido, contiene una leyenda que dice “Aquí yace el Dr. Schestakow, trabajó toda su vida, descansa en paz.

MISIÓN DEL HOSPITAL SCHESTAKOW: es un hospital provincial porque pertenece a la provincia de Mendoza y regional porque presta atención a toda la zona sur de Mendoza y zonas limítrofes de la provincia de Neuquén, La Pampa y San Luis.

Se orienta a la promoción y recuperación de la salud de la comunidad y a la prevención y rehabilitación de las patologías que la afectan, desarrolla actividades de docencia e investigación en el campo de las ciencias de la salud.

Como hospital general de agudos presta atención especializada en áreas de urgencias, consultas externas hospitalización de especialidades médicas y quirúrgicas, atención materno infantil, servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico.

Es una organización descentralizada de “autogestión”, planifica su acción conforme a la demanda y se integra en una red asistencial de complejidad creciente.

“El compromiso de las personas que pertenecen a éste hospital, con su comunidad es dar continuidad a los objetivos establecidos y proyectarlos hacia el futuro”.

PLAN DE RECOLECCIÓN PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se recogen por medio de dos encuestas, una se realiza cuando el paciente a hospitalizarse, a través de una entrevista, con una pregunta abierta donde se guía al paciente para que pueda expresarse.

La segunda encuesta se realiza cuando el paciente lleva algunos días de hospitalización o cuando se va de alta con una encuesta con preguntas pre

elaboradas, estructuradas, donde se desea confirmar si sus expectativas con respecto a los cuidados de enfermería han sido satisfechas SI, NO, A VECES.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR
Expectativas Del paciente	¿Cómo fue llamado?	Por su nombre Por su apellido
	¿Le explicaron los procedimientos a realizar?	SI NO A veces
	¿Las veces que fue necesario?	SI NO A veces
	¿En un lenguaje comprensible?	SI NO A veces
	¿Respetaron su privacidad?	SI NO A veces

PLAN DE RECOLECCIÓN PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se recogen por medio de dos encuestas, una se realiza cuando el paciente a hospitalizarse, a través de una entrevista, con una pregunta abierta donde se guía al paciente para que pueda expresarse.

La segunda encuesta se realiza cuando el paciente lleva algunos días de hospitalización o cuando se va de alta con una encuesta con preguntas pre elaboradas, estructuradas, donde se desea confirmar si sus expectativas con respecto a los cuidados de enfermería han sido satisfechas SI, NO, A VECES.

Los datos se recogen por medio de dos encuestas, una se realiza cuando el paciente ingresa a hospitalizarse, a través de una entrevista con una pregunta abierta donde se guía al paciente para que pueda expresarse.

La segunda encuesta se realiza cuando el paciente lleva algunos días de hospitalización o cuando se va de alta con una encuesta con preguntas pre elaboradas, estructuradas donde se desea confirmar si sus expectativas con respecto a los cuidados de enfermería han sido satisfechas SI, NO, A veces.

Expectativa: esperanza de conocer una cosa, si se depara la oportunidad que se desea.

Cuidados: solicitud y atención para hacer bien alguna cosa.

Nombre; palabra con que se distingue y se designa una persona o cosa.

Apellido: nombre de familia con que se distinguen las personas.

Procedimiento: acción de proceder. Método para ejecutar ciertas cosas.

Privacidad: ámbito personal o familiar de la vida de alguien.

Intimidad: parte muy personal, generalmente reservada, de los asuntos de una persona o familia.

Sentimientos: impresión y movimiento que produce en el alma las cosas espirituales.

Edad: tiempo que a contar desde que nació ha vivido una persona. Cada uno de los períodos que se considera dividida la vida humana.

Escolaridad: conjunto de cursos que sigue un estudiante.

RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA INFORMACIÓN

Los datos recolectados son de fuentes primarias o de recolección directa constituidas por un conjunto de datos planeados y provocados por el mismo investigador de acuerdo a los fines del estudio, preguntando a las personas, utilizando una encuesta como forma de recolección de datos.

Los datos son obtenidos mediante la observación y las encuestas que son eventuales y de corte transversal y se les pregunta a los individuos en forma personal, a través de un cuestionario que es leído por el encuestador.

¿Cómo procesar los datos?

Una vez recolectado los datos hay que organizarlos o agruparlos de alguna manera para poder manejarlos.

PRESENTACIÓN DE DATOS EN TABLAS

Para organizar los datos debemos agrupar a los individuos o unidades de estudio. Si la escala a utilizar es nominal u ordinal los datos se deben agrupar

de acuerdo a las siguientes categorías de las variables. Si la escala es numérica debemos observar el rango y construir intervalos.

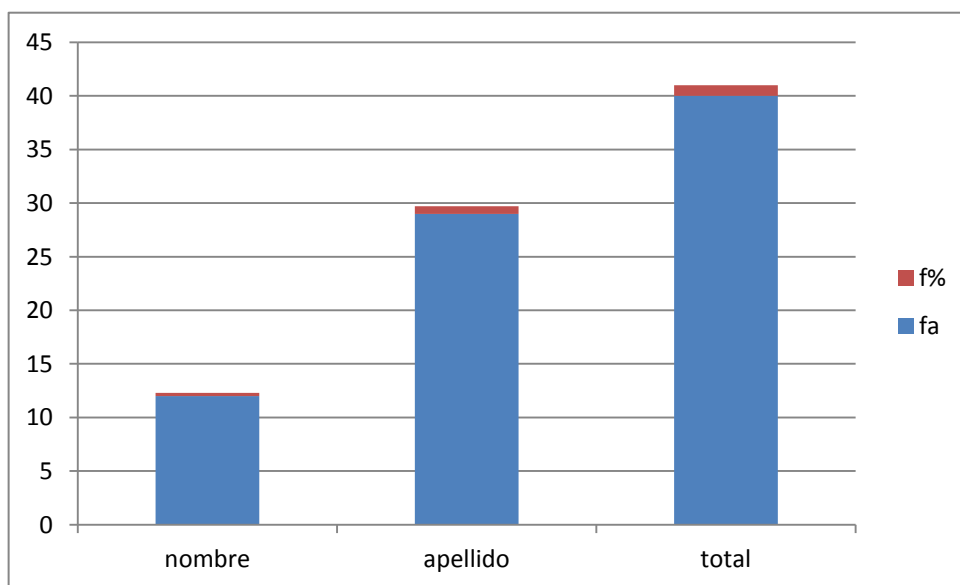
TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA N°1. Distribución de la muestra según como fue llamado.

Variable	Fa	F%
Nombre	12	30,00%
Apellido	29	70,00%
Total	40	100%

Fuente: datos recabados por la autora en pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia de junio a setiembre del 2010.

GRÁFICO N°1

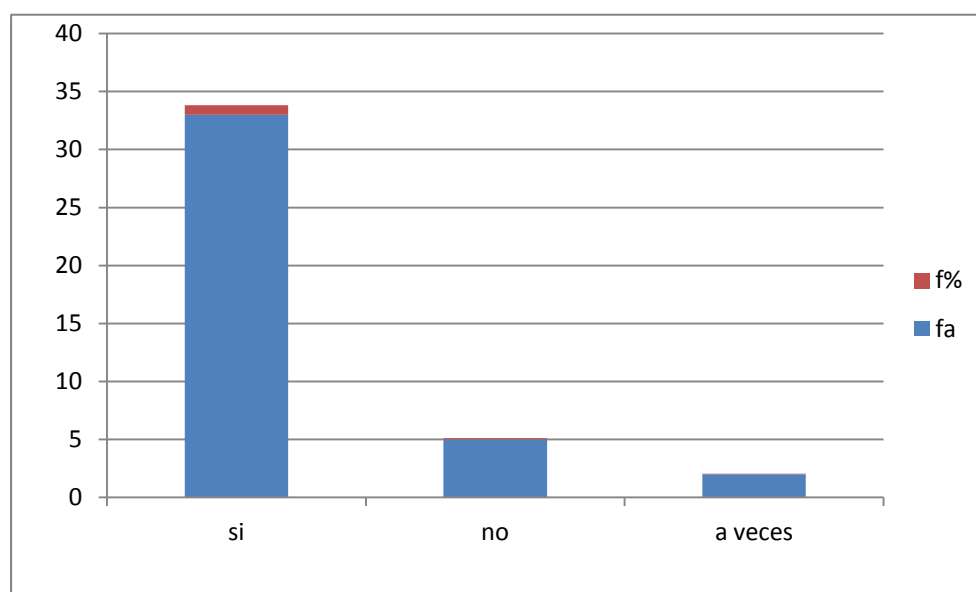


Comentario: El gráfico nos muestra que del total de las pacientes encuestadas el 70% refiere que las enfermeras las llamaron por su apellido y el 30% por su nombre.

TABLA N°2. Distribución de la muestra según si les explicaron los procedimientos a realizar.

variable	Fa	F%
si	33	82,50%
no	5	12,50%
a veces	2	5%
total	40	100%

Fuente: datos recabados por la autora en pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia de junio a setiembre del 2010.

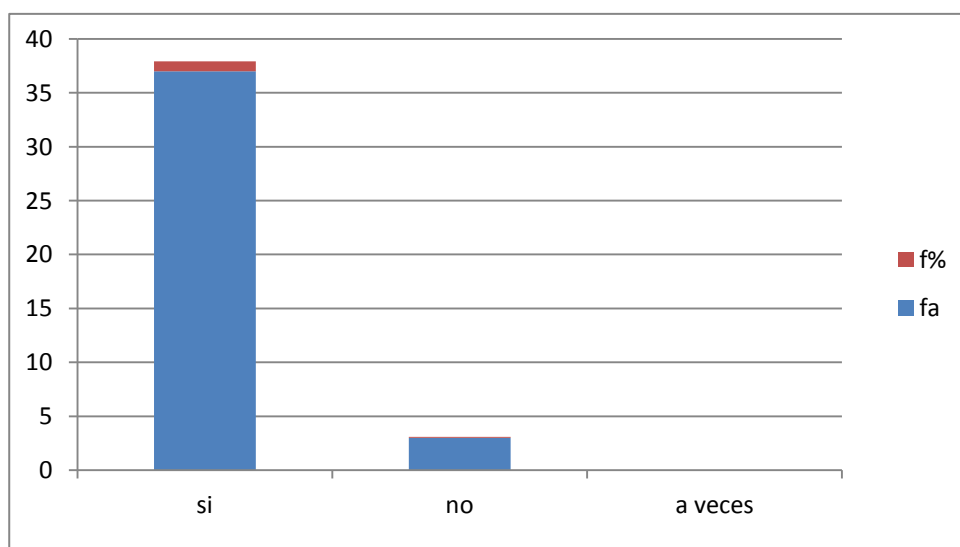


El gráfico nos muestra del total de las pacientes encuestadas el 82,5% refiere que las enfermeras les explicaron los procedimientos a realizar, el 12,5% no y el 5% a veces.

TABLA N°3. Distribución si les explicaron los procedimientos las veces necesarias.

variable	Fa	F%
Si	37	92,50%
No	3	7,50%
a veces	Fa	0%

Fuente: datos recabados por la autora de pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia de junio a setiembre del 2010.

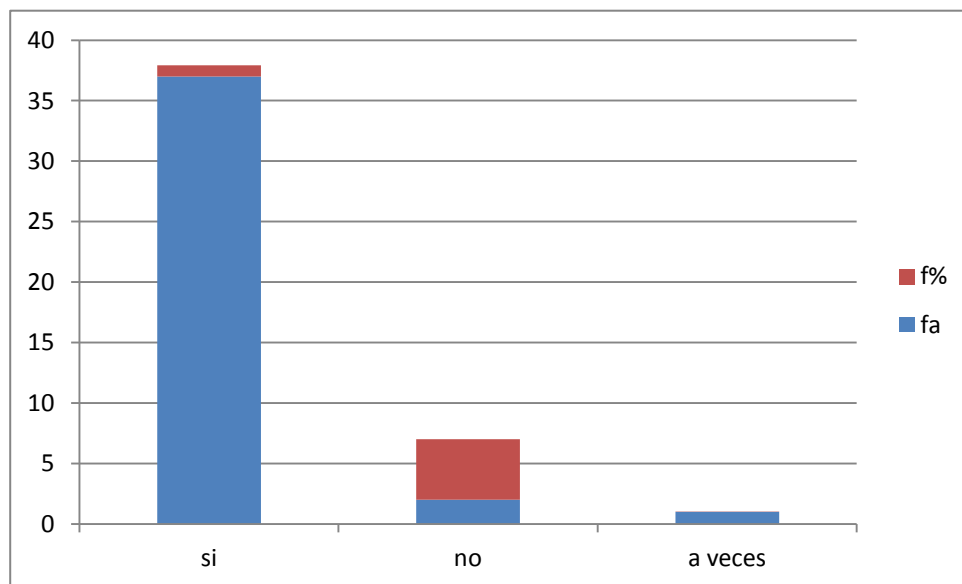


El gráfico nos muestra del total de las pacientes el 92,5% refiere que les explicaron los procedimientos las veces necesarias u el 7,5% no.

TABLA N°4. Distribución según si se explicaron los procedimientos en lenguaje comprensible.

variable	Fa	F%
si	37	92,50%
no	2	5
a veces	1	2,50%
total	40	100%

Fuente: datos recabados por la autora en pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia de junio a setiembre del 2010.

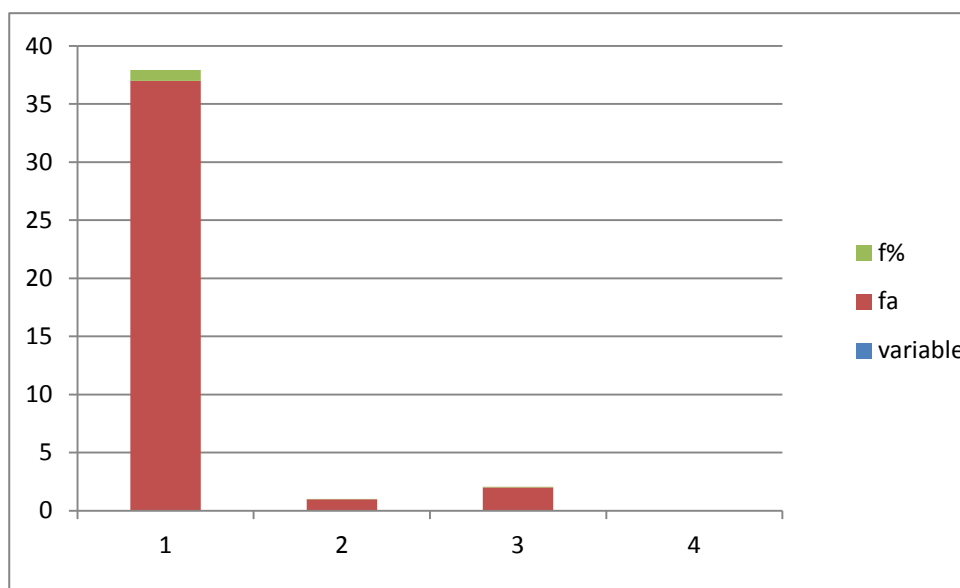


El gráfico nos muestra del total de las pacientes encuestadas el 92,5% refiere que si fue en lenguaje comprensible, el 5% no y el 2,5% a veces.

TABLA N°5. Distribución según si se respetó su privacidad.

variable	Fa	F%
si	37	92,50%
no	1	2,50%
a veces	2	5%

Fuente: datos recabados por la autora en pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia de junio a setiembre del 2010.

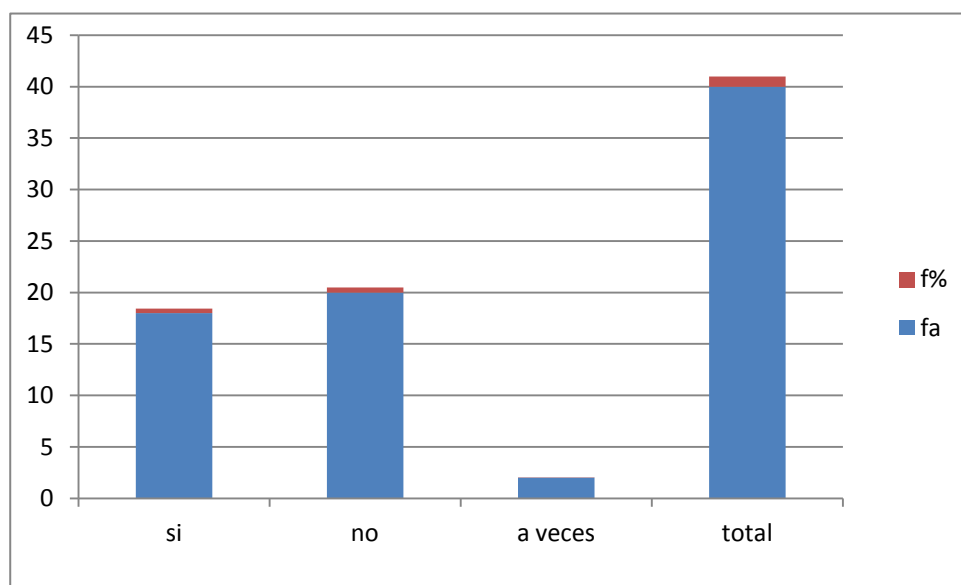


El gráfico nos muestra del total de las pacientes el 92,5% refiere que si respetaron su privacidad, el 2, 5% no y el 2,5% a veces.

TABLA N°6. Distribución según si se sintió incómoda sin ropa.

variable	Fa	F%
si	18	45%
no	20	50%
a veces	2	5%
total	40	100%

Fuente; datos recabados por la autora en pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia de junio a setiembre del 2010.

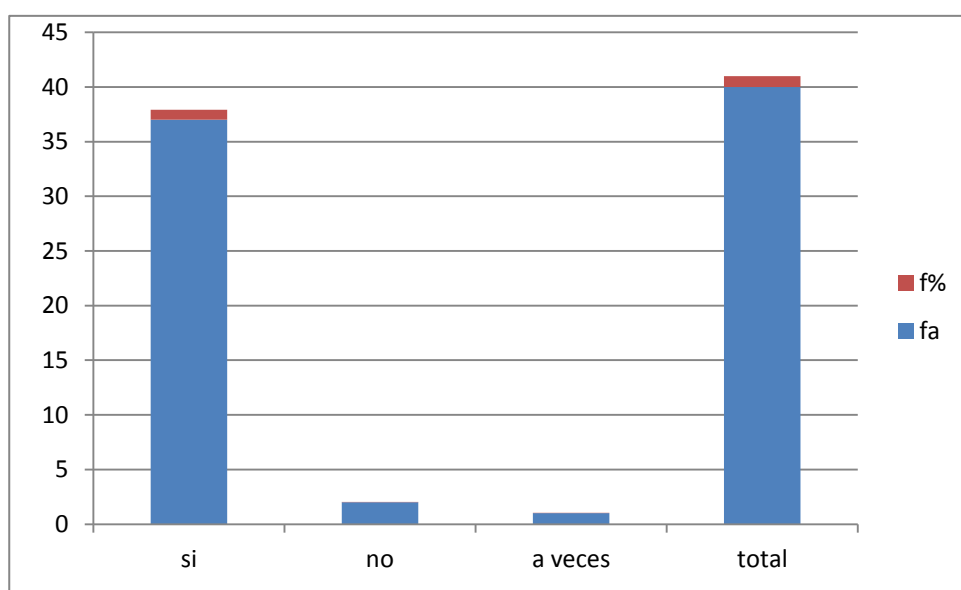


El gráfico nos muestra del total de las pacientes el 45% refiere que se sintió incómoda sin ropa, el 50% no y el 5% a veces.

TABLANº7. Distribución según si se respetaron sus pensamientos y sentimientos.

variable	Fa	F%
si	37	92,50%
no	2	5%
a veces	1	2,50%
total	40	100%

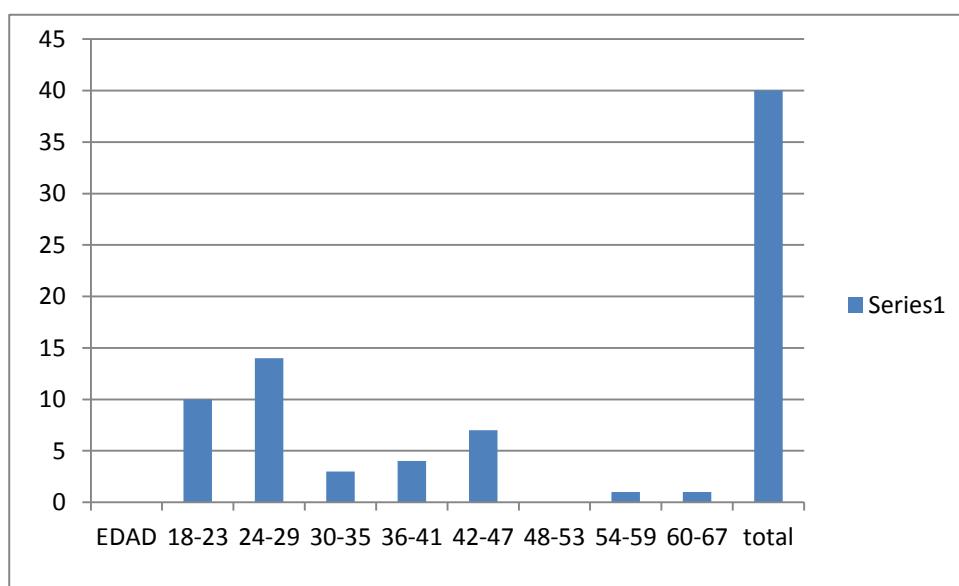
Fuente: datos recabados por la autora en pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecoobstetricia de junio a setiembre del 2010.



El gráfico nos muestra del total de las pacientes encuestadas el 92,5% refiere que si se respetaron sus sentimientos, el 5% no y el 2,5% a veces.

TABLA N°8. Distribución según la edad de las pacientes encuestadas.

EDAD	
18-23	10
24-29	14
30-35	3
36-41	4
42-47	7
48-53	0
54-59	1
60-67	1
total	40



CAPÍTULO 3. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y PROPUESTAS

RESULTADOS CUANTITATIVOS

De las encuestas realizadas a las pacientes hospitalizadas, de las variables si la enfermera la llamó por su nombre o apellido, se obtuvo que el 70% de las pacientes refiere que la llamaron por su apellido.

De la variable si le explicaron los procedimientos a realizar se obtuvo que el 82,5% de las pacientes refiere que las enfermeras si se los explicaron.

De la variable si los procedimientos fueron explicados las veces necesarias se obtuvo que el 92,5% de las pacientes refiere que si fueron las veces necesarias.

De la variable si los procedimientos fueron explicados en un lenguaje comprensible, se obtuvo que el 92,5% de las pacientes encuestadas refiere que si fue en lenguaje comprensible.

De la variable si la enfermera respetó su privacidad e intimidad se obtuvo que el 92,5% de las pacientes refiere que las enfermeras si las respetaron.

De la variable si se sintieron incómodas sin ripa frente a la enfermera, se obtuvo que el 50% de las pacientes encuestadas refiere que si y el 45% que no.

De la variable de si la enfermera respetó sus sentimientos y pensamientos se obtuvo del 92,5% de las pacientes encuestadas refiere que si las respetaron.

De los resultados obtenidos de las distintas variables se deduce con respecto a ser llamado por su nombre que las enfermeras generalmente llaman a las pacientes por su apellido, aunque éstas refieren que se sentirían mejor aún si se las llamase por su nombre. Cabe destacar que está cayendo en desuso los apodosos o diminutivos.

De los resultados de las variables sobre los procedimientos a realizar, si fueron explicados las veces necesarias y en un lenguaje comprensible queda claramente demostrado que las enfermeras cumplen y respetan todos estos derechos que tienen los pacientes.

De los resultados de las variables si las enfermeras respetaron su privacidad, sus sentimientos y pensamientos las pacientes refieren total conformidad con el trato recibido.

Con respecto a si se sintieron incómodas sin ropa frente a la enfermera el 50% de las pacientes de las pacientes refiere que si y el 48% que no, tal vez esto se deba a las distintas culturas y/o educación relacionado con el grado de escolaridad.

ANÁLISIS CUALITATIVO

ENCUESTA

Al ingreso del paciente:

SEXO: F EDAD: 42 GRADO DE ESCOLARIDAD: Primario

¿Qué espera usted de los cuidados de enfermería?

Que me cuiden bien, no voy a ser la única paciente, siempre hay otros que están peor que yo. Yo cierro la chapita del suero hasta que ustedes puedan venir. Yo vivo en un distrito y los horarios de colectivo no coinciden con los horarios de visita, si no pueden entrar todos mis familiares no importa, sólo pido que puedan entrar mis hijos.

Reflexión: ésta paciente no tiene preocupación por los cuidados y tratamiento sobre su diagnóstico, confía en que lo que necesita lo va a tener y es considerada con los tiempos de enfermería.

Lo que más requiere es la compañía de sus hijos mientras esté internada y pide nuestra colaboración para que eso suceda ya que es de distrito y su familia tuene que viajar en colectivo.

SEXO: F EDAD: 42 GRADO DE ESCOLARIDAD: TERCARIO

¿Qué espera usted de los cuidados de enfermería?

Que me traten como un ser humano, que respeten mi dignidad de persona, que sepan que tengo derecho a saber que tengo y cuales son los cuidados.

No porque tenga mutual me van a tratar peor o mejor y que no me internen con un moribundo, que no se divulguen mis problemas como paciente y personales. Que respeten el momento que yo necesito para organizar, si necesito llamar a alguien, organizar mi casa.

Reflexión: ésta paciente es enfermera y tiene todos los conocimientos sobre sus derechos, el que se respete su dignidad, que no se divulgue lo que está asentado en su Historia Clínica. Al igual que el resto de las pacientes necesita de sus familiares a su lado.

SEXO: F EDAD: 45 GRADO DE ESCOLARIDAD: SECUNDARIA

¿Qué espera usted de los cuidados de enfermería?

Lo que recibo de ustedes, si las necesito que estén, como estoy sola, cuando uno se viene de lejos es como que ustedes son mi familia, el buen trato, ustedes están bien y yo en la cama, ustedes ponen las órdenes y nosotros cumplimos, que sean amables es bueno, que estén, que brinden cariño, uno encuentra personas responsables con su trabajo, si están ocupadas puedo esperar.

Reflexión: ésta paciente es de otro departamento, oncológica, las últimas veces ha Reflexión: ésta paciente al tener más estudio ya que es una profesional de la salud sabe cuales son sus derechos con respecto a saber su diagnóstico, tratamiento y los cuidados de enfermería. Sabe que todos los pacientes mutualizados o no tienen el mismo derecho de que se los trate con respeto y dignidad.

La paciente refiere querer compartir su habitación con una persona que tenga similar diagnóstico que ella.

Todas las personas que se internan tienen familia, hijos, padres, trabajo y estudios que tienen que dejar o postergar sus actividades lo que implica para ellas un desorden o desequilibrio en sus vidas, por eso es necesario que enfermería ayude a éstos usuarios de la salud para que juntos con algún familiar puedan organizar su casa mientras ellos están internados.

Esta paciente ha estado internada por el mismo diagnóstico, siempre está sola porque sus familiares no pueden venir. Es una persona muy abierta, necesitada de afecto y cariño y para ella las enfermeras somos su familia, nos ofrece todo lo que tiene como persona y nosotras tratamos de contenerla y brindarle el afecto que nos demanda.

En éste caso creo que mas allá del tratamiento de su enfermedad, el cuidado de enfermería para ésta paciente es la contención afectiva y emocional y considerarnos parte de su tratamiento y familia. Es fundamental que

enfermería deje fluir sus afectos y emociones y nos mostremos frente a nuestros pacientes como seres humanos.

SEXO: F EDAD: 54 GRADO DE ESCOLARIDAD: PRIMARIA

¿Que espera usted de los cuidados de enfermería?

Lo que puedo llegar a esperar, que sean amables buenas, es algo que no tiene valor, es increíble si a mi mama la pudiera atender en el hospital.

Yo estoy re contenta, nunca nadie me ha dicho un no. Siempre me decían no en el hospital no, el hospital público es hermoso, bien, bien, no por la parte monetaria, y eso tiene un valor. Si alguien se queja es mal agradecido, la contención todo, todo, todo bien.

Reflexión: Esta paciente es oncológica, hace muy poquito que sabe de su diagnóstico, se muestra muy entera y con mucho valor, pero en el momento que me acerco a charlar con ella en la noche ya que manifiesta no poder dormir, se quiebra y llora desconsoladamente. Refiere que ella siempre fue el sostén de su familia y todo dependía de ella y cuando enferma se da cuenta que se ha olvidado de ella misma, ve el egoísmo de su gente ya que las cosas se siguen haciendo igual.

Tiempo después me encuentro con ella, ya operada y con tratamiento oncológico, me cuenta que ha identificado en el lugar adonde ella vive a muchas mujeres con su mismo diagnóstico y las ha llevado a realizarse PAP y Mamografías.

SEXO: F EDAD: 37 GRADO DE ESCOLARIDAD: PRIMARIA

Que me sepan contener, soy muy sensible, que sean comprensibles, cada uno es como es, buena convivencia con las personas que internan, o una es divina y la otra es mala. Yo respeto el tiempo de la enfermera, cuando las llaman vienen siempre, hay otras personas que están en otra situación que yo. Cuando las llamé siempre vinieron. Me gustaría que hubiera una hora más de visita porque siempre necesita uno que le traigan algo.

Reflexión: ésta paciente rehízo su vida, tiene una nueva pareja y quiere tener otro hijo, pero no puede ya que tiene colocado un DIU y no se lo pueden extraer. Es por toda ésta situación que está muy sensible y pide contención y comprensión por parte de enfermería, que todas seamos buenas con ella.

Al mismo tiempo reconoce que hay personas más delicadas que ella y respeta los tiempos de enfermería y pide la posibilidad de más tiempo de horario de visita.

SÍNTESIS

De las 5 pacientes encuestadas todas ellas piden que las enfermeras sean buenas, comprensibles, que se las trate como a seres humanos, que las sepan contener. Todas refieren comprender los tiempos de la enfermera, que siempre fueron cuando las llamaron, pero que también las supieron esperar cuando éstas no pudieron acudir en el momento. También refieren la posibilidad de que sus familiares puedan estar más cerca de ellos con más horarios de visitas.

Una de las pacientes hospitalizadas de cuatro días, a punto de irse de alta, cuando me acerqué a encuestarla le pregunto que porque estaba internada , cual era su diagnóstico, la paciente sorprendida me respondió que yo era la primera persona que se acercaba a preguntarle como se sentía y con mucha tristeza me contestó: esta mañana se murió mi bebé!.

Más aun fue mi dolor como mujer y como enfermera darme cuenta que mis colegas no habían tenido para con esta paciente, la comprensión, la contención y la empatía para ayudarla a sobrellevar y sobreponerse a semejante dolor.

De las pacientes encuestadas en el momento de ser hospitalizadas y sus expectativas con respecto a los cuidados de enfermería se obtuvo la siguiente información:

- Que la cuiden bien y que por nuestro intermedio sus familiares puedan estar más tiempo con ellas.
- Que se respete su dignidad y el derecho de saber su diagnóstico u cuales van a ser sus cuidados.
- Que no se las interne con una persona que se está por morir.
- Que no se divulguen sus problemas personales ni como paciente.
- Esperan que uno sea como de la familia.
- Que les brindemos cariños y seamos amables.
- Que sepamos contenerlas y comprenderlas.

PROPUESTAS DE ACCIÓN

- Que el hospital considere la posibilidad de agregar una hora más e visita en el día.
- Que el personal de la limpieza, cocina, etc no entre a las salas en el momento que los enfermeros estamos ofreciendo los cuidados a los pacientes, así preservaremos mejor su intimidad.
- Confeccionar una Historia Clínica donde pocas personas tengan acceso a la información que el paciente no quiere que se divulgue, así se protegerá la integridad psíquica, social y espiritual.
- Consensuar con los médicos para que estos dejen de llamar a los pacientes por sus diagnósticos o número de sala y cama, si no por sus nombres.
- Que los médicos también expliquen a los pacientes los procedimientos a realizar, las veces que sea necesario y en un lenguaje comprensible.
- Considerar la posibilidad que el paciente en algún momento pueda consumir un alimento preparado en su casa.
- Que el equipo de salud médico-enfermero tengan para con el paciente un trato más humano y menos instrumentalizado.
- Que enfermería tenga educación continua, ayuda psicológica, para que podamos ser más humanas y menos indiferentes frente dolor de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- **PONS, X.;** “La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente, aspectos conceptuales y guías de aplicación”. En: Revista Enfermería integral. España. Marzo de 2006.
- **SCHIAPPACASSE, E.;** “Humanismo y Medicina”. Oficina de Educación Médica. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. 1999.
- **RODRIGUEZ, A.;** “Modelos de la relación médico-paciente, reflejo de la deshumanización de la salud”. En: ARS médica, revista de estudios médico humanísticos. Vol. 12 (12). Chile. 2004.
- **MURILLO, L.M.;** “La deshumanización de la salud, consideraciones de un protagonista”.<http://luismmurillo.blogspot.com/2010/05/la-deshumanizacion-en-la-salud.html>
- **DU GASS, B.W.;** Tratado de la Enfermería Práctica. Editorial Interamericana, Mexico D. F. (cuarta edición). 1989.
- **BUSQUETS ALIBÉS, E. y cols.** “La ética de la intimidad: un reto para las enfermeras”. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. Comisión Deontológica. Barcelona. 2008.
- **DURÁN ROJAS, C.I.;** “Atención humana del paciente en urgencias”. Enfermería Clínica de Urgencias. Fundación Santa Fe de Bogotá, Humanización y Deshumanización. Bogotá. 2003.
- **GARCÍA ROSIQUE, P.M., HERRERA HERNÁNDEZ, N., IBARROLA PEDROSO, W., GALLOSO CUETO, G.;** “Calidad de los servicios médicos especializados (I Parte)”. Revista médica electrónica, 2007; 29 (1).

TABLA MATRIZ DE DATOS

Edad	Escolaridad			Fue llamado por su nombre?		Fue llamado por su apellido?		La enf. Respetó su privacidad?			Se sintió incomoda sin ropa?		
	P	S	T	Si	No	Si	No	Si	No	A veces	Si	No	A veces
24		x			X	x		x			x		
25	x				X	x		x			x		
28			x	X			x	x			x		
25			x		x	x		x				x	
23			x		x	x		x				x	
29	x			X			x	x			x		
22	x			x			x	x				x	
37	x			x			x	x				x	
26	x				x	x		x				x	
23		x			x	x			x		x		
21		x			x	x		x			x		
31	x				x	x		x				x	
27			x		x	x		x				x	
28		x		x			x	x				x	
40	x				x	x				x			x
21	x				x	x		x			x		
24			x		x	x		x				x	
18		x			x	x				x		x	
29		x		x			x	x				x	
42			x	x			x	x			x		
19	x				x	x		x			x		
42	x				x	x		x				x	
45			x		x	x		x				x	
45	x				x	x		x				x	
29		x			x	x		x			x		
24		x		x		x		x			x		
36	x			x			x	x			x		
44	x			x			x	x					x
23		x			x	x		x			x		
21		x		x	x	x		x			x		
40			x				x	x				x	
25		x			x	x		x			x		
45		x			x	x		x				x	
54	x				x	x		x				x	
32	x				x	x		x			x		
43				x			x	x				x	
30	x				x	x		x			x		
67	x				x	x		x				x	
21		x			x	x		x			x		
25		x			x	x		x				x	
	17	14	8	12	28	29	11	37	1	2	18	20	2

