

HUMANIZAR EL CONTEXTO HOSPITALARIO

EXPERIENCIAS Y DESAFÍOS
DESDE LA MIRADA PSICOLÓGICA



Cita este libro / Cite this book:

Ceballos Casas, M. A. y Caicedo Bucheli, M. A. (eds. científicas). (2020). *Humanizar el contexto hospitalario. Experiencias y desafíos desde la mirada psicológica*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Fundación Universitaria de Popayán.

Palabras Clave / Keywords:

Humanización, paciente, atención, enfermedad, personal de salud.

Humanization, patient, patient care, illness, health staff.

Contenido relacionado:

<https://investigaciones.usc.edu.co/>

HUMANIZAR EL CONTEXTO HOSPITALARIO

EXPERIENCIAS Y DESAFÍOS
DESDE LA MIRADA PSICOLÓGICA

María Alejandra Ceballos Casas
María Alejandra Caicedo Bucheli

Editoras científicas



FUNDACIÓN
UNIVERSITARIA
DE POPAYÁN

Humanizar el contexto hospitalario. Experiencias y desafíos desde la mirada psicológica / María Alejandra Ceballos Casas; María Alejandra Caicedo Bucheli [y otros]. -- Santiago de Cali: Universidad Santiago de Cali, Fundación Universitaria de Popayán, 2020.

146 páginas; 24 cm.

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN IMPRESO 978-958-5147-76-8

ISBN DIGITAL 978-958-5147-75-1

1. Humanizado 2. Autocuidado 3. Percepción 4. Enfermería - Profesión I. María Alejandra Ceballos Casas II. María Alejandra Caicedo Bucheli . Universidad Santiago de Cali.

LCC WY100

CO-CaUSC
JRGB/2020



Humanizar el contexto hospitalario. Experiencias y desafíos desde la mirada psicológica.

© Universidad Santiago de Cali.

© Fundación Universitaria de Popayán.

© **Editoras científicas:** María Alejandra Ceballos Casas y María Alejandra Caicedo Bucheli.

© **Autor:** María Alejandra Ceballos Casas, María Alejandra Caicedo Bucheli, Mariluz Cardozo Duarte, Gloria Dayana Flores Díaz, Paola Andrea Mopán Chito, Yacky Yanine Orozco Guerrero, Daniela Castro, Cristian Ortiz, Danna Palacios, Andrés Ballesteros, Sebastián Barrera, Julián Bazante, Mayra Alejandra Becerra Martínez, María Inés Bolaños Quilindo y Anggie Paola Patiño Calambas.

1a. Edición 100 ejemplares.

Cali, Colombia-2020.

Fondo Editorial University Press Team

Carlos Andrés Pérez Galindo
Rector
Claudia Liliana Zúñiga Cañón
Directora General de Investigaciones
Edward Javier Ordóñez
Editor en Jefe

Comité Editorial Editorial Board

Claudia Liliana Zúñiga Cañón
Doris Lilia Andrade Agudelo
Edward Javier Ordóñez
Alba Rocío Corrales Ducuara
Santiago Vega Guerrero
Milton Orlando Sarria Paja
Mónica Carrillo Salazar
Sandro Javier Buitrago Parías
Claudia Fernanda Giraldo Jiménez

Proceso de arbitraje doble ciego: “Double blind” peer-review.

Recepción/Submission:
Agosto (August) de 2020.

**Evaluación de contenidos/
Peer-review outcome:**
Septiembre (September) de 2020.

**Correcciones de autor/
Improved version submission:**
Octubre (October) de 2020.

Aprobación/Acceptance:
Noviembre (November) de 2020.



La editorial de la Universidad Santiago de Cali se adhiere a la filosofía de acceso abierto. Este libro está licenciado bajo los términos de la Atribución 4.0 de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso, el intercambio, adaptación, distribución y reproducción en cualquier medio o formato, siempre y cuando se dé crédito al autor o autores originales y a la fuente <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Agradecimientos

Al Hospital Susana López de Valencia por abrirnos las puertas de su organización, a los equipos de salud que trabajan día a día por salvar vidas y mejorar la salud, y a los usuarios, pacientes y familias que nos compartieron sus experiencias.

Tabla de contenido

Presentación	11
---------------------------	-----------

Capítulo 1

La humanización en los entornos hospitalarios y sus aristas.....	13
--	----

María Alejandra Ceballos Casas, *Fundación Universitaria de Popayán*

María Alejandra Caicedo Bucheli, *Fundación Universitaria de Popayán*

Capítulo 2

Percepción de los pacientes hospitalizados frente a la atención humanizada en salud generada por enfermeros del Hospital Susana López de Valencia	33
---	----

Gloria Dayana Flores Díaz, *Fundación Universitaria de Popayán*

Paola Andrea Mopán Chito, *Fundación Universitaria de Popayán*

Yacky Yanine Orozco Guerrero, *Fundación Universitaria de Popayán*

Mariluz Cardozo Duarte, *Fundación Universitaria de Popayán*

Capítulo 3

La atención humanizada del grupo Clown: Un acercamiento desde la percepción de los estudiantes de 11° de la Institución Educativa Antonio García Paredes de la ciudad de Popayán	51
--	----

Daniela Castro, *Fundación Universitaria de Popayán*

Cristian Ortiz, *Fundación Universitaria de Popayán*

Danna Palacios, *Fundación Universitaria de Popayán*

Mariluz Cardozo, *Fundación Universitaria de Popayán*

Capítulo 4

Afrontamiento y espiritualidad del personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales del Hospital Susana López de Valencia.....	69
---	----

Andrés Ballesteros, *Fundación Universitaria de Popayán*

Sebastián Barrera, *Fundación Universitaria de Popayán*

Julián Bazante, *Fundación Universitaria de Popayán*

Mariluz Cardozo, *Fundación Universitaria de Popayán*

Capítulo 5

Atención humanizada y autocuidado. Percepción del personal de los auxiliares enfermería en el área de urgencias pediátricas 89

Mayra Alejandra Becerra Martínez, *Fundación Universitaria de Popayán*

María Inés Bolaños Quilindo, *Fundación Universitaria de Popayán*

Anggie Paola Patiño Calambas, *Fundación Universitaria de Popayán*

Mariluz Cardozo Duarte, *Fundación Universitaria de Popayán*

Capítulo 6

Retos y barreras en la implementación del programa de humanización:
Una visión desde el líder 111

María Alejandra Ceballos Casas, *Fundación Universitaria de Popayán*

Acerca de los autores..... 139

Pares Evaluadores..... 143

Table of contents

Presentation 11

Chapter 1

Humanization in hospital settings. Key elements and components 13

María Alejandra Ceballos Casas, *Fundación Universitaria de Popayán*

María Alejandra Caicedo Bucheli, *Fundación Universitaria de Popayán*

Chapter 2

Hospitalized patients' perception to nurse's care humanizing practices at Susana Lopez de Valencia Hospital 33

Gloria Dayana Flores Díaz, *Fundación Universitaria de Popayán*

Paola Andrea Mopán Chito, *Fundación Universitaria de Popayán*

Yacky Yanine Orozco Guerrero, *Fundación Universitaria de Popayán*

Mariluz Cardozo Duarte, *Fundación Universitaria de Popayán*

Chapter 3

Humanizing health through the Clown program. Approach perceptions from high school students of the Antonio García Paredes Institute in Popayan city 51

Daniela Castro, *Fundación Universitaria de Popayán*

Cristian Ortiz, *Fundación Universitaria de Popayán*

Danna Palacios, *Fundación Universitaria de Popayán*

Mariluz Cardozo, *Fundación Universitaria de Popayán*

Chapter 4

Spirituality and coping mechanisms of nursing staff in the intensive neonatal unit care at Susana López de Valencia's Hospital 69

Andrés Ballesteros, *Fundación Universitaria de Popayán*

Sebastián Barrera, *Fundación Universitaria de Popayán*

Julián Bazante, *Fundación Universitaria de Popayán*

Mariluz Cardozo, *Fundación Universitaria de Popayán*

Chapter 5

Humanized care and self-care. Perceptions of assistant nursing staff in emergency paediatric wards 89

Mayra Alejandra Becerra Martínez, *Fundación Universitaria de Popayán*

María Inés Bolaños Quilindo, *Fundación Universitaria de Popayán*

Anggie Paola Patiño Calambas, *Fundación Universitaria de Popayán*

Mariluz Cardozo Duarte, *Fundación Universitaria de Popayán*

Chapter 6

Challenges and barriers in humanizing health programs.

A leader's view 111

María Alejandra Ceballos Casas, *Fundación Universitaria de Popayán*

About the authors 139

Peer Evaluators..... 143

Presentación

Presentation

La atención hospitalaria cuenta hoy en día con sistemas cada vez más eficientes para el diagnóstico, tratamiento y recuperación de las personas con distintas necesidades en salud. Tal desarrollo se debe a tanto a los avances clínicos como a la implementación de tecnologías que permiten más acceso y calidad en los servicios. Sin embargo, durante los últimos años, los sistemas de salud a nivel global se han enfrentado a nuevos retos financieros y organizacionales reflejados en la sobrecarga laboral, las largas jornadas de trabajo, la baja remuneración del personal sanitario, acceso y orientación de familiares y acompañantes, entre otros, que han contribuido al fenómeno de deshumanización que se evidencia en el sector salud. Así, para comprender más ampliamente los efectos de dicha problemática en la calidad de vida y bienestar de las comunidades, es esencial revisar el concepto de humanización, el rol de usuarios y personal de salud y los retos y oportunidades para transformar los servicios de salud en espacios más humanizados.

Con esta perspectiva se conforma un equipo interdisciplinario Universidad-Hospital con el propósito de revisar desde la mirada psicológica aquellas prácticas humanizantes, experiencias, lecciones aprendidas y métodos de trabajo en programas locales de atención hospitalaria. De esta forma surge este libro, el cual está estructurado en seis capítulos. El primero presenta elementos conceptuales que apoyan la descripción de escenarios y actores principales de las prácticas humanizantes en los entornos hospitalarios. Los cinco capítulos siguientes son investigaciones empíricas sobre la percepción de pacientes, estudiantes y personal de enfermería respecto a programas y campañas realizadas en el hospital desde la mirada de la humanización en salud. El último capítulo, recoge también reflexiones de directivas y líderes de programas hospitalarios sobre los desafíos en la creación e implementación de programas de humanización de los servicios y actividades sanitarias.

Esperamos en este libro hacer aún más visible el esfuerzo de todo el personal de salud por mejorar la vida y proteger la integridad de las personas, familias y comunidades; y a partir de estas experiencias inspirar a más investigadores a continuar aportando a la promoción y mantenimiento de una cultura humanizante en los servicios hospitalarios.

La humanización en los entornos hospitalarios y sus aristas

Humanization in hospital settings. Key elements and components.

María Alejandra Ceballos Casas*

© <https://orcid.org/0000-0003-0640-4287>

María Alejandra Caicedo Bucheli**

© <https://orcid.org/0000-0002-1549-9989>

Resumen. Cada vez más los hospitales han ido transformando su quehacer, enfocándolo hacia la buena atención de los pacientes, otorgando gran importancia al concepto de humanización, el cual aunque no es un término nuevo se venía dejando de lado por los múltiples factores que afectan la calidad de la atención. En el presente capítulo, se hace una reflexión teórica sobre algunos de los componentes de la humanización en los entornos hospitalarios, demostrándose que no es únicamente el paciente el foco de atención, sino que se requiere de una sincronización entre los diferentes actores para ofrecer un entorno amigable y comprensivo ante los procesos salud- enfermedad. Se concluye que es fundamental que los

* Magister en Psicología de la Salud, docente investigadora Programa de Psicología. Fundación Universitaria de Popayán.

✉ alejandrac308@hotmail.com

** Magister en Acción Humanitaria, docente investigadora Programa de Psicología. Fundación Universitaria de Popayán.

✉ mariacaicedo@unividafup.edu.co

Cita este capítulo

Ceballos Casas, M. A. y Caicedo Bucheli, M. A. (2020). La humanización en los entornos hospitalarios y sus aristas. En: Ceballos Casas, M. A. y Caicedo Bucheli, M. A. (eds. científico). *Humanizar el contexto hospitalario. Experiencias y desafíos desde la mirada psicológica*. (pp. 13-32). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Fundación Universitaria de Popayán.

hospitales consideren las diferentes aristas que aquí se presentan e incluyan a las familias y al personal de salud en los procesos de atención humanizada.

Palabras clave: paciente, atención humanizada, salud, familia.

Abstract. Today more than ever, hospitals have been transforming their work, focusing on appropriate patient care, giving great importance to the concept of humanization, which, although not a new term, has been neglected due to the multiple factors that affect the quality of care. This chapter presents a theoretical reflection on some of the components of humanization in hospital settings, highlighting the importance of synchronizing efforts among all actors involved to offer and promote a friendly and understanding environment to cope with health-illness phenomena. This work concludes that it is essential for hospitals to consider diverse aspects of a humanized care and engage families and health personnel within this process.

Keywords: patient, humanized care, health, family.

El término humanización proviene del verbo humanizar, el cual a su vez está conformado por raíces del latín que significan “dar características de humano”¹; es decir proporcionar a otro (llámese un semejante o cualquier otro ser vivo) cualidades propias y únicas del ser humano, significa brindar lo que una máquina no puede (March, 2017). Con lo anterior, el cuidado, hace parte de esas características inherentes del ser humano que permiten que el otro se desarrolle adecuadamente en un entorno determinado. Por ejemplo, el cuidado que proporciona una madre a sus hijos, mostrando hacia ellos amor, comprensión, paciencia y dedicación.

De manera análoga, el concepto de cuidado y características como abnegación, sacrificio, humildad, amor y paciencia, se encuentran en tradiciones de comunidades religiosas dedicadas a los enfermos. Este es el caso de San Camilo de Lellis, quien en el siglo XVI recorrió varias veces Italia promoviendo el trato digno a los enfermos y fundó la

¹ Diccionario etimológico de Chile. Disponible en <http://etimologias.dechile.net/?humanizar>

congregación conocida como los ministros de los Enfermos, llamados Camilos (Acevedo y Alvarado, 2015). Las comunidades religiosas tendrían un papel importante en la creación y administración de los hospitales en el mundo y en especial en Latinoamérica (Olmos, 2018; Patiño-Restrepo, 2016), por lo que se esperaría en la formación del profesional de la salud la transferencia de aquellas tradiciones en el trato hacia el paciente. No obstante, y pese al entrenamiento del personal de salud para preservar el bienestar y la vida de las personas y comunidades con necesidades en salud, el servicio generalmente no cumple con las expectativas ni de los pacientes respecto a la atención, ni del personal sanitario respecto a su remuneración, seguridad psicológica y condiciones de trabajo óptimas para brindar un servicio de calidad (Gutierrez et al., 2020). Del otro lado, se encuentran también en los pasillos y salas de espera las familias de los pacientes, quienes deben pasar horas, días, meses o incluso años dentro de un hospital, esperando por noticias, las cuales no siempre resultan alentadoras (Bekui et al., 2020; Svavarsdottir y Tryggvadottir, 2019). Es así como la humanización tiene varias aristas, que se encuentran conectadas entre sí y que al conjugarse se puede hablar de humanización de los servicios de salud. En los siguientes apartados se describirá cada una de ellas.

La humanización hacia los pacientes

El paciente ha sido uno de los ejes centrales por los que se han gestado los movimientos en humanización de la salud (Drada et al., 2019), ya que los procesos de salud-enfermedad traen consigo afectaciones y múltiples pérdidas que deben experimentar las personas, por ejemplo, al ser diagnosticadas con una enfermedad crónica. A este respecto, la primera pérdida es la de la salud misma, pues la mayoría de los tratamientos no se consideran como curas definitivas, sino como medidas para minimizar la sintomatología y disminuir el riesgo de mortalidad. La segunda pérdida, se relaciona con la transformación de la identidad al afectarse la imagen corporal y la autoestima debido a los cambios físicos como aumento o pérdida de peso, cambios en la coloración de la piel, aparición de ojeras, pérdida de cabello, entre otras, propias de los procesos de enfermedad. En tercer lugar, se puede considerar la pérdida de espacios y dinámicas familiares, pues los periodos de hospitalización, exámenes y tratamientos

(por ejemplo, los tratamientos de diálisis renal y quimioterapias), rompen con la cotidianidad del hogar, y las rutinas para preparar los alimentos, la intimidad en las parejas, la crianza de los hijos, el ocio y la recreación pasan a segundo plano. Otra pérdida que puede experimentar una persona es en el ámbito social, porque los círculos de amigos no siempre se conservan en situaciones de enfermedad; además en algunas patologías en las que se presenta afectación del sistema inmunológico el paciente no puede frecuentar espacios públicos porque pueden resultar riesgosas para su salud.

Por lo anterior, las afectaciones que sufre una persona al perder la salud son de diversa índole y como lo refiere Osorio (como se citó en Correa y Arrivillaga, 2007):

La realidad de sentirse enfermo expresa mucho más que preguntarse si algo falla a nivel corporal', pues el hecho 'experiencial de la enfermedad' abarca al hombre en su existencia humana total: en su autonomía, en su trabajo, en su vida social y en su entorno. (p.4).

Precisamente, en ese estado de vulnerabilidad, los pacientes acuden a los servicios de salud y con frecuencia son tratados como un objeto al que se ignora, se le reduce a un número, un diagnóstico, se le trata con indiferencia e indolencia. Así mismo, el personal de salud a menudo pasa por alto derechos de los pacientes como a la confidencialidad y a la privacidad (Correa y Arrivillaga, 2007).

Con el propósito de disminuir este tipo de conductas deshumanizantes, algunos hospitales han creado programas para mejorar la atención hacia los pacientes, no solo para que se sientan valorados, respetados y queridos; sino también para cumplir con su responsabilidad social, legal y ética (Campos, et al., 2017; Carlosama et al., 2019; Correa y Arrivillaga, 2007). En estos programas, las principales líneas humanizantes se encuentran: el trato empático, el apoyo emocional y espiritual en el entorno hospitalario y el manejo del dolor como potenciador de la calidad de vida.

Atención del paciente con empatía. Cuando se padece una enfermedad, el ser humano busca que sus semejantes comprendan la situación por la que está atravesando y aunque no esté sintiendo lo que él imagine y dimensione; como coloquialmente se dice, ser empático es

ponerse en los zapatos del otro (Carmel-Gilfilen y Portillo, 2016; Castro et al., 2020; Ekman y Krasner, 2017; Mandato et al., 2020). Trasladándose a las raíces de la palabra, “El término empatía viene de voz griega *empátheia*, que significa apreciación de los sentimientos de otra persona” (Triana, 2017, p.1). Esto significa tener la capacidad de entender las necesidades, temores y resolver las inquietudes de quienes atraviesan por una situación difícil y en muchos casos desconocida como lo es una enfermedad. Así mismo, Moser et al. (como se citó en Triana-Res-trepo, 2017) definen la empatía como: “(...) la capacidad de comprender las experiencias, preocupaciones y perspectivas de otra persona, sumado a la capacidad de comunicar este entendimiento” (p.1). Esto quiere decir, dejar de lado la frivolidad con la que en muchas ocasiones se atiende a una persona, calmar su dolor, entender su llanto, comprender su impaciencia ante las largas horas de espera, comunicar lo que le sucede en un lenguaje poco técnico y comprensible de acuerdo a su contexto cultural y nivel educativo, explicarle con amabilidad el proceso a seguir, responder sus inquietudes, todo enmarcado bajo los valores de amor y respeto (Fiske et al., 2019). La humanización lleva a afirmar que “ser” con el enfermo puede ser más importante que el “quehacer”; por lo tanto, encontrarse con el otro significa escucharlo, acogerlo con sus preocupaciones, esperanzas, dificultades, con su historia, sus miedos, sus angustias, establecer con él una relación de igual a igual, centrada en la persona, reafirmando su dignidad y grandeza. (Camilos, citado en Correa y Arrivillaga, 2007). Este aprender a ser con el paciente implica abolir inequidades y juegos de poder en la atención. En consecuencia, el profesional de la salud en medicina, enfermería o de cualquier otro campo que tenga contacto con los pacientes debe preocuparse por establecer una relación horizontal e igualitaria, lo cual favorecerá no solo el trato con los pacientes sino además con sus familiares o acompañantes y traerá beneficios en su salud, además de la satisfacción con el deber cumplido y su vocación.

Correa (como se citó en Correa y Arrivillaga, 2007), sugiere que, para humanizar los entornos de la salud, se tengan en cuenta la acogida y la centralidad en el enfermo como ejes transversales de la intervención. Esto es, en primer lugar, brindar un espacio al enfermo en el que se privilegie lo humano, las relaciones cálidas y amables en un entorno acogedor, donde la persona se sienta cómoda. En segundo lugar, convertir al paciente en el centro de la atención,

es sinónimo de darle el papel de protagonista del proceso, lo cual es en ciertos contextos culturales es un desafío ya que los médicos y enfermeros dada su formación y rol en la comunidad tienden a ocupar esta posición.

Apoyo emocional y espiritual al paciente. El ser humano debe ser considerado de forma holística, es decir en todas sus dimensiones, las cuales incluyen no solo la dimensión biológica, sino también la espiritual. Retomando la frase de Cassel (como se citó en Pérez-García, 2016), “El sufrimiento no lo experimentan los cuerpos sino las personas” (p.2). Esto se traduce en que son precisamente los individuos los que cargan con el dolor físico y emocional de una enfermedad y más aún cuando se trata de una de carácter terminal en la que los cuidados no tienen un objetivo curativo, sino que se privilegia el manejo del dolor, el control de los síntomas en pro del bienestar y calidad de vida de los pacientes. Para Pérez-García (2016)“(…) lo espiritual se percibe como vinculado con el significado y propósito y que se asocia con la necesidad de perdón, reconciliación y afirmación en valores” (2016, p.2). Estas necesidades de la dimensión espiritual pareciera que tomaran un carácter invisible; como si el enfermo por el hecho de estarlo no necesitara conectarse con sí mismo, con otros, con la naturaleza o con algo sagrado (Pérez-García, 2016). Porque de eso se trata la espiritualidad, de encontrar un refugio en el momento de angustia y dolor; aspectos no necesariamente anclados en sistemas de creencias religiosas particulares.

En este sentido, Lackey (citado en Pérez-García, 2016) menciona tres tipos de expresión de la espiritualidad; aquellas personas a las que no les interesa para nada este aspecto, otras que la valoran y buscan expresarla a través de una creencia religiosa y otras, que le dan valor a la espiritualidad, pero que no la hacen visible a través de la religión. Por tanto, el apoyo espiritual a las personas en situación de enfermedad o cercana a la muerte es un aspecto esencial en la humanización de los servicios, y el rol del equipo de salud es facilitar las condiciones para que la persona y su familia puedan contar con este tipo de espacios y herramientas para afrontar tales circunstancias. Por ejemplo, algunos autores plantean que las necesidades espirituales se dan en diferentes etapas, empezando por la expresión de sentimientos de tristeza, rabia y frustración ante lo ocurrido, seguidamente pasando

por una fase en la que el paciente empieza a solucionar aspectos de su vida antes de “partir” y es consciente del desenlace; finalmente llega a una etapa en la que se siente sereno, sin temor y empieza a desprenderse de sus seres queridos y objetos significativos (si los tiene) (Dowling, citado en Pérez-García, 2016)

En función de lo planteado, es preciso contar con un equipo interdisciplinario que contribuya a la estabilidad emocional no solo del paciente sino de sus familiares, porque aun cuando quien va a partir se encuentre “preparado”, su familia no necesariamente lo estará, por lo que es imprescindible que el apoyo espiritual vaya de la mano con el acompañamiento emocional. También es necesario resaltar que se debe ofrecer el apoyo espiritual y emocional aun cuando el paciente o la familia no lo soliciten; si este es el caso el personal deberá contactar en la brevedad posible al equipo (personal en psicología, trabajador social, sacerdocio).

En el caso en el que la persona practique su espiritualidad en un lugar determinado, se deberá gestionar para que las personas solicitadas se trasladen al centro hospitalario y se les permita el acceso y realización de sus rituales (en caso de requerirlo) en las condiciones más favorables, no solo para el paciente sino para los demás usuarios y colaboradores. Si se llegara a ofrecer el apoyo espiritual y emocional y se obtiene una respuesta negativa, el personal deberá estar presto a iniciar su actuación si en algún momento es requerido.

Sabiendo de la importancia del apoyo socio-emocional procurado por el profesional de salud, es necesario que tengamos la noción de cuán importante es proporcionar siempre un ambiente confortable y acogedor al paciente y mantener siempre una relación de confianza y respeto con él, pues muchas veces, dependiendo de cada persona, aquel ambiente con aquellos profesionales es el único lugar en el cual podrá recibir apoyo (Balistieri y Melo, 2013, p.7).

Finalmente, es importante indicar que debe este tipo de apoyo debe brindarse en un espacio privado y confortable en el que la persona pueda expresar sus necesidades sin sentirse observado y juzgado por otros que quizá no compartan sus creencias y pensamientos.

Manejo integral del dolor. El dolor es una respuesta de protección del organismo que informa acerca de un suceso no convencional que

está ocurriendo al interior del mismo, tiene diferentes intensidades y es percibido de forma diferente por cada individuo, es decir que se trata de un síntoma subjetivo; lo que para algunos puede ser un dolor intenso e insoportable para otros puede tratarse de un dolor tolerable. (Fernández-Martin et al., 2019)

El dolor puede ser producido por diversas causas, sin embargo, es la señal de alerta que le indica al individuo que algo falla en su organismo y que debe consultar a un profesional para determinar su origen. En principio, cualquier órgano del cuerpo que se encuentre inervado puede sufrir dolor, no obstante, el tipo de dolor depende de la patología que lo desencadena, algunas pueden ser de tipo agudo y otras de tipo crónico. (López-Alfaro et al., 2019)

Sentir dolor es una de las experiencias más desagradables del ser humano, la cual afecta su bienestar y calidad de vida al encontrarse en un estado de incertidumbre ante lo que está ocurriendo en su organismo, al tiempo que genera sentimientos de angustia e impotencia, y ubica al paciente en un estado de irritabilidad ante los estímulos externos, los cuales pueden provenir de personas u objetos, entre otros. Por ejemplo, un paciente con dolor es más susceptible a las prácticas deshumanizantes y percibe con mayor facilidad la vulneración de sus derechos. Sin embargo, no es lo mismo sentir un dolor agudo una vez en la vida o cada año, cada dos años, por ejemplo, un dolor de parto, una infección, o una inflamación, a diferencia de padecer un dolor crónico, el cual no desaparece o reaparece por periodos prolongados. Este tipo de dolor afecta y deteriora a la persona a nivel físico, pero también influye de forma significativa sobre el estado mental y las relaciones que establece con las demás personas en esferas como la familiar, la social e incluso la económica (Muriel y Llorca, 2009)

Teniendo en cuenta las implicaciones del dolor, es imprescindible que los servicios de salud implementen estrategias para el manejo integral del mismo, ya que el paciente que sufre de dolor es uno de los que más requiere un trato humanizado y empático. La atención integral del dolor comprende no sólo el tratamiento farmacológico para aliviarlo, sino que necesita de acompañamiento por parte de los profesionales. Asimismo, el acompañamiento incluye educación

e información sobre su patología, técnicas para reducir la ansiedad y el estrés producidos por el dolor, una comunicación adecuada con el personal para poder expresar la intensidad y características del dolor y sobre todo carisma de quienes lo rodean (Amariles 2017; Carmel-Gilfilen y Portillo, 2016).

Importancia de la familia en la recuperación del paciente. Otro de los componentes de la humanización de los servicios de salud es la familia del paciente, la cual en la mayoría de casos se convierte en un elemento favorecedor en los procesos de adherencia al tratamiento.

La familia es considerada uno de los sistemas más importantes para el desarrollo del ser humano, está presente a lo largo de su vida y por tanto es el soporte ante las crisis vitales. Es así como ante un diagnóstico o proceso de enfermedad, no solo es el paciente quien se ve afectado, sino que es la familia en conjunto quien sufre un desajuste ante la nueva situación, como lo afirma Huerta (1999):

(...) la economía familiar o el cuidado de los hijos se alteran a causa de la enfermedad del padre o la madre; y cuando otras enfermedades, sobre todo aquellas que alteran la armonía de la familia, como la depresión, el alcoholismo o la drogadicción, no sólo afectan al miembro que la sufre, sino que repercuten en todo el conjunto familiar (p. 39).

Sin embargo, la familia no siempre es visible ante el personal de salud, es decir que muchas veces los familiares se vuelven “invisibles” porque la atención se centra en el paciente, pasando por alto que este último hace parte de un sistema que en algún momento puede ser responsable del curso o mejoría de la enfermedad. Al respecto, algunos autores se refieren a la familia como *Hidden Patients* (Canga y Esandi, 2016; Sambasivam et al., 2019) En este sentido, la familia *hace parte* del paciente, y según Haley “tratar a un solo individuo por sus síntomas es como suponer que una vara tiene un solo extremo” (como se citó en Huerta, 1999).

En los entornos hospitalarios, la situación es aún más compleja debido a que la estadía en un hospital modifica la cotidianidad de la familia obligando a sus miembros a pasar largas horas de espera en unas condiciones que generalmente no son las más adecuadas. En consecuencia, deben soportar frío, hambre y estar de pie mucho tiempo o por el

contrario pasar noches en una silla al lado de su familiar o en una sala de espera. Es por esto que Canga y Esandi (2016), afirman que:

(...) los hospitales están diseñados y organizados con el propósito de facilitar el trabajo a los profesionales que desarrollan su labor en ellos, en lugar de para ayudar a la familia a adaptarse a un ambiente desconocido y hostil para ella (p. 319).

Al respecto conviene decir que las clínicas y hospitales deben procurar minimizar el temor y la amenaza que encuentran los familiares y acompañantes en este tipo de entornos, propiciando espacios en los que puedan expresar sus inquietudes, creencias y pensamientos sobre su situación y la de su familiar enfermo. En palabras de Canga y Esandi (2016) “la familia debe ser considerada como una unidad que necesita ayuda y cuidado” (p. 320), de ahí que una de las estrategias de humanización de los servicios de salud es el trato humanizado hacia los familiares y acompañantes de los pacientes, quienes deben considerarse no solo como “aliados” en el cuidado, sino como personas que requieren apoyo. Desde esta perspectiva, entre las estrategias de humanización hacia la familia, se pueden enunciar las siguientes:

Trato amable por parte del personal de atención. Esto incluye no sólo a los profesionales de la salud, médicos, enfermeros, sino al personal del aseo, facturación, vigilancia, entre otros que se relacionan con los acompañantes del paciente. Una sonrisa, una mirada comprensiva, o entablar un pequeño diálogo en los pasillos puede marcar la diferencia en el trato humanizado (Evangelista et al., 2016).

Información clara y oportuna. Una de las quejas más frecuentes de las familias de los pacientes, se refiere a la poca comunicación por parte del personal tratante, la escasa comprensión ante los diagnósticos y tratamientos, o la utilización de terminología técnica para explicar las situaciones, generan grandes barreras e incertidumbre de los acompañantes ante los procesos de enfermedad. Ante lo mencionado, es preciso que los hospitales busquen alternativas más eficaces para comunicarse con los familiares, propiciando relaciones horizontales no jerarquizadas en las que se transmitan los mensajes y se lleven los términos al nivel de quien los está escuchando (Evangelista, et al., 2016; Luiz, et al., 2017; Zamora Muñoz et al., 2020).

Satisfacción de necesidades básicas. Debido a que frecuentemente las largas estancias en los hospitales demandan que los familiares deban pasar horas, días o incluso meses dentro de ellos, sería oportuno que se contara con un depósito en el que voluntariamente se donen insumos y alimentos para aquellas personas que no cuentan con los recursos para sostenerse. De igual manera, las denominadas “casas de paso”, se convierten en alternativas para proporcionar algo de confort y bienestar al acompañante del paciente.

El papel del personal de salud en la humanización

Otra de las aristas de los procesos de humanización en salud, se fundamenta en quienes dedican gran parte de su vida a la atención de las personas enfermas, se trata del personal de salud, entendido no sólo como aquel que se ha formado para ejercer el cuidado por el otro, sino que incluye a todos aquellos que de un modo u otro tienen que ver con la atención del paciente. Esto significa que desde el personal que permite el ingreso a las instalaciones de los centros de salud (portería, vigilantes, seguridad) pasando por el personal de aseo, administrativos, auxiliares de enfermería y demás profesionales de la salud tienen que ver con el proceso de humanización hacia los pacientes y sus familias.

Tal como lo refiere Plumed, (2013) “Quienes trabajan en el mundo de la salud han de ser personas que aprendan todos los días a ser sensibles al dolor humano” (p.270). Infortunadamente, por las exigencias actuales de la vida en sociedad, la orientación hacia los objetivos económicos y la falta de vocación de algunos profesionales, la humanización se ha visto relegada, dejando salir a flote a un indeseado antagonista: la violencia; y no aquella entendida como causante de un daño físico visible, pero sí una violencia que impacta en lo psicológico de la persona enferma o de su familia. La poca efectividad en la comunicación, las actitudes de superioridad y la minimización de los síntomas por parte del personal hacen que la relación entre los profesionales de la salud y el paciente se torne hostil (Ekman y Krasner, 2017).

Sin embargo, los profesionales de la salud deben considerarse también en todas sus dimensiones como seres humanos y muchas veces sus com-

portamientos son el resultado de un entramado académico, administrativo y laboral que incide en su práctica cotidiana (Burbano, 2019). Por un lado, el personal de salud enfrenta diariamente ambientes altamente demandantes y roles estresantes, que desafían sus habilidades de afrontamiento e interpersonales (Caicedo, 2015; Carranza-Lira y Toribio-Cortés, 2020). Por otra parte, la reforma de la Ley 100 en Colombia generó un cambio de pensamiento, en la que la salud dejó de ser vista como un derecho y pasó a ser un camino hacia la rentabilidad económica, filosofía que trajo consigo limitaciones en los tiempos de atención, acceso a medicamentos y exceso de trámites administrativos que llevan a supe-
editar el conocimiento adquirido en la academia a lo estipulado por las instituciones prestadoras de los servicios de salud (Drada et al., 2019).

Otra de las dificultades que se presentan al momento de brindar una atención humanizada proviene de la formación de los profesionales de la salud quienes en muchas ocasiones provienen de entornos de entrenamiento en los que a través de las experiencias con compañeros y docentes van adquiriendo actitudes que los alejan del propósito inicial del personal de salud. El énfasis entonces debe orientarse a promover la actitud del servicio y a la construcción de relaciones de ayuda orientadas a:

(...) acompañar, ayudar a la persona a afrontar positivamente la realidad que está padeciendo. En el mundo de la salud la relación de ayuda buscará despertar en el enfermo todos los recursos personales que este posea para así lograr superar la situación (Plumed, 2013, p. 318).

Para potenciar dicha relación de ayuda en los futuros profesionales de la salud, no solo se necesita formar en competencias del saber y del saber-hacer, sino que fundamentalmente se requiere formar seres íntegros con competencias que fortalezcan el ser. El buen profesional no solo es aquel que ofrece calidad desde el ámbito técnico-científico, sino aquel que además de su formación soportada en títulos, cursos, investigaciones, entre otros, es capaz de demostrar su calidad humana (Plumed, 2013).

En conclusión, el personal de salud también requiere ser tratado humanamente desde su formación, de tal manera que pueda atender a los demás con calidad y calidez, al tiempo que la institución para la que trabaje brinde el soporte administrativo suficiente para que

los pacientes puedan sobrellevar su estancia de una forma que deje un recuerdo positivo dentro de un panorama tan gris como lo es la enfermedad propia o de un ser querido.

Humanización en prácticas clínicas estudiantiles

La formación profesional es un asunto de integralidad, por lo que no basta con incluir en los planes de estudios asignaturas que fortalezcan las competencias del saber y del hacer, sino que es imprescindible que los estudiantes sean formados en competencias del ser. Sin embargo, en algunos casos se ha evidenciado que desde la educación superior se fomentan prácticas deshumanizantes no solo dentro de las aulas sino en los espacios de práctica formativa, en las que las relaciones de poder maestro-estudiante no siempre se desarrollan en un marco de equidad, confianza y responsabilidad.

Tal como lo afirman González-García et al. (2020), las prácticas clínicas son espacios fundamentales en la educación superior y mucho más en aquellos programas de salud, debido a que permiten que los conceptos teóricos sean aplicados en entornos reales a través de la interacción con otros profesionales, pacientes y colaboradores de los centros de salud. No obstante, dichos escenarios pueden transformarse en entornos hostiles en los que el desconocimiento y temores de los aprendices pueden generar situaciones estresantes y desafiantes que pueden desencadenar en malos tratos, humillaciones o regaños por parte de sus supervisores, lo que a su vez va dejando un aprendizaje de una experiencia poco agradable que, en un futuro, aunque no siempre, puede ser replicado en los pacientes.

Por lo mencionado, las prácticas clínicas también deben ser escenarios humanizados en los que se abra la posibilidad a los estudiantes de aprender, preguntar y reflexionar en un entorno que brinde calidez humana y comprensión teniendo en cuenta que en algún momento todos fueron aprendices y tuvieron inquietudes. Tal como lo refieren González-García et al. (2020):

(...) escribir y reflexionar sobre sus sentimientos y las emociones también pueden ser terapéuticas para los estudiantes, ya que les

permite detener y exteriorizar sus experiencias, lo que aumenta su confianza en su capacidad para afrontar dificultades futuras y aumenta su capacidad de empatizar con los pacientes y sus familias (p. 02).

Humanización e infraestructura

Al rastrear la palabra hospital, el Diccionario de la Lengua Española indica que viene del lat *hospitalis* relativo a huésped, a un establecimiento; cuyo adjetivo, aunque en desuso (*adj. desus*) es afable y caritativo con los huéspedes (RAE, 2020, párr 1). En este sentido, humanizar la atención implica también la adecuación de la infraestructura, la cual tiene un significado mucho más allá de una simple construcción de concreto o cemento. La infraestructura puede generar emociones y sentimientos a los pacientes durante su estadía, por ejemplo, un hospital con poca iluminación, pasillos extensos y desolados puede transmitir temor y angustia a quienes deben permanecer en sus instalaciones (Carlosama et al., 2019; Mandato et al., 2020). Por lo mencionado, resulta fundamental que los centros hospitalarios se preocupen por mejorar las condiciones no solo de la construcción sino del mobiliario, iluminación y demás elementos de la infraestructura. Tal como lo plantean Tello y Ferrero, (2017): “Esto es la infraestructura humanizada: (...) que proporcionen bienestar físico y ambiental óptimos para pacientes, profesionales y familias. Espacios funcionales, eficientes, ergonómicos, confortables, cálidos y amables” (p.135). Dentro de los aspectos que pueden favorecer la infraestructura humanizada se pueden mencionar los siguientes:

Ambientes iluminados, limpios y bien ventilados. La iluminación, limpieza y ventilación son elementos fundamentales para la estadía de los pacientes. Por ejemplo, dentro de los hospitales y centros de salud se pueden generar olores desagradables y/o fuertes que pueden causar malestar; por esta razón el personal asistencial debe tratar de estar pendiente y llamar al personal de aseo por si en algún procedimiento se derraman fluidos corporales o medicamentos que puedan molestar a los pacientes o acompañantes y de esta manera realizar la desinfección y limpieza lo más pronto posible.

De igual manera y en la medida de lo posible se sugiere que la ventilación dentro de las habitaciones sea adecuada, permitiendo la apertu-

ra de ventanas o controlando la temperatura del aire acondicionado. En cuanto a la iluminación resulta importante respetar los horarios de sueño de los pacientes y evitar (cuando sea posible) encender todas las luces de las habitaciones en altas horas de la noche. Hay que tratar, por todos los medios, que el paciente reciba luz natural, muy necesaria para mantener su ritmo circadiano. En la medida de lo posible también es positivo y necesario que el paciente pueda estar situado frente a la ventana para disfrutar de las vistas al exterior (Tello y Ferrero, 2017, p. 135-136).

Privacidad en los espacios. La falta de privacidad en los espacios hospitalarios es uno de los factores que puede significar mayor incomodidad para los pacientes, porque en múltiples ocasiones poco se respeta la intimidad no solo del cuerpo sino de los espacios de interacción con los familiares. “Lo ideal es tener boxes individuales para que cada paciente pueda disponer de su espacio y privacidad. Si no se dispone de ellos se puede recurrir a elementos separadores móviles como cortinas o biombo” (Tello y Ferrero, 2017, p.135).

Acceso a jardines o patios. Si bien este no es un aspecto que pueda llevarse a cabo en todos los hospitales ni con todos los pacientes, en ocasiones existe la posibilidad de que las instituciones de salud adecúen terrazas o patios en los que las personas puedan salir a tomar el sol y caminar un poco, de tal manera que rompan con la rutina hospitalaria de estar rodeados de medicamentos y sonidos de monitores.

Comodidad para los familiares de los pacientes. Como ya se había mencionado con anterioridad, el bienestar de los familiares también es indispensable y dentro de la infraestructura se debe tener en cuenta espacios de descanso tales como sofás en las habitaciones, salas de espera confortables con elementos distractores, acceso a alimentos cercano a los servicios como cafeterías o máquinas de alimentos. Lo anterior “implica lograr mediante el diseño que las familias se sientan en un espacio más cálido y amable, manteniendo las condiciones de bienestar ambientales” (Tello y Ferrero, 2017, p. 136)

Rampas y acceso para personas con discapacidades. Otro de los aspectos que podrían convertirse en un factor diferenciador para la humanización referente a la infraestructura, es la adaptación de espacios para personas con discapacidad, por ejemplo, señalización

en Braille para personas con discapacidad visual, rampas y/o barandas para alteraciones o discapacidades motrices entre otras; esto le permitirá al paciente sentirse incluido y por ende comprendido desde su diferencia.

A manera de cierre

Los esfuerzos por mejorar las condiciones en la asistencia y atención sanitaria no son nuevos. Ya la medicina islámica, al preservar el legado aristotélico, había implementado no solo innovaciones en fisiología; sino en el cuidado integral de los pacientes (Pérez et al., 2018). En efecto, el desarrollo de la ciencia y el esfuerzo interdisciplinar se han caracterizado por incorporar mejoras en técnicas, servicios y tratamientos; pero tales mejoras están condicionadas a lo que la sociedad considera como calidad. Bajo esta premisa, los procesos de humanización en salud apuntan a integrar no sólo las necesidades de los distintos actores y elementos que intervienen en el proceso de asistencia sanitaria, sino además otros como la calidad desde los enfoques de acceso, eficiencia, rentabilidad, oportunidad y afabilidad. Es entonces fundamental que todo proceso de humanización de la salud se emprenda desde una visión holística sobre el ser humano, la comunidad y la sociedad.

Referencias

- Acevedo, C., y Alvarado, L. (2015). *Percepción de los estudiantes de la escuela de enfermería Padre Luis Tezza acerca del rol docente en la formación del cuidado humanizado*. In Universidad Ricardo Palma.
- Amariles Aguirre, L. F. (2017). *La Humanización el cuidado humanizado y la formación ciudadana: Reconocimiento del desarrollo formativo en el programa de Enfermería de la Universidad de Caldas*. In Universidad Católica de Manizales (pp. 1-153). [http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1967/Luis Fernando Amariles.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1967/Luis%20Fernando%20Amariles.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Balistieri, A., y Melo Tavares, C. (2013). La importancia del apoyo socio-emocional en adolescentes y adultos jóvenes portadores de enfermedad crónica: Una revisión de literatura. *Enfermería Global*, 12(2), 388-398. <https://doi.org/10.6018/eglobal.12.2.143251>

- Bekui, B. A. A., Aziato, L., Ohene, L. A., & Richter, M. S. (2020). Psychological and spiritual wellbeing of family caregivers of children with cancer at a teaching hospital in Ghana. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 13. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100231>
- Burbano, C. (2019). Percepciones acerca del rol y las prácticas pedagógicas del docente universitario en los programas de psicología y licenciatura. En *Estudios sobre innovaciones educativas*. Compiladores: Andrea Felipe Morales Beatriz Peña Acuña Jelena Bobkina. Editorial Pirámide.
- Caicedo, M. A. (2015). *Promoting Healthy Lifestyles in Humanitarian Organizations: Challenges and Opportunities*. Switzerland. CERAH.
- Campos, F. H. P., Zeitoune, R. C. G., Iparraguirre, H. A. R., Aguilar, R. M. P., & Souza, A. I. (2017). Humanized care as a Public Policy. The peruvian case. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 21(2), 20170029. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170029>
- Canga, A., y Esandi, N. (2016). Enfoque sistémico familiar: un marco para la atención profesional en la enfermedad de Alzheimer. *GEROKOMOS*, 27(1), 25–26. <https://doi.org/10.1787/heal>
- Carmel-Gilfilen, C., & Portillo, M. (2016a). Designing With Empathy: Humanizing Narratives for Inspired Healthcare Experiences Background and Context. *Health Environments Research & Design Journal*, 9(2), 130–146. <https://doi.org/10.1177/1937586715592633>
- Carmel-Gilfilen, C., & Portillo, M. (2016b). Designing With Empathy: Humanizing Narratives for Inspired Healthcare Experiences. *Health Environments Research and Design Journal*, 9(2), 130–146. <https://doi.org/10.1177/1937586715592633>
- Carranza-Lira, S., & Toribio-Cortésb, N. (2020). Frecuencia de depresión y síndrome de Burnout en residentes de Ginecología y Obstetricia. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* . 58(1), 28–36.
- Correa Sánchez, D., y Arrivillaga Quintero, M. (2007). La humanización de la asistencia en la enfermedad crónica. In *Psicología de la Salud: Abordaje integral de la enfermedad crónica* (1st ed., pp. 247–273). Manual Moderno.
- De Castro, M. R. de, Zeitoune, R. C. G., Tracera, G. M. P., Moraes, K. G., Batista, K. C., & Nogueira, M. L. F. (2020). Humanization in the work

- of nursing faculty. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), e20170855. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0855>
- Drada, L., Gracia, S., y Trujillo, A. (2019). Humanización de los servicios de salud en Iberoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Persona y Bioética*, 23(2), 245–262. <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.6>
- Ekman, E., & Krasner, M. (2017). Empathy in medicine: Neuroscience, education and challenges. *Medical Teacher*, 39(2), 164–173. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1248925>
- Evangelista, V. C., Domingos, T. da S., Siqueira, F. P. C., & Braga, E. M. (2016). Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(6), 1099–1107. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0221>
- Fernandez-Martin, L. C., Fombellida-Velasco, C., Montero-Fernandez, C., Fernandez-Lazaro, C. I., y Miron-Canelo, J. A. (2019). Application of a case study cognitive-behavioral protocol for the management of chronic pain. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 28(4), 356–362. <https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1120>
- Fiske, A., Henningsen, P., & Buyx, A. (2019). Your Robot Therapist Will See You Now: Ethical Implications of Embodied Artificial Intelligence in Psychiatry, Psychology, and Psychotherapy. In *Journal of medical Internet research* (Vol. 21, Issue 5, pp. e13216–e13216). <https://doi.org/10.2196/13216>
- González-García, M., Lana, A., Zurrón-Madera, P., Valcárcel-álvarez, Y., y Fernández-Feito, A. (2020). Nursing students' experiences of clinical practices in emergency and intensive care units. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165686>
- Gutierrez, A., Cruz, A., y Zaldivar, E. (2020). Gestión de seguridad psicológica del personal sanitario en situaciones de emergencia por COVID-19 en el contexto hospitalario o de aislamiento Management of health personnel ' psychological safety , in emergency situations by COVID-19 in the hospitable or. *Revista Cubana de Enfermería*, 1(2), 20. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=145537210&site=eds-live>

- Huerta, G. (1999). La familia como unidad de estudio. Estudio de la salud familiar. In S. Farfán (Ed.), *Programa de actualización continua en Medicina Familiar* (pp. 11–87). Intersistemas.
- López-Alfaro, M. P., Echarte-Nuin, I., Fernández-Sangil, P., Moyano-Berardo, B. M., & Goñi-Viguria, R. (2019). Perception of pain in post-surgical patients in intensive care units. *Enfermería Intensiva*, 30(3), 99–107. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.12.001>
- Luiz, F. F., Caregnato, R. C. A., & Costa, M. R. da. (2017). Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1040–1047. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0281>
- Mandato, C., Siano, M. A., De Anseris, A. G. E., Tripodi, M., Massa, G., De Rosa, R., Buffoli, M., Lamanna, A., Siani, P., & Vajro, P. (2020). Humanization of care in pediatric wards: Differences between perceptions of users and staff according to department type. *Italian Journal of Pediatrics*, 46(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13052-020-00824-5>
- March, J. C. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(5), 245–247. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.10.001>
- Muriel, C., y Llorca, G. (2009). *Conceptos generales en dolor*. <http://www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema1.pdf>
- Olmos Álvarez, A. L. (2018). Between doctors and healers: Managing meanings and practices of the health-disease-care process in an Argentine Catholic charismatic movement. *Salud Colectiva*, 14(2), 225–240. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1530>
- Patiño-Restrepo, J. F. (2016). Editorial. In *Revista Facultad de Medicina* (Vol. 64, Issue 4, pp. 595–596). Universidad Nacional de Colombia. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.55881>
- Pérez-García, E. (2016). Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 5(2), 41. <https://doi.org/10.22235/ech.v5i2.1286>
- Pérez, J., Armenteros, J., y Hernández, L. M. (2018). Avicena, príncipe de los médicos. Vida, obra y legado para la medicina contemporánea. 23

- De Abril del 2018, 57(1), 14. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232018000100010
- Plumed, C. (2013). Una aportación para la humanización. In *Archivo Hospitalario* (Issue 11).
- RAE (2020). *hospital* | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE. <https://dle.rae.es/hospital>
- Sambasivam, R., Liu, J., Vaingankar, J. A., Ong, H. L., Tan, M. E., Fauziana, R., Picco, L., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2019). The hidden patient: chronic physical morbidity, psychological distress, and quality of life in caregivers of older adults. *Psychogeriatrics*, 19(1), 65–72. <https://doi.org/10.1111/psyg.12365>
- Svavarsdottir, E. K., & Tryggvadottir, G. B. (2019). Predictors of quality of life for families of children and adolescents with severe physical illnesses who are receiving hospital-based care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 698–705. <https://doi.org/10.1111/scs.12665>
- Tello, V., y Ferrero, M. (2017). A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 43(4), 547–549. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4705-4>
- Triana-Restrepo, M. C. (2017). La empatía en la relación enfermera-paciente. *Avances en Enfermería*, 35(2), 120. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.66941>
- Zamora Muñoz, M. J., Priego Valladares, M., van-der Hofstadt Román, C. J., Tirado González, S., Portilla-Tamarit, I., y Rodríguez-Marín, J. (2020). Satisfaction with hospital care at the end of life. *Revista Clínica Española*, 220(3), 174–178. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.06.002>

Percepción de los pacientes hospitalizados frente a la atención humanizada en salud generada por enfermeros del Hospital Susana López de Valencia

Hospitalized patients' perception to nurse's care humanizing practices at Susana Lopez de Valencia Hospital.

Gloria Dayana Flores Díaz*

© <https://orcid.org/0000-0002-4396-4008>

Yacky Yanine Orozco Guerrero***

© <https://orcid.org/0000-0003-2968-3063>

Paola Andrea Mopán Chito**

© <https://orcid.org/0000-0001-8805-7455>

Mariluz Cardozo Duarte****

© <https://orcid.org/0000-0002-4842-9821>

Resumen. La humanización de los servicios de salud en Colombia nace debido a que los usuarios emiten constantemente quejas debido a la atención brindada en los hospitales, en la cual solicitan un trato

* Psicóloga. Fundación Universitaria de Popayán.
✉ dayannafloresdiaz@gmail.com

** Psicóloga. Fundación Universitaria de Popayán.
✉ paoanchi2015@gmail.com

*** Psicóloga. Fundación Universitaria de Popayán.
✉ yackguerrero@gmail.com

**** Psicóloga, especialista en Neuropsicología infantil. Docente e investigadora. Fundación Universitaria de Popayán.
✉ mariluz.cardozo@docente.fup.edu.co

Cita este capítulo

Flores Díaz, G. D.; Mopán Chito, P. A.; Orozco Guerrero, Y. Y. & Cardozo Duarte, M. (2020). Percepción de los pacientes hospitalizados frente a la atención humanizada en salud generada por enfermeros del Hospital Susana López de Valencia. En: Ceballos Casas, M. A. y Caicedo Bucheli, M. A. (eds. científico). *Humanizar el contexto hospitalario. Experiencias y desafíos desde la mirada psicológica*. (pp. 33-50). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Fundación Universitaria de Popayán.

más digno y humano; algunos autores mencionan que el ingreso a un hospital representa para el paciente un momento de angustia ante un territorio desconocido, donde los términos a los que están expuestos también suelen ser desconocidos. Esta investigación buscó develar la percepción de los pacientes de larga estancia hospitalaria sobre la atención humanizada en salud generada por los enfermeros del Hospital Susana López de Valencia (HSLV) en el periodo II de 2019. Tuvo un enfoque cualitativo empleando el estudio de caso y la recolección de datos se efectuó mediante una entrevista semiestructurada. Los resultados evidencian que los enfermeros cumplen con los objetivos de humanización. Se concluye que es de vital importancia el rol de los psicólogos en la atención humanizada, en orientar a profesionales de la salud hacia la escucha activa y empática de sus pacientes.

Palabras clave: estancia, comunicación, dignidad personal.

Abstract. The humanization of health services in Colombia is born due to the fact that users constantly issue complaints due to the care provided in hospitals, in which they request a more dignified and humane treatment; some authors mention that the admission to a hospital represents for the patient a moment of anguish for an unknown territory, where the terms to which they are exposed are also usually unknown. This research sought to unveil the perception of long-stay hospital patients on the humanized health care generated by nurses at the Hospital Susana López de Valencia (HSLV) in period II of 2019. It had a qualitative approach employing the case study and data collection was carried out through a semi-structured interview. The results show that nurses meet the objectives of humanization. It is concluded that the role of psychologists in humanized care is of vital importance in guiding health professionals towards active and empathic listening to their patients.

Keywords: stay, communication, personal dignity.

Introducción

En cuanto a investigaciones previas sobre estancia hospitalaria, se encontró a Ramos (2018) en Chiclayo- Perú quien quiso “comprender las vivencias de las pacientes durante la exposición de su corporalidad en la estancia hospitalaria, usando enfoque cualitativo con abordaje fenomenológico” (p. 6). Como resultado se evidencio que las mujeres vivencian la exposición de su intimidad corporal como amenazadora. “La bata para ellas es inadecuada, por no cubrir su corporalidad, generando vergüenza, desprotección, tristeza y llanto, solicitando privacidad, paciencia y empatía a la hora de cuidar su intimidad corporal” (pp. 35-60).

Al mismo tiempo Tapia (2018), en Chiclayo- Perú, mediante una investigación cualitativa con estudio de caso, quiso “describir, analizar y comprender el cuidado humanizado desde la percepción del paciente, familiar cuidador y enfermero del Hospital I el Buen Samaritano - Essalud 2017” (p.4). Se obtuvo como resultado, “tres categorías que evaluaron el proceso de humanización de la salud: 1) cuidado enfocado con prioridad en el enfermo, 2) aproximaciones prácticas de cuidado humano y 3) sostenimiento del cuidado en la educación hacia el autocuidado, las cuales fueron evaluadas positivamente por los pacientes hospitalizados” (Tapia, 2018, p.4).

Teniendo en cuenta lo anterior es importante resaltar que la humanización de los servicios de salud en Colombia nace desde el momento en que la calidad de la atención brindada en los hospitales es cuestionada por parte de los usuarios reclamando que haya un trato más digno y humano (Santacruz, 2016). En este sentido Díaz (2017), refiere que en Colombia se presenta una inadecuada atención en salud que se refleja en las quejas constantes de los pacientes; además en Popayán existen pocas investigaciones sobre la atención humanizada y ninguna en el Hospital Susana López de Valencia; por esto es importante investigar la temática dentro del Hospital mencionado y hacerlo con pacientes hospitalizados, debido a que ellos han tenido mayor interacción con el personal de enfermería. El objetivo general de la presente investigación fue develar la percepción que tienen los pacientes hospitalizados sobre la atención humanizada en salud generada por los enfermeros del HSLV en el periodo II de 2019.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

El tipo de estudio utilizado en esta investigación es el enfoque cualitativo, con muestreo no probabilístico intencional, puesto que esta técnica permite seleccionar casos característicos de una población limitando la muestra sólo a estos casos (Otzen y Manterola, 2017). La población estuvo conformada por cinco pacientes hombres y mujeres, quienes se encontraban en una larga estancia hospitalaria, contemplada por diez o más días de hospitalización, a causa de trámites administrativos, complicaciones en los procedimientos, falta de redes de apoyo o por el tratamiento de la patología que presentaban.

Método. Para la presente investigación se empleó el estudio de caso el cual según Toledo (2016) “se trata de comprender el proceso por el cual tienen lugar ciertos fenómenos. Además de permitir captar adecuadamente la heterogeneidad y el rango de variación existente en una población determinada” (p.9).

Resultados

En cuanto a esta investigación su eje principal fue develar la percepción de los pacientes hospitalizados sobre la atención humanizada en salud generada por los enfermeros del Hospital Susana López de Valencia en el periodo II de 2019; se presenta a continuación en la siguiente tabla las respectivas categorías de análisis.

Tabla 1. Categorías y subcategorías

Categoría	Subcategoría.
Larga estancia hospitalaria	Tiempo de estancia. Tipo de diagnóstico.
Percepción del paciente frente a la atención humanizada	Tipo de explicaciones. Trato humanizado. Ingreso al hospital. Percepción de los procesos. Cuidado de la dignidad personal. Comunicación.
Recomendaciones del paciente	Trato del personal asistencial. Infraestructura del hospital. La comunicación. Alimentación dentro del hospital.

Fuente: elaboración propia.

Características que originan la larga estancia en los pacientes de hospitalización del HSLV

Dentro de esta primera categoría se encuentran las subcategorías tiempo de estancia y tipo de diagnóstico. En cuanto al tiempo de estancia hospitalaria existen sujetos que tienen entre 12 y 25 días de hospitalización según lo refieren. Análogamente existen pacientes que han perdido la noción de su estancia hospitalaria. Con respecto al tipo de diagnóstico a algunos sujetos se les prolongaron sus estancias por complicaciones asociadas a infecciones y enfermedades secundarias.

Percepción de pacientes frente a la atención humanizada en salud generada por el personal asistencial del HSLV

A continuación, se dará a conocer esta categoría de percepción de la atención humanizada compuesta de seis subcategorías como tipo de

explicaciones, trato humanizado, ingreso al hospital, percepción de los procesos, cuidado a la dignidad personal y comunicación.

Tipo de explicaciones. Aquí hemos de referirnos al tipo de explicaciones acerca de los procesos y tratamientos que reciben los pacientes, donde se evidencia cómo para uno de los sujetos las explicaciones están relacionadas con el tipo de alergias que tiene sobre los medicamentos, como lo expresa S1² “si, por lo menos me dicen que yo soy alérgica, a la penicilina y a la otra vancomicina, si ellas explican, me ha tocado muy buenas enfermeras, muy buenos enfermeros”. Conviene decir que dos sujetos han recibido explicaciones acerca de los medicamentos que les van a aplicar y su utilidad, así lo refiere S2 “le vengo a aplicar esto, por ejemplo, es para el dolor, la infección” y S4 “ellas todos los días le explican a uno, le vamos a aplicar tal medicamento”. A diferencia de S3 quien expresa que las explicaciones que le ha dado el personal de enfermería han sido sobre información de autocuidado; así lo refiere: “ahorita a uno le están explicando viene un enfermero y le dicen que hay que lavarse las manos que hay que hacer así”.

Por otra parte, para uno de los pacientes es incómodo no recibir explicaciones cuando sale de los procesos de cirugía, así lo refiere S5: “lo que sí es maluco es cuando uno sale de cirugía que entonces uno sale y nadie le dice nada, sino que lo dejan así”.

Trato humanizado. Adviértase que para dos sujetos el trato humanizado es percibido como aquellos procesos que han sido pensados para su bienestar, como lo refieren S1 “un día una enfermera muy correcta no pudo y entonces ella fue y llamó a un funcionario bueno para coger venas” y S2 “digamos el trato que le dan a uno los médicos, en el trato que le da uno digamos los médicos, el enfermero, que si a usted le van a hacer un procedimiento al menos se lo hacen bien hecho”. Ahora bien, para uno de los sujetos el trato humanizado está relacionado con la atención permanente por parte del personal, así lo menciona S4: “las enfermeras siempre están pendientes”. De la misma manera dos de los sujetos afirman que dentro del trato humanizado se encuentra la empatía por parte del personal de enfermería, así lo expresa S5: “la empatía de la gente que trabaja aquí”. Añádase

² S1, 2, 3 [---] hacen referencia al sujeto 1, sujeto 2, etc.

a lo anterior que para uno de los pacientes el trato humanizado se ha direccionado más hacia la alimentación que ofrece el hospital, así lo refiere S3: “el almuerzo es bueno también”.

Ingreso al hospital. En un primer momento uno de los sujetos describe que su caso fue priorizado por parte del personal asistencial de enfermería, así como lo refirió S1 “excelente, si, bien, las enfermeras que me recibieron bien se dieron cuenta del estado con que llegué y me dieron prioridad”. Así mismo, uno de los sujetos indica que en su ingreso al hospital hubo rapidez en los procesos de atención por parte del personal de enfermería, así lo expresa S3 “volaron y me hicieron remedios, luego me pusieron sondas, me pusieron suero”. Al mismo tiempo otro de los sujetos refiere que al ingresar al hospital se encontró con un personal de enfermería capacitado, así lo indica S4 “yo creo que ellas están capacitadas”. Aun así, dos sujetos sugieren que en su primer ingreso se presentaron problemas con el personal de facturación y de enfermería, así lo mencionan S2 “bueno al comienzo si (risa) tuve como un medio inconveniente en facturación sí tuve un problema para poder ingresar y S5 “una muchacha fue muy agresiva conmigo entonces me jodió por acá una vena”.

Percepción de los procesos. Cabe señalar que tres de los sujetos perciben apoyo inmediato por parte del personal asistencial ante sus necesidades, como lo expresaron S1, S2 y S4. S1 “excelente, me he sentido excelente, me he sentido apoyada, los enfermeros muy pendientes, los médicos de turno, no tengo queja, yo los llamo o los mando a llamar, la parte de oftalmología pendiente de las citas, me vienen y me llevan, los camilleros, para mí todo excelente”. S2 “no bien, bien, para qué, sí están pendientes”. S4 “dicen don S4 ya es la hora de su antibiótico, ya es la hora de su calmante para el dolor”. Al respecto dos de los sujetos refieren que en los procesos hay un buen trato, así lo expresan S3 “Pues bien porque pues uno lo tratan bien”, y S5 “lo hacen bien, de la mejor manera, intentando que uno se sienta bien”.

Cuidado de la dignidad personal. Cabe mencionar que tres sujetos perciben que existe cuidado y respeto de su dignidad personal por parte de los y las enfermeras del hospital, así como lo expresan los pacientes: S1 “en ese sentido yo he estado en mi espacio”, S2 “en ese sentido si respetan para que”. S3 “eso si lo respetan”; S5 “yo califico

eso bien porque pues no he tenido como de parte de ellos invasión extralimitada de parte de ninguno del personal”. Al mismo tiempo uno de los sujetos no está conforme porque siente que se ha violado su privacidad en el baño, debido a la falta de infraestructura, así lo refiere S4, “el baño por lo menos no tiene puerta, entonces no hay privacidad uno va a hacer sus necesidades y a veces entra el uno, entra el otro o lo ven a uno desnudo, entonces eso si no me gustó que no hay puerta, no hay como un espacio de privacidad”.

Comunicación. Conviene distinguir que dentro de la comunicación dos de los sujetos expresan que han sido escuchados recibiendo atención a sus peticiones, así lo refiere S1 “eh si, si he sido escuchada, cuando necesito algo yo llamo viene inmediatamente puede ser a la hora que sea, si he sido escuchada, se han portado muy bien conmigo”. Por su parte, S5 afirma “yo lo que necesite yo les digo, cualquier cosa que necesite yo les digo y ellas son bien, responden adecuadamente”. Cabe señalar que uno de los pacientes menciona que el personal de enfermería emplea la comunicación para darle a conocer información acerca de su enfermedad, es así como lo menciona S3 “vienen y me leen aquí eso vienen varios y eso le dicen que yo tengo esto”. En contraste para dos de los sujetos no ha sido necesario expresar sus sentimientos de tristeza, además de creer que esto no le compete al personal de enfermería, así lo manifiesta S4 “creo que no hay necesidad de que me estén apoyando” y S5 “eso lo maneja uno interiormente y pues a ellos tampoco les interesa sí”. Es de recalcar que un sujeto orientó su respuesta hacia su estado anímico durante la hospitalización, evidenciado en S2 “no pues uno en el hospital que va a estar contento (risas)”.

Recomendaciones del paciente

En cuanto a las sugerencias realizadas por los pacientes, estas se orientan hacia el trato del personal asistencial hacia ellos, la infraestructura del hospital, la comunicación y la alimentación dentro del hospital se describen a continuación algunos aspectos.

Trato del personal asistencial hacia el paciente. En cuanto al trato del paciente, uno de los individuos considera que el personal asistencial debe estar bien capacitado para cubrir adecuadamente las

necesidades del mismo, así como lo manifiesta S1 “que coloquen una persona en realidad que sepa profesionalmente para coger una vena porque aquí hay”. Es necesario indicar que uno de los pacientes solicita mayor cuidado y precaución con los instrumentos utilizados por los practicantes, al igual que la capacitación de los mismos en cuanto a conocimientos y práctica respecto al depósito de agujas y jeringas utilizadas; así lo menciona S2 “pues a veces pues si se olvidan digamos de o dejan las cosas por ahí tiradas, no entonces, digamos que tengan mucho más cuidado con los aprendices, porque ellos le dicen hagan esto colocan, me han dejado agujas, todo eso por ahí, sí entonces eso es lo único que al menos que coloquen eso los profesionales, al menos los que sepan”. Al respecto un sujeto menciona dentro de las recomendaciones más amabilidad y atención para los pacientes, así lo refiere S3 “así más amables más atentos con los enfermos con los pacientes, no pues que cuando uno está enfermo pues que lo atiendan bien”. Paralelamente uno de los sujetos percibe la necesidad de obtener mayor apoyo y atención por parte del personal de enfermería con el paciente que no tiene acompañantes, así lo menciona S5 “yo por lo menos estoy solo desde de que día porque pues mi familia vive lejos, y pues los enfermeros en eso no se han dejado ver porque pues ellos de alguna manera tienen que ayudarle a eso digamos al aseo de la cama y todo eso y maluco”.

Infraestructura del hospital. Dentro de este contexto para dos de los sujetos es importante que las instalaciones de las habitaciones están adaptadas a sus necesidades, así lo mencionan S4 “adecuar un poquito mejor para que no haya contacto de la ducha con los baños, si he notado que son muy pegados entonces eso si siempre lo hace sentir a uno incómodo, los vidrios se ven a veces como sucios y que hace mucho calor en las habitaciones, entonces lo único de pronto una ventilación o algo así”. S5 “también lo del baño pues eso sí porque a veces es muy incómodo digamos eso le pasa agua a toda hora”.

Comunicación. Llegado a este punto uno de los sujetos expresa que le gustaría que después de los procesos quirúrgicos los cirujanos le expresaran las recomendaciones a seguir y explicaran el procedimiento que le realizaron, así lo refiere S4 “que cuando uno salga de esos procedimientos que haya alguien que le explique a uno que le hicieron, vea cuídese de esto, le hicieron esto, le hicieron lo otro”.

Alimentación dentro del hospital. Conviene indicar que para uno de los pacientes la alimentación del hospital no es buena y además no es generada puntualmente, así lo refiere S5 “la comida (risa) el desayunito es muy malo y pues a veces llega muy tarde”.

Discusión

Alrededor de este apartado se retoman las categorías relacionadas con las características que tienen los pacientes hospitalizados en el HSLV, sus percepciones respecto a la atención humanizada recibida de los enfermeros y las recomendaciones que los pacientes refieren para la mejora de la atención, a la luz de los diversos elementos teóricos.

En lo que respecta a las características de los pacientes hospitalizados, se encontró que estos oscilaron entre 12 y 25 días de hospitalización, mientras algunos perdieron la noción del tiempo que llevaban en las instalaciones. Aquí hay que señalar que se considera como larga estancia hospitalaria el hecho de que un paciente lleve nueve o más días hospitalizado; este tiempo cuenta desde el día de ingreso hasta la fecha en que la persona es dada de alta (Suasnabar, 2018), es así como los pacientes del HSLV se catalogan en larga estancia hospitalaria dado a que llevan más de nueve días hospitalizados.

Del mismo modo esas estancias se ven prolongadas debido a diversos factores, en el caso de los pacientes del HSLV estos se asocian a infecciones, complicaciones secundarias del diagnóstico inicial y espera de procesos quirúrgicos que se asocian a trámites administrativos; mientras para algunos no es clara la razón por la cual están hospitalizados. Frente a este hallazgo algunos autores han encontrado aspectos similares, que refieren que la “larga estancia hospitalaria se genera debido a la demora en la realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, seguido de la necesidad de atención en otro nivel de complejidad” (Ceballos et al., 2014, p.280).

Hay que tener en cuenta que las infecciones nosocomiales también han sido encontradas como causantes de las largas estancias hospitalarias (Ceballos et al., 2014). Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir que la larga estancia hospitalaria se produce debido diferentes complicaciones en la salud de los pacientes como las enfer-

medades o infecciones y por el retraso en procesos como los quirúrgicos o los diagnósticos.

En cuanto a la segunda categoría relacionada con las percepciones de los pacientes respecto a la atención humanizada recibida por los enfermeros del HSLV, se pudo apreciar cómo los pacientes expresan que el personal de enfermería si les explica el tipo de medicamentos que les van a aplicar y cuál es su utilidad, al igual que les informan a qué medicamentos son alérgicos y les enseñan pautas de autocuidado.

A este propósito, se considera que por lo general la información que más se suele proporcionar a los pacientes refiere a su tratamiento (Fernández et al., 2004). En los medios hospitalarios también se destaca el proceso de enseñanza aprendizaje realizado por el personal de enfermería que permite informarle al paciente sobre sus procesos y a su vez derivar responsabilidad propia sobre su salud (Sinti et al., 2017). A raíz de lo anterior se puede decir que las explicaciones que el personal de enfermería del HSLV brinda a los pacientes de larga estancia hospitalaria son integrales pues no sólo da cuenta de los tratamientos que lleva el paciente en el hospital sino también sobre herramientas de autocuidado.

De otro lado, algunos pacientes del HSLV detectan falencias en la transmisión de la información y la explicación de los procesos al egreso de las cirugías por parte de los respectivos especialistas. Es así como Biasibetti et al. (2019), en su estudio orientado a “analizar la percepción de profesionales de salud y acompañantes/familiares con respecto al desarrollo de la comunicación para la seguridad del paciente en internaciones pediátricas” (p.1), encontraron barreras para la comunicación efectiva en unidades de internación clínico-quirúrgicas pediátricas.

Si se tiene en cuenta lo anterior, es posible evidenciar cómo estos dos ambientes (el del estudio referido y el de la presente investigación), aunque difieren en el área de internación hospitalaria, poseen un aspecto en común y es la falla en la comunicación efectiva por parte del personal de cirugía.

En cuanto al ingreso al hospital, se destaca por parte de los pacientes del HSLV, que, aunque se aprecia efectividad y capacidad en el personal de enfermería respecto a su quehacer profesional, se han

presentado algunos problemas frente al trato no cordial que han recibido por parte de estos, así como también influye en esa dificultad de interacción al área de facturación.

En este sentido cabe destacar el valor del quehacer de la enfermería, el cual tiene en cuenta el cuidado del paciente, su continuidad y permanencia. Es así como se contempla que las características propias de la atención a pacientes deben ir direccionadas a la continuidad y permanencia de los procesos con el fin dar apoyo y protección a estos (Lenis-Victoria y Manrique-Abril, 2015).

Por consiguiente, se puede decir que el trato humanizado al paciente que ingresa al hospital, debe ser reforzado en todas las áreas del mismo y no solo centrarse en el personal de enfermería haciendo hincapié también en lo administrativo, tal y como es el caso del área de facturación.

Así mismo, en cuanto a la percepción de los procesos de atención hospitalaria, los pacientes consideran que el personal de enfermería del HSLV brinda apoyo inmediato ante sus necesidades y practica un buen trato con ellos. Así como lo refiere Tapia (2018), la disponibilidad de los enfermeros en la atención del paciente se encuentra orientada hacia el cuidado del sentir y atender a las solicitudes. En efecto, la atención por parte de los enfermeros debe estar a disposición de las necesidades de los pacientes en aras de acudir de manera eficaz y oportuna cuando ellos lo requieran.

De esta manera, la forma en que los pacientes del HSLV perciben los procesos está estrechamente relacionada con lo que teóricamente se concibe que debe hacer el personal de enfermería en su praxis especialmente atender las necesidades del enfermo de manera holística.

En lo que concierne al cuidado de la dignidad personal, los pacientes percibieron que el personal de enfermería cuida y respeta su dignidad, mientras que otros presentan inconformidad debido a la estructura física del hospital la cual impide que haya privacidad.

En este punto conviene mencionar que la exposición del cuerpo ante desconocidos en un ámbito hospitalario genera en los pacientes malestar, aspecto que Arcos y Galindo (2017) refieren en su investigación “sobre la exposición corporal y el cuidado de enfermería, en donde los pacientes experimentaron sensaciones y percepciones

de malestar, producto de la experiencia de la exposición del cuerpo desnudo frente a desconocidos en el ambiente hospitalario” (p.10)

Por tanto hay que mencionar que los hallazgos de la presente investigación respecto a la incomodidad que genera en los pacientes, la falencia de algunas estructuras físicas del hospital que los llevan a exponer su cuerpo frente a las demás personas coinciden con lo referido por Arcos y Galindo (2017), situación que conduce a la reflexión acerca de la importancia de velar porque la estadía del paciente dentro de la institución, sea lo más agradable posible y no se sumen a la condición de enfermedad, otras situaciones como las estructurales, que terminan por aumentar el grado de malestar del mismo.

En cuanto a la comunicación entre el paciente y el personal de enfermería, estos perciben que son escuchados y por ende reciben atención ante sus peticiones, además que son informados sobre la evolución de sus enfermedades, al respecto Ramírez y Müggenburg, 2015 afirman “que la comunicación es un proceso interactivo y recíproco en el cual la enfermera y el paciente se benefician” (p.136). En este sentido, se puede evidenciar cómo la comunicación es una herramienta práctica en esta diada paciente- enfermero, en la cual se genera un sistema recíproco ya que el paciente recibe información, pero también la expresa, de modo que el beneficio es bidireccional.

De otra manera, algunos de los pacientes del HSLV conciben como distante la comunicación que se establece con el personal de enfermería acerca de sus estados de ánimo, dado que perciben que no es un rol propio de la profesión. Por el contrario, Monje et al. (2018) afirman que el apoyo emocional debe estar presente como capacidad en el personal de enfermería de modo que este tengan la plena sensibilidad para entender el lenguaje verbal y no verbal del paciente. Teniendo en cuenta lo anterior se puede evidenciar como en el ámbito hospitalario del HSLV el apoyo emocional, como parte de la atención en pacientes de larga estancia hospitalaria, sigue siendo un aspecto a fortalecer dentro de las políticas de humanización.

Por otra parte, respecto a la categoría correspondiente a las recomendaciones de los pacientes de larga estancia, orientada hacia el fortalecimiento de la atención humanizada del HSLV, cabe señalar que estas se encaminaron hacia el trato del personal asistencial

al paciente, la infraestructura del hospital, la comunicación y la alimentación dentro del mismo.

En primera instancia los pacientes, refieren que deben mejorar la capacitación que el personal de enfermería les suministra a los practicantes acerca de la precaución que deben tener con el material corto punzante, cuidando que no se deje en las camas de los pacientes, así como también más amabilidad y atención de parte del personal asistencial, sobre todo con aquellos pacientes que no tienen acompañantes; tal y como lo mencionan Monje et al. (2018)

La persona tiene derecho a recibir un trato digno, de calidad y con un énfasis integral acorde a las demandas sanitarias de la población; enfermería debe retomar la mirada en la cual el otro, es el centro del cuidado, gestionar los recursos, mejorar la infraestructura, respetar la intimidad y tomar conciencia de la vulnerabilidad de los usuarios, es decir, crear instancias de humanización y controlar aquellos aspectos que influyen negativamente (p. 3).

En relación a lo anterior, se puede decir que el personal de enfermería debe poner a disposición sus habilidades como profesional y como ser humano para satisfacer las necesidades del paciente. De igual forma si se tiene en cuenta que dentro de las percepciones de los pacientes existen varios factores que influyen negativamente en la atención recibida por parte del personal asistencial del HSLV, se hace necesario pensar en hacer control de los mismos, en aras de garantizar la calidad de estos servicios.

Cabe mencionar además que dentro de las recomendaciones los pacientes también expusieron elementos relacionados con la infraestructura del hospital dado que para ellos es importante que por ejemplo las habitaciones están adaptadas a sus necesidades; como lo manifiesta Cedrés de Bello (2000):

Las características del ambiente que deben ser consideradas al momento del diseño, para adaptarlo a las necesidades del usuario, son: ruido, iluminación, temperatura, calidad del aire, color, equipamiento, mobiliario y privacidad. Las necesidades no satisfechas causan tensión, inconformidad e insatisfacción (p. 6).

Por lo anterior se denota la importancia de trabajar en la estructura de las instalaciones hospitalarias del HSLV, en especial en las habitaciones, en aras de garantizar la protección de la intimidad de los pacientes y en ese sentido promover una atención más humanizada en este aspecto, lo cual posiblemente al modificarse permita una mayor satisfacción ante los servicios brindados por parte del hospital.

En cuanto a la comunicación, los pacientes del HSLV expresan que les gustaría que posterior a los procesos quirúrgicos los cirujanos les explicaran las recomendaciones y el proceso que les realizaron. Muy contrario a lo que encontraron en su estudio Carvajal et al. (2004) donde a la mayoría de los pacientes operados, les fueron entregadas las recomendaciones postoperatorias por su cirujano tratante.

En este orden de ideas, los hallazgos de la presente investigación y los del estudio mencionado están en contraposición porque posiblemente los protocolos de cada institución son diferentes, al igual que la forma en cómo cada profesional suministra la información.

Finalmente, otro aspecto resaltado en las recomendaciones, por los pacientes del HSLV está dirigido hacia la alimentación puesto que perciben que esta no es adecuada en tamaño y no es entregada puntualmente; de igual manera Bejarano et al. (2016) afirman que para los pacientes hospitalizados en la percepción de los alimentos que brinda el hospital priman en orden de jerarquía, la presentación y tamaño del plato, luego aspectos como el olor o el sabor, para finalmente fijarse en la atención del personal y los implementos en que vienen servidos los alimentos.

De acuerdo con lo anterior, se percibe que los pacientes del HSLV no tienen en cuenta todas las características sobre la alimentación que menciona el autor, sino que centran su atención en el tamaño de la porción y la puntualidad de la misma, lo que posiblemente está estrechamente relacionado con los hábitos alimenticios de los pacientes, puesto que tienen horas específicas para el consumo de los alimentos y al haber impuntualidad se genera inconformidad en ellos, lo cual afecta la percepción que poseen de un trato humanizado. Cabe resaltar también, que el elemento relacionado con la puntualidad escapa a los aspectos que el autor contempla como principales en la alimentación de un paciente hospitalizado lo cual constituye un hallazgo novedoso en este estudio.

Referencias

- Acosta, C. A. A. (2015). Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Revista Colombiana de Bioética*, 10(1), 38-64.
- Arcos, F., y Galindo, S. (2010). La exposición corporal y el cuidado de enfermería. *Revista de los cuidados*. XIV (2), pp. 63 - 70
- Benítez-Agudelo, J. C., Barceló-Martínez, E. A., y Gelves-Ospina, M. (2016). Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 42(4), 391-398.
- Beltrán, S. O. (2015). Cuidado humanizado: una relación de familiaridad y afectividad. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(1), 17-27. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000100003&lng=en&tlng=es.
- Bejarano, R, J. J., Cortés, A. J., y Pinzón, E, O. L. (2016). Alimentación hospitalaria como un criterio para la acreditación en salud. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 18(1), 77-93.
- Biasibetti, C., Hoffmann, L. M., Rodrigues, F. A., Wegner, W., & Rocha, P. K. (2019). Comunicação para a segurança do paciente me internações pediátricas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(SPE).
- Bonill de las Nieves, C, y Hueso Montoro, C. “La enfermedad no entiende de vacaciones. Vivencias de una estancia hospitalaria”. *Cultura de los cuidados*. Año XI, n. 21 (1. semestre 2007). ISSN 1138-1728, pp. 11-15.
- Carvajal, C., Corvalán, F., y Osorio, S. (2004). Calidad de atención evaluada por pacientes operados. *Hernia*, 74(3), 0-01
- Ceballos, A, T. M., Velásquez, R, P. A., y Jaén, P, J. S. (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 274-295.
- Cedrés de Bello, S. (2000). Humanización y Calidad de los Ambientes Hospitalarios. *Revista de la Facultad de Medicina*, 23(2), 93-97. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692000000200004&lng=es&tlng=es

- Díaz, A. E. (Ed.). (2017). *La humanización de la salud: Conceptos, críticas y perspectivas*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Humanización de la salud.
- Fernández, I. B., Miguez, R. P., Martín, P. G., Alarcón, F. F., Lázaro, G. A., y de Castro, F. L. (2004). La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Atención primaria*, 33(7), 361-365.
- Lenis-Victoria, C. A., y Manrique-Abril, F. G. (2015). Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Aquichan*, 15(3), pp. 413-425
- Monje, V., Miranda, C., Oyarzún, G., Seguel, P., y Flores, G. (2018). Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. *Ciencia y enfermería*, 24.
- Otzen, T., y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
- Ramírez, P., y Müggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 134-143.
- Ramos, R. (2018). Vivencias de las pacientes en la exposición de su corporalidad durante la estancia hospitalaria Chiclayo, 2017. [Tesis], Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
- Santacruz-Bravo, J. D. (2016). Humanización de la calidad en la atención clínica en salud desde la perspectiva centrada en el paciente a partir de la Resolución 13437 de 1991. *Universidad y Salud*, 18(2), 373-384. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072016000200017&lng=en&tlng=.
- Sinti, J., Margot, L., Pinedo, J., y Tello Tuesta, C. (2017). Cuidado humanizado de enfermería y nivel de satisfacción percibida en púérperas adolescentes atendidas en el Hospital Regional Loreto, 2016. [Tesis] Universidad Peruana Unión, Perú
- Suasnabar, J. A. (2018). Factores asociados a prolongación de estancia hospitalaria en pacientes postoperados en el servicio de cirugía de la Clínica Good Hope, en el año 2016. [Tesis] Universidad Ricardo Palma, Perú.

Tapia, W. (2018). Cuidado humanizado desde la percepción del paciente, familiar cuidador y enfermero. Hospital I El Buen Samaritano-Essalud 2017.

Toledo, G. (2016) La investigación cualitativa y el estudio de casos: una revisión teórica para su discusión. Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores. (IV), 2-11.

La atención humanizada del Grupo Clown: Un acercamiento desde la percepción de los estudiantes de grado 11 de la Institución Educativa Antonio García Paredes de la ciudad de Popayán

Humanizing health through the Clown program. Approach perceptions from high school students of the Antonio García Paredes Institute in Popayan city.

Daniela Castro Galeano*

© <https://orcid.org/0000-0001-7784-7558>

Danna Geraldine Palacios Escobar***

© <https://orcid.org/0000-0002-9772-2960>

Cristian Darío Ortiz Noguera**

© <https://orcid.org/0000-0001-7512-9974>

Mariluz Cardozo Duarte****

© <https://orcid.org/0000-0002-4842-9821>

* Psicóloga e investigadora. Fundación Universitaria de Popayán.
✉ daniela.castro26@hotmail.com

** Psicólogo e investigador. Fundación Universitaria de Popayán.
✉ cristianwoz23@gmail.com

*** Psicóloga e investigadora. Fundación Universitaria de Popayán.
✉ dannapalacios16@gmail.com

**** Psicóloga, especialista en Neuropsicología infantil. Docente e investigadora. Fundación Universitaria de Popayán.
✉ mariluz.cardozo@docente.fup.edu.co

Cita este capítulo

Castro, D.; Ortiz, C.; Palacios, D. G. & Cardozo, M. (2020). La atención humanizada del Grupo Clown: Un acercamiento desde la percepción de los estudiantes de grado 11 de la Institución Educativa Antonio García Paredes de la ciudad de Popayán. En: Ceballos Casas, M. A. y Caicedo Bucheli, M. A. (eds. científico). *Humanizar el contexto hospitalario. Experiencias y desafíos desde la mirada psicológica*. (pp. 51-67). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Fundación Universitaria de Popayán.

Resumen. La presente investigación tiene por objetivo describir la percepción que tienen los estudiantes de grado 11 de la Institución Educativa Antonio García Paredes acerca de la atención humanizada generada por el Grupo Clown del HSLV empleando un enfoque cualitativo y como método el estudio de caso para la recolección de los datos apoyado en una entrevista semiestructurada de diez ítems la cual se aplicó a una muestra total de cuatro estudiantes que hacían parte del Grupo Clown. De los resultados se pudo apreciar cómo la atención humanizada es percibida por los estudiantes desde el don de servicio, la protección y respeto hacia el paciente y cómo su participación en este voluntariado generó un impacto en los estudiantes a nivel personal y social; en consecuencia se puede concluir y destacar el impacto que generan las historias de vida de los pacientes en los voluntarios clown puesto que, al poder generar una conexión emocional con las mismas, hace posible desarrollar gradualmente la capacidad de afrontamiento ante dichas vivencias y circunstancias de manera que el estudiante también pueda enfrentar y resolver situaciones complejas de su día a día en entornos cotidianos como lo son el colegio y el encuentro con pares y familiares.

Palabras clave: clown, humanización, percepción, paciente, voluntariado.

Abstract. The objective of this research is to describe the perception of grade 11 students of the Antonio García Paredes Educational Institution about the humanized attention generated by the HSLV Clown Group using a qualitative approach and a case study method for data collection supported by a semi-structured interview of ten items which was applied to a total sample of four students who were part of the Clown Group. From the results it was possible to appreciate how the humanized attention is perceived by the students from the gift of service, protection and respect towards the patient and how their participation in this volunteering generated an impact on the students at a personal and social level; Consequently, we can conclude and highlight the impact generated by the life stories of the patients in the clown volunteers since, being able to generate an emotional connection with them, makes it possible to gradually develop the ability to cope with such experiences and circumstances

so that the student can also face and solve complex situations of their daily lives in everyday environments such as school and meetings with peers and family members.

Keywords: clown, humanization, perception, patient, volunteering.

Introducción

Oliveira et al. (2012), plantearon como objetivo elaborar e implementar propuestas lúdicas a través de payasos en instituciones de atención como una acción transformadora del medio ambiente, permitiendo la humanización de la atención y minimizando el sufrimiento de los pacientes y los cuidadores y obtuvieron como resultado, que toda la experiencia de los payasos y las actividades lúdicas realizadas fueron esenciales para despertar en el personal de la salud la importancia de la humanización en el contexto profesional, lo que constituye una actividad extracurricular única. Molina et al. (2012) tuvieron como objetivo conocer el efecto emocional y la respuesta al dolor ante la terapia de la risa bajo el marco de los grupos clown; el grupo investigador obtuvo como resultado que los cambios en la percepción del dolor en los pacientes se evidenciaban después de cada intervención de los grupos clown; antes de realizar la terapia se efectuaba la medición de la presencia del dolor en las personas y se evidenciaba dolor leve acorde a la escala *Childrens hospital of eastern pain scale* (CHEOPS), el cual, posterior a la aplicación de la terapia, disminuía y era reemplazado por sentimientos de felicidad.

Faundez y Moena (2014) plantearon como objetivo de investigación el “describir y analizar los efectos de la intervención del payaso de hospital en la posición de sujeto enfermo internado en sala de oncología infantil, a partir de la percepción de funcionarios, familiares y payasos” y en ese sentido los resultados que lograron hacen referencia al gran beneficio que traen consigo los payasos; es decir estos logran cambiar las interpretaciones del espacio por medio de la caracterización que utilizan y los actos que realizan, involucrando la fantasía del niño y facilitando la adaptación a la realidad. Promueven diferentes emociones entendiéndolas como puente que permite la expresión, ya que las actividades que realizan los payasos ayudan a construir un vínculo entre familiares y personal médico facilitando

así que se conozca información a la que normalmente no tiene acceso el equipo de salud ya que se genera un desbloqueo de emociones.

Desde otro punto de vista León y Rivera (2014) estudiaron los efectos de la intervención del payaso de hospital en la posición del sujeto enfermo internado en sala de oncología infantil; a partir de la percepción de funcionarios, familiares y payasos, se obtuvo que la participación de payasos en salas de oncología infantil siempre tendrá efectos en relación con relajar el ambiente en la sala, abstraer a los niños de la realidad hospitalaria y generar risas en los involucrados en este espacio. De igual forma puede tener efectos considerables en la labor médica, por lo que se vuelve necesario fortalecer las condiciones laborales de las organizaciones que realizan este trabajo.

Adicionalmente, Formiga et al. (2014) en su investigación el objetivo pretendía verificar si existía influencia de la *clownterapia* en el cuidado de niños que se encuentran hospitalizados; de esa forma se concluye que sí existe influencia de la *clownterapia* en áreas como el comportamiento, el dolor y los estados emocionales en los niños que participaron del estudio, teniendo en cuenta que por medio del juego implementado se genera alegría en los niños lo que a su vez va de la mano con la humanización de la salud; esta es entendida por el hospital en el que se implementó la investigación como una valorización de la persona hospitalizada con la que se establecen lazos de solidaridad.

Redondo et al. (2015) orientaron su objetivo hacia analizar las diferencias en conductas pro sociales entre estudiantes de educación secundaria de Pasto y Bucaramanga; los resultados obtenidos mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes de las dos ciudades. Por consiguiente, estos datos corroboran los resultados de investigaciones, en las cuales se observa la relación positiva entre las conductas prosociales y la pertenencia a una sociedad colectivista; también que, para los adolescentes, es de gran relevancia la búsqueda del bien común y la pertenencia al grupo.

De igual forma Arcila et al. (como se citó en Hernández, 2016) plantearon como objetivo conocer y comprender los significados que otorgan los profesionales de la salud *clown* a su práctica profesional en la risoterapia; basada de la conceptualización realizada por Bruner, donde el significado se entiende como mediador entre la expe-

riencia subjetiva y la experiencia cultural que permite transformar las creencias, acciones y el entorno del ser humano paralelamente. Al final, los investigadores concluyeron que el ejercicio del médico *clown* genera un aporte a la humanización en la prestación de los servicios de salud, consecuente con el significado de vida que tiene cada risoterapeuta, en cuanto a su comprensión de sí mismo como ser humano, comprensión de las cualidades, necesidades, sentimientos y emociones de los pacientes y sus familias y del funcionamiento del sistema en que operan los centros médicos.

Por otro lado, Lima et al. (2016) pretendían conocer las repercusiones de la terapia *clown* en los procesos de hospitalización que vivencian los niños. Entre los resultados se destaca que la estructura del hospital y el tiempo de estadía afectan aún más al niño; adicionalmente la práctica de la terapia *clown* afianza la relación entre las enfermeras y los niños hospitalizados de tal forma que se consolida como una alternativa importante para los procesos de hospitalización.

Por su parte, Rodríguez et al. (2017) en su proyecto de investigación pretendían describir la percepción de los participantes de un grupo de voluntarios en el área del *clown* en el marco de una intervención en salud; al finalizar la investigación se obtuvieron resultados que evidenciaban una percepción de satisfacción con el trabajo del grupo, además los participantes develaban la importancia de la atención humanizada dado que reducía los niveles de dolor y estrés, además se concluía con la importancia de abordar a la persona con una visión integral entendiéndola más allá de la enfermedad física que padece.

Duran y Ladino (2017) plantearon como objetivo establecer un acercamiento a la vivencia de la terapia de la risa en el proceso de hospitalización de niños diagnosticados con cáncer, desde la percepción de terapeutas *clown*. Se obtuvo como resultado que la terapia de la risa puede presentarse como apoyo en las crisis y como un método de sanación física y emocional, al resignificar la vivencia de la enfermedad y las variables asociadas al contexto hospitalario en los niños, niñas y sus acompañantes, generando impacto simultáneamente en los terapeutas.

Finalmente es importante develar que en la actualidad la atención humanizada se encuentra en auge, por tanto muchos centros hospi-

talarios deciden implementar esa estrategia con el fin de establecer una relación horizontal entre el paciente y el personal médico; sin embargo el cuidado humanizado también integra otros factores mediadores en este proceso, por tanto cuando se habla de mediadores se hace alusión a aquellos grupos o procesos que facilitan la humanización en ámbitos hospitalarios y entre ellos se puede encontrar los grupos clown, quienes en su función hospitalaria se dedican a favorecer la estadía de los pacientes y sus familias. Para entender mejor lo anterior es importante fijar la mirada en los voluntarios que integran el clown hospitalario y conocer desde su perspectiva todo el proceso de humanización; en ese sentido el presente trabajo de investigación evidencia la percepción que tienen los estudiantes del grado 11º de la Institución Educativa Antonio García Paredes en relación a la atención humanizada generada en el Grupo Clown.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

El estudio se realizó a partir de un enfoque cualitativo; la población objeto fue de 40 estudiantes pertenecientes a la Institución Educativa Antonio García Paredes, quienes presentaron su servicio social en el Hospital Susana López de Valencia; sus edades oscilan entre los 14 y 17 años de edad y cursaban grados 10 y 11. La muestra estuvo conformada por cuatro estudiantes de grado 11 que decidieron seguir haciendo parte del voluntariado del Grupo Clown del hospital.

Métodos

El diseño bajo el cual se llevó a cabo la presente investigación fue el estudio de caso, entendiendo que para Blatter (como se citó en Hernández et al., 2014), este método tiene como propósito principal tener una “aproximación investigativa en la cual una o unas cuantas instancias o unidades de un fenómeno son estudiadas en profundidad” (p. 1).

Fases de la investigación

Fase 1. En un primer momento se realizó la presentación con el Grupo Clown del hospital con el fin de tener un acercamiento a

todo el proceso que realizaban como este dentro del HSLV; sin embargo es importante recalcar que en este primer momento no se recolectó información alguna.

Fase 2. En esta fase se realizó la socialización del proceso que se llevaría a cabo y sobre los aspectos relacionados con los consentimientos informados de los padres y el asentimiento informado de los participantes directamente implicados.

Fase 3. Se realizó la entrevista con el fin de recolectar información que contribuyera al cumplimiento de los objetivos.

Fase 4. Se procedió a estudiar la información recogida, teniendo en cuenta el análisis narrativo a partir de la metáfora de bricolaje, en el cual se tienen en cuenta las diferentes estrategias metodológicas, por medio de las cuales se puede realizar un estudio a profundidad del fenómeno investigado, permitiendo así hacer uso de diferentes herramientas como la entrevista (Denzin y Lincoln como se citó en Pérez et al., 2011)

Fase 5. Finalmente se socializan los resultados obtenidos del proceso para que la población conozca a profundidad el proceso del cual hizo parte.

Análisis de los datos

Se efectuó un análisis narrativo a partir de la metáfora de bricolaje en el cual se tienen en cuenta las diferentes estrategias metodológicas, por medio de las cuales se puede realizar un estudio a profundidad del fenómeno investigado, permitiendo así hacer uso de diferentes herramientas como la entrevista (Denzin y Lincoln como se citó en Pérez et al., 2011).

Resultados

A continuación, se presentarán los resultados derivados de las entrevistas realizadas que corresponden a las categorías de características del Grupo Clown y el impacto personal que ha generado la pertenencia a dicho grupo. Inicialmente teniendo en cuenta la categoría clown hospitalario y la primera subcategoría, características del grupo, se

encuentra que en el caso del sujeto 1 dicha pertenencia genera una transformación a nivel de la personalidad: “que nosotros no somos nosotros mismos, sino que somos otras personas..., porque ahí en esa humanización no somos nosotros...” (S1)³. En el caso de los sujetos 2 y 3 caracterizan al grupo bajo la responsabilidad: “Somos muy alegres, la responsabilidad y robar sonrisas... ser creativos” (S2), “la responsabilidad, estar aquí es una gran responsabilidad y también debemos ser más puntuales y la solidaridad” (S3) es importante reconocer que otras de las características del grupo hacen referencia a la unión según lo refiere el sujeto 4 “una ayuda, una agrupación, siempre estar unidos como una comunidad” (S4).

Frente a la segunda subcategoría relacionada con las actividades que realiza el Grupo Clown se encontró que los sujetos las perciben como objetivo de animación a los pacientes, con diferentes actividades lúdicas y de entretenimiento: “repartir felicidad a cada paciente que necesite o que se encuentre angustiado, desesperado, triste, hacer que de animalos, hacer que estén bien... que ellos van a salir de lo que se encuentren” (S1), “el proceso es primero buscar algo que les guste a ellos” (S2), “las actividades que realizamos son lúdicas, pues nada de actividad física por la condición en la que están acostados más que todo los hacemos reír, les contamos chistes” (S3); otra de las características que destaca al grupo es que a sus participantes les ha enseñado a socializar, a colaborar y utilizar una forma de hablar dependiendo del área en la que se encuentre: “eh pues hay tres tipos de bloques en la que nosotros participamos que es adultos, ginecología y pediatría, con adultos llevamos historias, hablamos con ellos dialogamos, si nos queda tiempo jugamos convivimos con ellos, nos hacemos amigos de ellos y ginecología pues es saber cómo tratar a una madre cuando ha perdido un bebé o está en embarazo o está por cualquier problema de su bebé en el hospital, entonces nosotros le tenemos ese cuidado a ellos estamos pendiente decirles en qué te podemos colaborar o ayudar y en pediatría pues hablar con los niños, discutir, leer cuentos, jugar, como socializar entre todos” (S4).

Respecto a la tercera subcategoría que hace referencia a los espacios en los que el grupo se reúne se puede apreciar como la frecuencia

³ S1, 2, 3 [---] hacen referencia al sujeto 1, sujeto 2, etc.

se encamina a dos veces por semana como en el caso de los sujetos 1, 2 y 3: “Una o dos veces por semana, porque es así, tiene que ver, depende el paciente, cómo se encuentre, porque puede llevar dos días o así.”(S1), “una vez por semana”(S2), “cada ocho días nos reunimos para hacer las actividades aquí”(S3).

Por otro lado, en el caso del sujeto 4 se puede observar cómo se reúnen tres veces por semana: “nos dan un horario, hay tres días a los que nosotros asistimos que son martes, miércoles y viernes, es un horario de ocho a once”(S4).

Por otra parte, se presentan los resultados obtenidos para la categoría impacto personal; en un principio se mencionarán algunas verbalizaciones que develan lo que ha generado pertenecer al Grupo Clown y se describirán las subcategorías de significado y aprendizaje derivado del voluntariado.

Con respecto a la primera subcategoría de significado se encontró que los sujetos 1, 3 y 4 relacionan el significado del grupo con la ayuda entendida por ellos como subir el ánimo, ver por los demás y ser un apoyo para las personas necesitadas tal como lo expresan los siguientes discursos; “pues un grupo de personas dispuesto a ayudar a la gente que necesita cambiar sus ánimos, su manera de actuar” (S1), “es como ser pues alguien que ve por los demás” (S3), “para mí un grupo de ayuda de estar compartiendo con las personas que tienen bajos recursos estar ahí pendiente dándoles un apoyo no dejarlos decaer y siempre estar con ellos el tiempo más posible que uno tenga” (S4).

Por el contrario, en el sujeto 2 se puede observar cómo basa su experiencia en la tristeza que ocasiona interactuar con los pacientes y manifiesta lo siguiente: “Porque allá te encuentras con cosas que nunca has visto... a uno le da como tristeza yo en varias ocasiones he querido llorar y me he aguantado” (S2).

Con respecto a la segunda subcategoría, aprendizaje derivado del Grupo Clown, en el caso de los sujetos 1 y 3, refieren el cambio de ánimo y la capacidad de afrontamiento respectivamente como aprendizajes obtenidos: “como la parte de hacerlos reír, que si están tristes que se rían, que cambien esos ánimos, que si están así es peor” (S1), “la fortaleza, el valor para afrontar las cosas” (S3).

De la misma forma, para el caso de los sujetos 2 y 4 el aprendizaje se define en la capacidad de socializar, responsabilizarse y cuidar a los demás después de hacer parte del grupo: “la responsabilidad, me ha enseñado a interactuar con otras personas” (S2), “aprendí a cuidar, socializar, ayudar a las demás personas, siempre brindarles un apoyo y estar para ellos” (S4).

Finalmente con respecto a la humanización de la salud es posible apreciar que la risa se asocia con la cura: “la gente que está dispuesta a cambiar las inyecciones como por sonrisas, ... la risa cura, no sé” (S1), por consiguiente el cuidado humanizado también se encuentra relacionado con el entretenimiento: “entretener a los pacientes hacer que no solamente piensen en el dolor cómo que piensen algo más divertido que se entretengan ”(S2), y los sujetos 3 y 4 entienden la percepción del cuidado humanizado basado en el servicio y en la protección a los demás; “es como estar al servicio de los demás” (S3), “es cuidar y proteger a la demás comunidad, es prestar un servicio, ayudarlos, pregúntales que tienen, que dificultades tienen que nosotros podamos ayudarle” (S4).

Discusión

En este apartado se analizarán los resultados a la luz de los referentes teóricos en relación a las siguientes categorías de estudio: características del Grupo Clown y el impacto personal que ha generado la pertenencia a dicho voluntariado. En cuanto al objetivo que busca identificar las características del Grupo Clown del HSLV, se evidenció cómo los estudiantes dentro del grupo han adoptado como normas de funcionamiento dentro del hospital la responsabilidad, como muestra de compromiso en torno a sus compañeros y a los pacientes que visitan; de la misma forma la unión que se presenta entre los voluntarios se articula con el beneficio de los pacientes que visitan, facilitando el proceso de humanización a través de la transmisión de alegría a los pacientes.

Con base a lo anterior se puede decir que las características de un voluntariado van direccionadas, entre otras cosas, al carácter altruista, la acción solidaria y un marco organizativo que establece unas normas de funcionamiento dentro del grupo (Soler, 2008). Así,

es importante reconocer como con la implementación de normas claras se logra crear un orden dentro del grupo de voluntarios que se ve traducida en la responsabilidad que tienen los estudiantes con ellos mismos y esas normas internas, pero también, con la población que busca beneficiar.

Por otra parte, otro de los hallazgos se encamina hacia la transformación de la personalidad de los voluntarios, en los cuales se logra evidenciar un cambio frente a la facilidad para entablar amistades y relaciones interpersonales más duraderas, y esto gracias a la participación en el Grupo Clown ya que al cambiar del entorno cotidiano al hospitalario deben ser personas diferentes, modificando su comportamiento y actitud para el beneficio de los pacientes. En ese sentido el objetivo de los grupos voluntarios va direccionado a lograr una maduración personal de sus integrantes y que adopten, de forma voluntaria, la toma de conciencia y la participación en el bienestar de la comunidad a la que pretenden beneficiar (Soler, 2008). A partir de lo anterior se logra comprender cómo los grupos de voluntarios contribuyen al crecimiento personal, permitiendo que las personas desarrollen habilidades sociales encaminadas a las relaciones con los demás de forma espontánea y así facilitar la interacción con los pacientes y sus acompañantes.

Así mismo el Grupo Clown lleva a cabo diferentes funciones y actividades en pro de hacer efectiva la humanización de la salud y, de acuerdo a lo hallado en la presente investigación, se encamina hacia la animación de los pacientes, la socialización, colaboración y el uso de un lenguaje diferencial. Partiendo de lo anterior, las actividades que lleva a cabo un voluntariado se denominan como atención primaria y van orientadas, entre otras, a contribuir a la detección y mitigación de necesidades de las personas, el acompañamiento individual y familiar; así mismo mostrar la sensibilidad social expresada a través de la ayuda y al uso de una comunicación, explicada por Soler (2018), como tú a tú, es decir, una comunicación que elimine barreras entre el voluntariado y las personas necesitadas (Soler, 2008). Por medio de la atención primaria que da el voluntariado a los pacientes se hace posible minimizar los factores de riesgo a los cuales están expuestos día a día; es importante resaltar que esta interacción se genera a través del diálogo, la escucha y el juego, permitiendo un mayor

acercamiento y confianza entre el Grupo Clown y los pacientes, lo que a su vez favorece la sensibilidad que se hace necesaria con estos, al encontrarse en dicha situación de vulnerabilidad.

Frente al último objetivo planteado en el presente trabajo de investigación, que pretende caracterizar el impacto personal que ha generado en los estudiantes de grado 11 el pertenecer al Grupo Clown del HSLV, se encontró inicialmente que este se genera gracias al aporte que efectúa el clown a los estudiantes a partir de tres estrategias, las cuales están enmarcadas en subir el ánimo, ver por los demás y ser un apoyo para las personas necesitadas. Se encuentra entonces, que las personas que han estado vinculadas a un voluntariado logran llevar a cabo actividades altruistas y solidarias por una decisión libre, apoyada en la adquisición de una conciencia solidaria como lo menciona Soler (2018), quien además piensa que esas actividades se llevan a cabo en busca de una mejora de la realidad social (Soler, 2008). De esa forma se evidencia cómo un voluntariado no solo beneficia a su población sino también a sus integrantes, en el sentido que facilita aprendizajes duraderos que se ponen en práctica en escenarios más cotidianos como los sociales o familiares donde dan ayuda y apoyo cuando notan la necesidad, haciéndolo gracias a la capacidad adquirida en estos entornos hospitalarios donde se desenvuelve el grupo voluntario.

Otra de las esferas que ha impactado a los estudiantes al pertenecer al Grupo Clown es la socialización, puesto que todas las personas nacen con una capacidad de socializar y todos en mayor o menor medida se encuentran en la capacidad de tratar con otros; sin embargo, una vez se hace parte del Grupo Clown esa capacidad se afianza y se fortalece. Así pues, la perspectiva socio-cultural establece que la importancia que tiene para una persona el pertenecer a un grupo radica principalmente en mejorar y fortalecer su capacidad de socialización (Andrade y Straus, como se citó por Yubero, sf). Con lo mencionado, se recalca la importancia de pertenecer a un grupo social y la influencia que ello tiene sobre las personas que lo conforman, facilitando el que se desarrolle o fortalezca su capacidad para socializar, lo cual se evidencia en aspectos cotidianos tales como son los encuentros con pares y los escenarios familiares. Así mismo la responsabilidad es otro de los aspectos que se ha visto impactada, lo que se evidencia en los estudiantes, ya que estos cumplen no solamente con las actividades y horarios estipulados

dentro del Grupo Clown, sino también con actividades personales de su vida cotidiana. En ese sentido la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2019) refiere. “Gracias al voluntariado, los ciudadanos construyen un sentido de la responsabilidad para sus propias comunidades” (p.2). Ahora bien, es evidente que la responsabilidad en los grupos de voluntarios no solo es aplicada en los escenarios donde realizan su labor, sino también en la cotidianidad de los entornos educativos favoreciendo al desarrollo personal de los integrantes.

En cuanto al último hallazgo este se relaciona con la capacidad de afrontamiento, la cual está vinculada a esa habilidad que han adquirido los estudiantes para enfrentar diferentes situaciones en su vida cotidiana, tales como problemas emocionales, académicos o familiares que experimentan en la medida en que se exponen a nuevas situaciones. De esa forma, según Lazarus y Folkman (como se citó en Gastelumendi y Oré, 2013) el afrontamiento se establece como los esfuerzos generados por una persona en función de sobrellevar las demandas que tiene el entorno sobre él. Los autores esclarecen que estos esfuerzos están asociados a la conducta y al pensamiento. Así, es entendible cómo el afrontamiento se establece como factor fundamental en los voluntarios, dado que en su quehacer deben sobrellevar diferentes cargas, por un lado, emocionales al tratar con diferentes experiencias en su proceso, en las que a veces presencian situaciones como el abandono, pérdidas de familiares y/o problemas de salud, y por otro lado físicas al llevar a cabo extensas jornadas de apoyo voluntario, lo que a su vez, probablemente fortalece la capacidad con la que los estudiantes afrontan las situaciones de su vida cotidiana alejada de la realidad hospitalaria. Cabe destacar que este hallazgo se relaciona con el estudio de Duran y Ladino (2017) quienes encontraron que la humanización generada por los terapeutas *clown* no solo beneficia a las personas hospitalizadas y sus familiares, sino también a los mismos terapeutas quienes se ven impactados por esta estrategia de forma simultánea que los pacientes, lo que a su vez resalta una relación y similitud con la presente investigación, dado que refleja igualmente cómo la intervención a pacientes por medio del *clown* genera un impacto positivo en sus integrantes.

Finalmente, teniendo en cuenta la percepción que tienen los estudiantes acerca de la atención humanizada, se logra resaltar que los

sujetos experimentan sentimientos de alegría en relación al cuidado del paciente, como lo menciona Diaz (2012) “el clown, es un provocador de risas, sensaciones y emociones, nos hace reflexionar con su visión del mundo y sus intentos de posarse por encima de sus fracasos” (p. 2). Se puede destacar el papel que cumplen los clowns, quienes a partir de generar un bienestar para el paciente y a su cuidador, se benefician a sí mismos con la pertenencia al grupo y la interacción que se logra entre el payaso de hospital y el paciente.

Vincular la risa con la cura; la risa es la nueva cura ante las enfermedades y/o los trastornos psicopatológicos, por medio de la cual se implementa la medicina alternativa en la que se toma a la risa como método que ayuda a aliviar el dolor, y por consiguiente es considerada la cura de los pobres (Villán et al., 2019). El carácter terapéutico de la risa y la influencia que esta tiene sobre la enfermedad es evidente, ya que gracias a esos espacios en los que el paciente no está pensando en el dolor, es capaz de dirigir su atención a otro estímulo, más beneficioso para su salud. En ese orden de ideas se evidencia como el servicio está relacionado con la búsqueda de protección a los demás. En ese sentido es posible afirmar que el cuidado humanizado tiene principios generales que promueven el cuidado del paciente tomando las emociones, así como lo refiere la teoría de Watson (como se citó en Urra et al., 2011) en la cual se establece que el cuidado humanizado se sustenta de una relación interpersonal, y que a su vez está orientado exclusivamente a brindar protección al otro. Para el Grupo Clown el cuidado del paciente es la prioridad y es por esto que realizan un análisis previo sobre las condiciones en las cuales se encuentra y posteriormente proceden a crear el plan de actividades a ejecutar; por tanto, el cuidado de las personas va más allá de protegerlas de la enfermedad, es apreciar su estado no solo físico sino también mental y emocional.

Desde esta perspectiva, es importante resaltar que el haber podido acceder a la percepción de los estudiantes acerca de la atención humanizada desde el clown, destaca y devela la importancia de esta clase de voluntariados que se orientan a contextos hospitalarios, dado que el beneficio no solo involucra a las personas que se encuentran hospitalizadas y a sus familiares, sino también a los mismos integrantes del voluntariado quienes en su paso por el grupo experimentan diferentes transformaciones como las ya descritas

anteriormente y de la misma forma fortalecen habilidades que ya poseían previamente, elementos con los que se potencializa el accionar de estos grupos.

Conclusiones

A partir de esta investigación, se logró evidenciar que dentro de las características más relevantes del Grupo Clown del HSLV se destaca el uso de un lenguaje diferencial, la responsabilidad, la unión y la transformación en el ámbito social, aspectos que se ven fortalecidos en el voluntario al ingresar al grupo; es importante mencionar que estas características permiten que el voluntario se adapte a la condición de cada paciente fortaleciendo la atención humanizada. Se destaca el impacto que generan las historias de vida de los pacientes en los voluntarios clown puesto que, al poder generar una conexión emocional con las mismas, hace posible desarrollar gradualmente la capacidad de afrontamiento ante dichas vivencias y circunstancias, de manera que el estudiante también pueda enfrentar y resolver situaciones complejas de su día a día en entornos cotidianos como lo son el colegio y el encuentro con pares y familiares. Es importante resaltar que los estudiantes relacionan la atención humanizada con el cuidado, la protección y el don de servicio a los pacientes y sus familiares y en ese sentido los estudiantes promueven y perciben la humanización a partir del respeto hacia estos actores, en la medida en que se tienen en cuenta sus condiciones, logrando generar sentimientos positivos como la alegría tanto en los pacientes como en ellos mismo. En cuanto a la psicología de la salud es importante destacar que este estudio se ubica como uno de los pioneros en el área, teniendo en cuenta las pocas investigaciones en el presente contexto, poniendo en evidencia la importancia y el éxito del modelo biopsicosocial en áreas clínicas con la humanización de la salud.

Referencias

Díaz, J. (2012). Otra visión del sentido del humor: el payaso y el clown. INED21. Recuperado de: <https://ined21.com/otra-vision-del-sentido-del-humor-el-payaso-y-el-clown/>

- Duran, M. y Ladino, M. (2017). *Vivencia de la terapia clown en ambientes oncológicos pediátricos desde el terapeuta* (tesis de pregrado). Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Faundez, V. y Moena, S. (2014) *Efectos de la intervención del payaso de hospital en la posición de sujeto enfermo internado en sala de oncología infantil, a partir de la percepción de funcionarios, familiares y payasos* (tesis de pregrado). Viña del Mar: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Facultad de Filosofía y Educación, Escuela de Psicología.
- Formiga, M., Lacerda. R., Cordeiro. M., Moraes. S., Cruz. J., Moreira. J., Nascimento. J., Santos. G. y Cortez. L. (2014) *Influência da palhaçoterapia na assistência à criança hospitalizada*. *Efdeportes*, 18 (190), 01-15. http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10236/1/2014_art_gscerqueira.htm
- Gastelumendi, C., y Oré, B. (2013, 18 de enero). *Personalidad y afrontamiento en voluntarios peruanos de lucha contra la pobreza*. <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v31n1/a03v31n1>
- Hernández, L. (2016) *Detrás de la nariz del clown: la experiencia del profesional clown como aporte para la humanización de la atención en salud* (tesis de pregrado). Bogotá, Colombia: Universidad Externado de Colombia.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Estudio de caso. Mendoza Torres, P. (Ed.), *Metodología de la Investigación* (pp. 01-31). México D.F., Mexico: Interamericana editores SA.
- León, V. y Rivera, S. (2014). *Efectos de la intervención del payaso de hospital en la posición de sujeto enfermo internado en sala de oncología infantil, a partir de la percepción de funcionarios, familiares y payasos* (tesis de pregrado). Viña del Mar: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso,
- Lima. A., Gomes R., Fernandes. C., Alves. A., y Cunha, N. (2016). *Repercussões da clownterapia no processo de hospitalização da criança*. *Proquest*, 8 (1), 3968-3978. doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3968-3978.
- Molina, J., Castillo, V., y Tenorio, Y. (2012). *Efecto emocional y respuesta al dolor que causa la terapia de la risa por medio de la estrategia clown en el servicio de pediatría de la fundación hospital San José de Buga Valle, del año 2012* (tesis de pregrado). Tuluá, Valle: Universidad Central

- del Valle del Cauca Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Enfermería.
- Oliveira, F. M., Albuquerque, É.-F., Lucena, R. F., Melo Santos, F. P., Alves, B. S., Da Costa, J. N. y Diniz P. W. (2012). Recuperação imediata pelo riso: uma experiência clown. *Ciencia em extensão*, 8(3),76-86. https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/viewFile/711/745
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2019). El voluntariado y los Objetivos Mundiales. Recuperado de <https://www.unv.org/es/voluntariado/el-voluntariado-y-los-objetivos-mundiales>.
- Pérez, V., Fuentes, J. y Devis, J. (2011, 13 de diciembre). El análisis narrativo en la educación física y deporte. *Movimiento*. <https://core.ac.uk/download/pdf/93038113.pdf>
- Redondo, J., Rangel, K. y Luzardo, M. (2015). Diferencias en comportamientos prosociales entre adolescentes colombiano. *Psicogente*. Vol. (34),311-319. <http://doi.org/10.17081/psico.18.34.507>
- Rodriguez, C. P., da Conceição, A. P., y Dos Santos A. P. (2017). Clown- o palhaço como intervenção e humanização em saúde the clown as intervention and health humanization. *Journal of Health & Biological Sciences*, 5 (4), 352-359. doi: 10.12662/2317-3076jhbs.v5i4.1181.p352-359.2017
- Soler, P. (2008). Factores psicosociales explicativos del voluntariado universitario. <http://www.cervantesvirtual.com/downloadPdf/factores-psicosociales-explicativos-del-voluntariado-universitario--0/>
- Urra, E., Jana, A., y García, M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería*, (3), 11-22. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
- Villán Gaona, J. L., Gaona Ordoñez, C. E., y Carrero Gutiérrez, Z. A. (2019). Risoterapia: una terapia complementaria a la medicina occidental. *Revista Med*, 26(2), 36-43. <https://doi.org/10.18359/rmed.3370>
- Yubero, S. (sf). Socialización y aprendizaje social. *Psicología Social, Cultura y Educación*. (pp. 2-25).

Afrontamiento y espiritualidad del personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Susana López de Valencia

Spirituality and coping mechanisms of nursing staff in the intensive neonatal unit care at Susana López de Valencia's Hospital.

Andrés Ballesteros*

© <https://orcid.org/0000-0003-4990-9752>

Julián Bazante***

© <https://orcid.org/0000-0003-4766-5862>

Sebastián Barrera**

© <https://orcid.org/0000-0001-7044-4545>

Mariluz Cardozo Duarte****

© <https://orcid.org/0000-0002-4842-9821>

Resumen. La presente investigación tiene por objetivo describir la percepción de espiritualidad del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales el Hospital Susana López de

* Psicólogo. Fundación Universitaria de Popayán.

✉ andres.ballesteros@docente.fup.edu.co

** Psicólogo. Fundación Universitaria de Popayán.

✉ sealbasa@hotmail.com

*** Psicólogo. Fundación Universitaria de Popayán.

✉ jbazantel@gmail.com

**** Psicóloga, especialista en Neuropsicología infantil. Docente e investigadora. Fundación Universitaria de Popayán.

✉ mariluz.cardozo@docente.fup.edu.co

Cita este capítulo

Ballesteros, A.; Barrera, S.; Bazante, J. & Cardozo Duarte, M. (2020). Afrontamiento y espiritualidad del personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Susana López de Valencia. En: Ceballos Casas, M. A. y Caicedo Bucheli, M. A. (eds. científico). *Humanizar el contexto hospitalario. Experiencias y desafíos desde la mirada psicológica*. (pp. 69-87). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Fundación Universitaria de Popayán.

Valencia como recurso de para afrontar la muerte de sus pacientes desde una mirada de la logoterapia. Este estudio presenta un enfoque cualitativo con un diseño fenomenológico y una muestra de tipo no probabilístico de siete enfermeros, empleando como técnica la entrevista semiestructurada, abordando categorías como espiritualidad, afrontamiento de muerte y recursos noéticos. Se encontró que la espiritualidad es percibida como una dimensión fundamental, manifestada en creencias y comunicación con un ser superior que les permite resignificar experiencias de muerte mediante prácticas relacionadas a los recursos noéticos propuestos por la logoterapia. En conclusión, estos recursos constituyen estrategias de afrontamiento de muerte desde experiencias relacionadas con la espiritualidad.

Palabras clave: espiritualidad, afrontamiento, muerte, personal de enfermería, logoterapia.

Abstract. The aim of the present investigation is focused on describing the spirituality perception of the Neonatal Intensive Care Unit of the Susana López de Valencia Hospital's nursing staff, this as resource to face the death of patients from a logotherapy perspective. This research presents a qualitative approach with a phenomenological study and a non-probability sampling of seven nurses, using the semi-structured interview as a technique, it tackles categories such as spirituality, coping methods after death and noetic resources. It was found that spirituality is perceived as a fundamental dimension and it is manifested in beliefs and communication with a higher being that allows them to resignify death experiences through practices related to the noetic resources proposed by logotherapy. To sum up, these resources constitute of strategies for coping with death from experiences related to spirituality.

Keywords: spirituality, coping, death, nursing staff, logotherapy.

Introducción

La presente investigación nace de la necesidad que presenta el Hospital frente al mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio de salud a sus usuarios desde el programa de humanización que

promueve la línea de acción de apoyo emocional espiritual al final de la vida. Se destaca la relevancia del tema puesto que, al realizar un sondeo sobre investigaciones relacionadas al asunto, se han encontrado grandes vacíos conceptuales debido a las pocas referencias de trabajos de espiritualidad desde la perspectiva psicológica en los ambientes hospitalarios, tanto en el marco internacional, como especialmente en el local. En dichos antecedentes, pudo notarse que el personal de salud que labora en las unidades de cuidados intensivos atribuye relevancia a la dimensión espiritual, siendo esta un factor influyente en las experiencias de cuidado, así como lo evidencia el estudio de Terceño (2017), en el cual se obtuvieron como resultado tres niveles en relación con el cuidado espiritual: la naturaleza del cuidado espiritual, la autopercepción ante el cuidado espiritual y el afrontamiento de cuidados espirituales. Así mismo se logra percibir que la constante exposición a experimentar la muerte de sus pacientes puede llegar a producir algún tipo de afectación emocional a la vida laboral y personal, como es mencionado en el estudio de Fernández et al. (2017) en el que la percepción de muerte puede llevar en ocasiones a generar ciertas dificultades hacia el afrontamiento. En ese sentido se permite comprender que la muerte de sus pacientes puede generar confrontación, máxime cuando esta se produce en niños que llevan pocos días de nacidos y cuya expectativa de vida se despliega especialmente en sus familiares como sucede en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

El personal asistencial de enfermería de las instituciones de salud, como el del Hospital Susana López de Valencia (HSLV), especialmente aquellos que atienden las unidades de situaciones críticas como la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), están enfrentados diariamente al sufrimiento, el dolor y la muerte de sus pacientes. Surgen en torno a esta realidad interrogantes de cómo logran afrontar y dar respuesta a estas diversas realidades y poder continuar con sus labores profesionales y personales. Por lo tanto, esta investigación tiene como propósito describir la percepción de la espiritualidad del personal de enfermería de la UCIN del Hospital Susana López de Valencia como un recurso de afrontamiento frente a la muerte de sus pacientes desde la logoterapia.

Método

El diseño empleado para esta investigación es el fenomenológico que tiene su eje principal en el estudio de las experiencias humanas, de lo subjetivo y de aquellas cosas que se escapan a lo cuantificable, procurando observar y describir cómo las personas experimentan e interpretan los fenómenos.

Tipo de estudio

El tipo de enfoque de esta investigación es el cualitativo que busca la comprensión e interpretación de la realidad humana y social, con un interés práctico, es decir con el propósito de ubicar y orientar la acción humana y su realidad subjetiva.

Técnica e instrumento

Como técnica de recolección de los datos para esta investigación, se empleó la entrevista semiestructurada. Esta técnica permite tener un acercamiento profundo a los significados subjetivos que el personal de enfermería pueda brindar para la recolección de la información necesaria para la investigación. El instrumento de entrevista semiestructurada estuvo conformado por ocho preguntas que abordaron las categorías propuestas para esta investigación: la espiritualidad y afrontamiento de la muerte y recurso noéticos de afrontamiento ante la muerte.

Muestra

El tipo de muestreo que se escogió para esta investigación es de tipo no probabilístico y por intencionalidad. La muestra para esta investigación era parte del equipo asistencial de enfermería de la UCIN del HSLV de Popayán y estuvo conformada por siete enfermeros y enfermeras jefes. Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que el enfermero o enfermera, estuviera vinculado al servicio de UCIN del HSLV, llevar más de dos años laborando en este servicio y, el tercer criterio, que aceptara el consentimiento informado para la realización de la investigación.

Fases de la investigación

Primera fase. Se efectuó un primer contacto con la población para dar a conocer el proyecto de investigación, generar empatía y reconocer cuál sería la muestra poblacional que estaría dispuesta a formar parte del proyecto.

Segunda fase. Se aplicó la entrevista semiestructurada. Esta se realizó de manera individual en un tiempo estimado de 45 minutos.

Tercera fase. Consistió en el análisis de los datos recogidos de acuerdo a las categorías de análisis del estudio.

Cuarta fase. Socialización de los resultados con la población.

Resultados

En relación a la percepción de espiritualidad como recurso de afrontamiento ante la muerte de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Susana López de Valencia por parte del personal profesional en enfermería, se describirán las categorías relacionadas con espiritualidad, muerte y recursos noéticos.

Categoría espiritualidad

Dentro de esta categoría se tuvieron en cuenta las subcategorías percepción de la espiritualidad, formas de espiritualidad e importancia de la espiritualidad.

Percepción de la espiritualidad

En la información recibida de los participantes se puede inferir que la espiritualidad está relacionada con la búsqueda y la afirmación de un ser superior, que en su mayoría es Dios, desde una visión religiosa. Seis de los entrevistados hablan de la espiritualidad asociada a un sentido de trascendencia hacia un ser superior denominado Dios.

Manuel⁴: “Para mí la comunicación con un ser superior que es Dios, tener que trascender de lo terrenal a lo espiritual por medio de Él”.

⁴ Todos los nombres empleados en esta sección son ficticios.

Marta: “Puede depender como de la religión pues sobre todo se maneja en las personas que tienen la creencia de que hay un ser superior”.

Lorena: “Yo creo que es creer y depender totalmente de un ser creador y supremo que sería pues Dios”.

Valentina: “La espiritualidad para mí es como ese sentimiento que uno tiene hacia algo como religioso, como a lo que uno se aferra fuera de lo común o sea, pues yo lo asocio mucho a la parte religiosa”.

Camilo: “La espiritualidad yo la definiría como la parte del alma que se crea el contacto directamente con Dios”.

Carlos: “Para mí la espiritualidad es como creer en un Dios”.

Por otra parte, encontramos que Mónica entiende la espiritualidad como una conexión con lo que está a su alrededor sin mencionar un ser superior o Dios.

Mónica: “Para mí es un sentimiento, pero ya del alma, por el cual transmitimos sentimientos, nos conectamos con la naturaleza, con los demás seres, con el mundo en general”.

Formas de espiritualidad

Los entrevistados en su totalidad manifiestan que sí tienen una espiritualidad y la consideran como una dimensión importante.

Sin embargo, se encuentra que los sujetos asocian en primera medida la espiritualidad con el ejercicio de una comunicación personal con un ser supremo y el contacto y/o servicio con el otro, como lo manifiestan Manuel, Valentina y Camilo.

Manuel: “Mi espiritualidad la describiría como una desconexión con el resto del mundo, es algo más que es muy individual, que lo puedo aplicar solo, meditar solo y hablar con Dios”.

Valentina: “Yo soy católica, y en ese aspecto yo soy muy religiosa, no soy de las personas que todos los días se la pasan en la iglesia o todos los días rezando, pero si me considero una persona que cada que voy a realizar una actividad y todo eso me encomiendo a Dios y todo lo que hago...”.

Camilo: “Es la comunicación que puedes tener con Dios”.

Por su parte Mónica y Lorena relacionan su espiritualidad con una forma de contacto y servicio hacia los otros.

Mónica: “Considero que mi principal característica es muy débil, pero a la vez muy humana, soy muy sensible a las situaciones de las demás personas así no las conozca”.

Lorena: “Yo creo que ser primero que todo una persona noble, que dependa completamente de Dios, en este caso de nuestra profesión sería brindarle como una mano ayudadora a aquellas personas que están pasando por un momento o una crisis en la que está su familiar completamente enfermo”.

Entre tanto en los siguientes participantes se evidencia que las formas de espiritualidad se encaminan hacia la paz y la comprensión.

Marta: “Una espiritualidad que brinda paz, calma, como paciencia quizá”.

Carlos: “En donde amar, en donde entender, en donde comprender”.

Importancia de la espiritualidad

En relación a la noción de importancia de la espiritualidad entre los entrevistados hay quienes afirman que la espiritualidad favorece a quien la posee como en la ayuda a otras personas.

Marta: “Sí, la verdad si lo considero así, porque considero que la espiritualidad es como un plus que tienen las personas por así decirlo y, que de alguna u otra manera ayudan a las personas con ella”.

Lorena: “Claro que sí, pues yo creo que si todos fuéramos espirituales eso nos ayudaría mucho aquí pues en el servicio, porque uno ve a diario muchos casos donde nosotros pues nos vemos enfrentadas a muchas situaciones...”.

Carlos: “Sí, porque así vamos a entender a las demás personas”.

Y por otra parte hay quienes consideran que la importancia de la espiritualidad es subjetiva y depende de la experiencia personal de cada participante.

Manuel: “Pues eso depende de cada quien del pensar y las creencias que tenga cada persona... pero yo si lo tengo más ligado a la parte de la religión”.

Mónica: “Hay gente que definitivamente no todos son espirituales, desde mi punto de vista de ver las cosas debemos trabajar en eso que muchas veces lo dejamos a un lado, nos fortalecemos más en lo físico, en lo fisiológico más no en lo espiritual y el alma hay que fortalecerla mucho”.

Camilo: “Entonces consideraría que es independiente de cada persona”.

Valentina: “Pienso que eso es muy relativo, porque cada uno asume su espiritualidad de acuerdo a lo que uno crea, de acuerdo a lo que uno viva y todo eso. O sea, creo que sea importante en la medida en que uno lo necesite. En lo personal a mí sí me trae mucho beneficio, yo pienso que es importante, pero es muy respetable porque hay gente que ellos no creen en un Dios, no creen en una fuerza superior”.

Categoría muerte

Respecto a la categoría muerte se abordarán las subcategorías percepción de la muerte y afrontamiento de la muerte desde las prácticas religiosas o espirituales.

Percepción de la muerte.

Desde la información obtenida se infiere que la muerte es percibida por los sujetos entrevistados como un proceso natural que acontece en la vida.

Manuel: “Para mi es algo natural, es algo que es un hecho que debe pasar, que se debe esperar como cualquier otra cosa”.

Mónica: “La muerte aprendí a verla como un descanso, me costó mucho inicialmente incluso cuando los pacientes se morían me daba tristeza, no quería que eso pasara, pero después entendí que en esos estados creo que es lo mejor que le puede pasar a una persona, un descanso”.

Marta: “Es como algo normal porque sabemos que todo ser vivo pues tiene que, de una u otra manera terminar su ciclo como parte natural de un proceso biológico”.

Lorena: “Pues yo considero que es un estado natural en que la persona pues descansa, muere”.

Valentina: “Yo pienso que la muerte es la parte final de uno en la parte física, y la parte espiritual yo creo que sigue prolongándose, o sea la muerte es el desprendimiento de un espíritu de lo que nos mueve a nosotros en la parte espiritual, en la parte sentimental y todo eso, todo lo que somos así y esa parte se desprende, todo eso para mí es la muerte. La separación del cuerpo y el alma”.

Por otro lado, hay quienes conciben la muerte como una realidad dolorosa, tal y como lo expresan los siguientes participantes, 6 y 7.

Camilo: “Pero yo lo veo como algo doloroso”.

Carlos: “Creo que es algo difícil de asimilar, la muerte, para mí, es un tema muy complejo y muy delicado”.

Afrontamiento de la muerte desde las prácticas religiosas o espirituales.

Se halló aquí que los participantes Manuel, Mónica, Lorena, Valentina, Camilo y Carlos en el proceso de afrontamiento de la muerte recurren a algunas prácticas religiosas relacionadas con su espiritualidad por medio de acciones como las que se describen a continuación.

Manuel: “Tratando de hablar y meditar con Dios por medio de la espiritualidad”.

Mónica: “Sí claro porque yo soy muy apegada a Dios... yo soy muy espiritual en ese sentido y creo que la persona continúa a una mejor vida, creo que la persona en el momento en que tiene que morir se tiene que ir”.

Lorena: “Uno confía totalmente en Dios o Dios le ayuda, uno le pide mucho a él pues en oración... pero sobre todo pues sí, creer en Dios le ayuda a uno muchísimo a salir de esa situación”.

Valentina: “Aquí uno de los valores que manejamos es la espiritualidad... por ejemplo si ellos dicen mire yo quiero traer al cura para que me bautice un niño, listo tráigalo, y en esa parte nosotros somos muy respetuosos, y participamos allí...”.

Camilo: “Nosotros tenemos agua bendita y tenemos un ritual con todos los pacientes que se nos mueren... y lo hacemos creyendo que contribuimos a que su pequeña alma trascienda”.

Carlos: “Nos reunimos y hacemos oración por la persona y los bautizados”.

A diferencia de los participantes antes mencionados, Marta responde a la pregunta refiriendo a actitudes con las cuales afronta la muerte de sus pacientes.

Marta “Sí a través de algunas actitudes, como manejar la calma, tener paciencia y entender pues que de una u otra forma tenía que suceder”.

Recursos noéticos en el afrontamiento de la muerte

En relación con los recursos noéticos de la logoterapia se evidencia que los participantes Manuel, Lorena y Valentina recurren a actitudes de comunicación procurando una catarsis y apertura de apoyo a los demás. Manifestado así:

Manuel: “Lo que trato siempre es hablar con una persona, como el desahogo, ese día llegue a mi casa post-turno y hable con mi papá y mi mamá... lo que hicimos fue pedir por la mamá y pedir pues obviamente por el bebé, pero sobre todo por el sufrimiento de la mamá... yo lo único que pude hacer fue hablar con la mamá y decirle que nosotros la apoyábamos y que lo que necesitara ahí íbamos a estar”.

Lorena: “Teníamos muchos procedimientos que hacer, pero encima de eso como que paramos un momento nuestra actividad, hablamos primero con la mamá, le explicamos, le brindamos como una ayuda a la mamá de que en ese momento llamara al familiar que necesitaba y después ya nos fuimos con el bebé, estuvimos con él como media hora, le hicimos todos los cuidados al bebé como feto, retirarle todos los accesos, le buscamos la ropita más bonita, después hablamos entre compañeros y tratamos como de llevarlo de la mejor manera”.

Valentina: “Cuando le pasa algo a algún paciente yo busco a la mamá, hablo con ella, le digo mamita yo entiendo por lo que usted está pasando, que es muy duro para usted, pero uno trata de no, ósea el peor daño que uno lo puede hacer a la persona es la compasión, yo

pienso que la mejor ayuda es uno darle ánimos, decirle mire usted tiene más hijos entonces luche por ellos, de pronto su hijo estaba solamente hasta allí”.

Se aprecia también que los participantes Mónica, Marta, Camilo y Carlos afrontan la muerte desde la toma de distancia de sí mismos permitiendo la capacidad de controlar aquellos procesos emotivo/cognitivos propios de la condición humana.

Mónica: “Poco a poco fui meditando y entendiendo que es un proceso natural que todos vamos a llegar allá... y lo logré entender poco a poco... es algo personal de entendimiento de todos los días hasta que logré aceptar... pero mira que acá ya lo que he visto en muertes y no me ha afectado”.

Marta: “Pues a uno si lo afecta de cierta manera, pero de todas maneras toca hacer el trabajo de la mejor manera, continuar pues, porque si uno se distrae o se deja afectar pues de manera intensa por así decirlo pues, puede cometer ciertos errores en su trabajo y pues no debe ser así”.

Camilo: “Yo doy todo por el paciente, pero no me gusta estar en el momento del afrontamiento de la madre con el paciente, me salgo, no se soy muy sensible en esa parte y me afecta de cierta manera emocionalmente”.

Carlos: “Cuando fallecen pues es complejo porque uno de una u otra manera empieza a extrañar, pero pues con el paso del tiempo pues uno va como asimilando...”

Discusión

En el siguiente apartado se retomarán las categorías relacionadas con espiritualidad y afrontamiento frente la muerte desde una mirada de la logoterapia propuesta por Víctor Frankl, contrastada con referentes teóricos y resultados significativos de la investigación.

En relación a la categoría de análisis sobre la percepción de la espiritualidad, se pudo constatar que para los sujetos entrevistados es entendida como una dimensión fundamental para sus vidas cotidianas

y laborales, partiendo de la fe y la creencia como factor esencial en el desempeño de sus funciones. Frankl (1990) “plantea que la espiritualidad es lo que tenemos de humano y nuestra dimensión esencial en la que acontece nuestra existencia” (p.2). Desde esta perspectiva, la espiritualidad es considerada una dimensión que da sentido y significado a la vida desde un encuentro en sí mismo y con los otros, es parte central en el desempeño de las actividades del personal de enfermería, ya que les permite trascender situaciones como la muerte y el sufrimiento que en algunos momentos va más allá de la atención dentro de los parámetros clínicos.

Así mismo, algunos de los entrevistados entienden la espiritualidad desde la comunicación con un ser superior hacia quien apunta el sentido y significado de la existencia, en la mayoría de los casos desde una visión religiosa. Es preciso acentuar que, para la visión de la logoterapia, la realidad religiosa del hombre se encuentra abarcada dentro de la espiritualidad, distinción que los entrevistados no manifiestan explícitamente en sus discursos. Perea (s.f) precisa ante lo mencionado:

La religión se entiende entonces como una forma concreta de expresar y de vivir la espiritualidad, sin contradecir el hecho de que no es necesario ser practicante o seguidora de una organización o confesión religiosa para poder experimentar, expresar y vivir la propia dimensión espiritual (p. 149).

En consecuencia, con la percepción de la dimensión espiritual hallada en los entrevistados, se puede inferir que la espiritualidad es parte de la totalidad del ser humano y debe ser tenida en cuenta como un recurso útil a la hora de prestar un servicio de salud integral, especialmente en la realidad particular que les compete dentro de su área de trabajo, como lo es el fenómeno de la muerte.

Ahora bien, desde la percepción de espiritualidad hallada, es importante resaltar que esta es percibida y manifestada desde diferentes formas asociadas a una creencia particular que ha sido elaborada e integrada a lo largo de su historia personal. Pudo percibirse en los discursos la presencia de una variedad de manifestaciones de fe, creencias y un sentido de trascendencia hacia un ser superior que para los sujetos entrevistados significa en parte su espiritualidad. Los sujetos manifiestan afinidad con diferentes denominaciones reli-

gias, cada una con una perspectiva diferente pero que confluyen en una misma necesidad de manifestar su fe y su creencia en Dios, con quien buscan una constante comunicación que les ayude a afianzar su dimensión humana y que, a su vez les permita, a partir de la espiritualidad, trascender las situaciones como el sufrimiento, el dolor y la muerte. Es preciso anotar la importancia de la religión, sus credos y expresiones en situaciones de pérdida que ameriten cierto control y equilibrio desde el punto de vista psicológico, afectivo y emocional, donde a partir de la fe, los rituales y creencias se procura mitigar el malestar y potenciar sentimientos positivos (Bermejo, 2012).

De esta manera es posible afirmar que las diferentes expresiones de la espiritualidad constituyen una riqueza sociocultural y religiosa, ya que aun siendo tan diversas las formas de manifestarse, todas convergen en un sentido de trascendencia que busca dar significado a las realidades humanas como lo son la muerte y el sufrimiento.

Por lo tanto, la importancia que los entrevistados atribuyen a la espiritualidad, como una dimensión relevante para sus vidas y para el ejercicio de su profesión, se aprecia en la necesidad de que puedan existir espacios de apoyo psicológicos y espirituales en su contexto laboral, teniendo en cuenta que el personal asistencial de enfermería en la UCIN se halla expuesto constantemente a realidades humanas como el dolor y la muerte, que les confrontan a hacer uso de herramientas que les permita afrontarlas. Según Luna (2007) esta dimensión espiritual, sería capaz de darle sentido a toda realidad humana que pueda verse envuelta en el dolor, el sufrimiento e incluso en la misma muerte.

Por consiguiente, partiendo de la importancia que tiene la espiritualidad para el personal de enfermería entrevistado y teniendo en cuenta que ha sido percibida como un recurso necesario para dar significado desde su trabajo a realidades como la muerte, se demandan espacios en la Unidad (UCIN) gestionados por el área de humanización, que favorezcan la sensibilización sobre este tema y dar así la importancia que merece dentro de este ejercicio de enfermería sometido constantemente a situaciones que amenazan la estabilidad emocional de los enfermeros.

En este punto, la presente investigación concuerda con los resultados obtenidos por la tesis doctoral llevada a cabo en España por Terceño

(2017) quien identificó la importancia de la espiritualidad clasificada en tres niveles relacionados con el cuidado espiritual: la naturaleza del cuidado espiritual, la autopercepción ante el cuidado espiritual, y el afrontamiento de cuidados espirituales, donde el nivel de autopercepción del cuidado espiritual, tuvo mayor demanda en el personal de enfermería. Lo anterior corrobora los hallazgos de esta investigación, respecto a la necesidad que tiene el personal de enfermería de profundizar en esta dimensión.

Después de tener una visión general sobre la percepción de la espiritualidad, sus formas de manifestarse y la importancia que tiene para el personal de enfermería, es preciso anotar también la percepción sobre el fenómeno de la muerte. Teniendo en cuenta que esta ha sido considerada en su mayoría como un proceso natural, y entendida desde diferentes concepciones que pretenden atribuir significado a un hecho que se hace inevitable, sin embargo, esta realidad de la muerte se convierte en un fenómeno reflexivo que interpela y exige darle sentido y significado.

Es así como el personal entrevistado refiere la percepción de la muerte como un proceso natural y biológico con el que se culmina un ciclo evolutivo o de la vida y en algunos casos en su contexto laboral se asocia a una experiencia dolorosa por la pérdida de los infantes que cuidan. Frente a estas dos formas de percibir la muerte, Hernández (2006), por un lado, entiende la muerte desde una fatalidad arbitraria que se impone contra la voluntad, y por otro lado desde una reflexión científica que permite comprenderla como una ventaja selectiva en procesos de evolución. Es entonces claro que la muerte es percibida como un acontecimiento biológico natural que se da como finalización de un ciclo vital, percepción que se ha ido desarrollando con el continuo ejercicio profesional; sin embargo, la muerte en el contexto real de algunos sujetos entrevistados, toma un sentido experiencial doloroso al tratarse de un hecho no esperado para sus pacientes, pues todos sus esfuerzos están encaminados hacia la conservación de la vida y el mantenimiento de las condiciones propias de la misma.

Por otra parte, luego de analizar la percepción de la muerte, es importante especificar las formas religiosas y espirituales de afrontar dicho fenómeno. Es así como en la información obtenida se evidencia

que los sujetos recurren a estas formas que les han sido útiles a la hora de afrontar la muerte de sus pacientes y brindar acompañamiento a sus familiares. Entre ellas se incluyen rituales como comunicación con un ser superior, Dios, a través de la meditación, oraciones individuales y colectivas, disposición de elementos religiosos como “agua bendita”, prácticas de bautizo y bendiciones, como símbolos de trascendencia espiritual a los pacientes fallecidos, participación de rituales solicitados por los familiares y actitudes de comprensión. En este sentido Sempértegui (2018) considera que “el acercamiento hacia la espiritualidad y a un ser supremo puede facilitar de gran manera el proceso de elaboración del duelo y la superación de éste” (p.14).

Teniendo en cuenta lo anterior es claro que el acercamiento a ciertas prácticas religiosas facilita en gran medida el afrontamiento de la muerte, dado que estos recursos de afrontamiento ayudan al personal de enfermería entrevistado, a asimilar y dar sentido de trascendencia al fenómeno, con prácticas como la oración y la meditación para lograr un control de las emociones generadas por el acontecimiento de la muerte. Por ello, se hace necesario procurar espacios reflexivos que amplíen y fundamenten la espiritualidad y las prácticas religiosas como recurso de afrontamiento de la muerte.

Hay que añadir que, en consonancia con los hallazgos de esta investigación, que el estudio de Acosta (2016), como resultado más importante, establece que el personal de enfermería tiene un alto grado de capacidad de afrontamiento ante la muerte. A nivel religioso existe un gran predominio católico y cristiano en los profesionales, logrando determinar que estas dimensiones religiosas buscan dar respuesta a aquello que no se puede explicar con la razón, por lo que sirven como soporte a la hora de afrontar situaciones relacionadas con la enfermedad y la muerte.

Por otro lado, luego de considerar las distintas manifestaciones ante la muerte y las formas de afrontarla, se pretende señalar desde la logoterapia los recursos noéticos presentes en el personal. Frankl (1992) asegura que los recursos noéticos de la logoterapia comprendidos en aquella dimensión para asumir dichas realidades son autotranscendencia y autodistanciamiento.

De esta forma, en los discursos de los entrevistados se pueden apreciar actitudes y prácticas que emplean para afrontar el fenómeno de la

muerte y que a su vez se pueden relacionar con dichos recursos. Se halló que algunos de los enfermeros y enfermeras prefieren tener una actitud de desahogo con otros, para así lograr una apertura como forma de apoyo hacia los demás en el ejercicio de su profesión. Estas actitudes están relacionadas hacia la necesidad de comunicar y expresar lo que genera en ellos la muerte de sus pacientes.

Por consiguiente, esta actitud corresponde al recurso de autotrascendencia, que según Díaz (2018) es “la facultad que tiene el hombre de descentrarse de sí mismo para abrirse a los demás, dirigiendo su intención hacia el salir al encuentro con algo o alguien significativo” (p.49). La autotrascendencia resulta siendo un recurso noético importante que los enfermeros utilizan como afrontamiento y que les permite enfrentarse a las situaciones de muerte que constantemente están experimentando en su profesión, permitiendo una descentralización ante dicho acontecimiento, al abrirse al exterior a través de la comunicación e interacción con otros, que para estos casos han sido familiares cercanos o sus pares, lo cual les ha permitido que en el momento de la muerte de sus pacientes encuentren un equilibrio de sus emociones y una motivación para la continuidad de su labor.

Por otra parte, en algunos casos los entrevistados toman un distanciamiento reflexivo como mecanismo de evitación del fenómeno, teniendo en cuenta que la muerte es significada para estos casos como una experiencia dolorosa, difícil de asimilar. Por tanto, la evitación del dolor que causa la muerte se ha configurado como un recurso para entender el fenómeno desde una perspectiva natural, como parte del proceso de aceptación de la misma, en aras de lograr un equilibrio de sus emociones. Así, esta actitud se relaciona con el autodistanciamiento, que es entendido por Díaz (2018) como la facultad que “permite descentrarse de sí mismo, ampliar la percepción personal, teniendo mayor visión de su campo que le permite verse en situación, reconocer lo que le sucede y realizar un ejercicio de autoconciencia reflexiva sobre sus emociones y pensamientos” (p. 47).

Dicho lo anterior, pudo evidenciarse que este recurso ha permitido que el personal de enfermería ante la muerte y el dolor de sus pacientes, pueda tener un espacio interno de reflexión que le posibilita en algunos casos, la elaboración de aquellas pérdidas que emocional-

mente le han afectado. Esta actitud ha favorecido en los sujetos entrevistados el reconocimiento de las emociones propias que les genera el hecho de la muerte y así procurar un equilibrio entre el pensamiento, el sentimiento y la acción.

Para finalizar, es relevante mencionar que el análisis de estas categorías ha permitido tener un acercamiento a las realidades cotidianas del personal de enfermería de la UCIN frente al fenómeno de la muerte y cómo la espiritualidad constituye un recurso fundamental para el buen desempeño de su profesión, puesto que ayuda a mitigar los impactos emocionales negativos, no solo de su contexto laboral sino también de las otras áreas de sus vidas. En este sentido, al describir la percepción de la espiritualidad del personal de enfermería y las prácticas religiosas empleadas, se destacan los recursos noéticos de la logoterapia como aquellos que han posibilitado, desde su experiencia cultural y religiosa, estrategias para enfrentar la muerte de sus pacientes.

Conclusión

Se puede concluir que el personal asistencial de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Susana López de Valencia, percibe y explica la espiritualidad como una dimensión fundamental en la vida, manifestada a través de la creencia en un ser superior desde una visión religiosa. Dicha percepción está dada por factores socio/culturales y religiosos elaborados desde su experiencia personal, que determinan formas de expresión de la espiritualidad a partir de recursos como la comunicación con ese ser superior en la meditación y la oración.

Es preciso resaltar la importancia que tiene para el personal de enfermería la dimensión espiritual, ya que está relacionada con la forma de trascender y dar sentido y significado a situaciones particulares de su contexto, lo cual les permite encontrar en ella un recurso para establecer el equilibrio de sus emociones en el ejercicio de sus labores frente a realidades humanas como la muerte.

Se confirma así que el personal de enfermería de la UCIN que constantemente se ve interpelado a experimentar la muerte de sus pacientes,

ha logrado desde su realidad y percepción particular, afrontar este fenómeno, utilizando recursos, elementos, concepciones religiosas y culturales que hacen parte de su dimensión espiritual permitiéndoles resignificar estas experiencias a lo largo de su recorrido profesional, las cuales en algunos momentos han sido dolorosas. Aunque son conscientes que se debe profundizar más en esta dimensión y algunos manifiestan más claridad que otros respecto a su espiritualidad, todos han procurado hacer uso de estrategias como la autotrascendencia y el autodistanciamiento para afrontar esta realidad. A partir de las diferentes actitudes que toma el personal de enfermería de la UCIN como recurso de afrontamiento ante la muerte de sus pacientes, se puede concluir que están relacionadas directamente con los recursos noéticos de autotrascendencia y autodistanciamiento propuestos por la logoterapia, siendo este último el más evidente en las prácticas utilizadas por el personal. Estos recursos se entienden como las formas más concretas, que en el ejercicio de su profesión, han permitido a los enfermeros tomar una postura ante un fenómeno al que están expuestos constantemente para evitar que dicha situación afecte sus áreas laborales y personales.

Referencias

- Acosta, A. (2016). *Capacidad de afrontamiento de las enfermeras ante la muerte en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricas y Neonatales en Cartagena*. Cartagena de Indias, Colombia: Universidad de Cartagena. <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/4423/1/TESIS%20DE%20AFRONTAMIENTO.pdf>
- Bermejo, J. C. (2012). *Duelo y espiritualidad*. Santander: Sal Terrae
- Díaz, I. C. (2018). *Despliegue de recursos noéticos para la expresión de una personalidad auténtica (tesis de posgrado)*. Barranquilla, Colombia: Universidad del Norte. <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/8307/133905.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fernández, J. A., García, L., García, M. L., Fernández, A. I., Lozano, T., y Rubio, A. (2017). Actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de enfermería. II, 1, 27-33. *Tiempos de enfermería y salud*. https://www.researchgate.net/publication/317268122_ACTITUDES_Y_

AFRONTAMIENTO_ANTE_LA_MUERTE_EN_EL_PERSONAL_DE_ENFERMERIA

- Frankl, V. (1990). *Psicoanálisis y Existencialismo: de la psicoterapia a la logoterapia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Frankl, V. (1992). *Teoría y terapia de las neurosis*. Barcelona. Ed. Herder.
- Luna, J. A. (2015). *Logoterapia: un enfoque humanista existencial*. Bogotá: San Pablo.
- Perea, M. (s.f). *Espiritualidad, Logoterapia y Trabajo Social: aportaciones para una práctica holística del Trabajo Social*. España: Universidad de Granada. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6095589.pdf>
- Sempértégui, M. (2018). *Estrategias de afrontamiento frente al duelo por la muerte de un ser querido en estudiantes de 18 a 25 años en una universidad de Quito*. Quito, Ecuador. <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/9907/1/udla-ec-tpc-2018-30.pdf>
- Terceño, C. (2017). *Vivencia de la atención espiritual del equipo de enfermería en un hospital público (tesis de posgrado)*. Tarragona, España: Universitat Rovira i virgili. <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/460764/TESI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Atención humanizada y autocuidado. Percepción del personal auxiliar de enfermería en el área de urgencias pediátricas

Humanized care and self-care. Perceptions of assistant nursing staff in emergency paediatric wards.

Mayra Alejandra Becerra Martínez*

© <https://orcid.org/0000-0001-6699-1490>

Anggie Paola Patiño Calambas***

© <https://orcid.org/0000-0003-4679-8911>

María Inés Bolaños Quilindo**

© <https://orcid.org/0000-0002-5981-2420>

Mariluz Cardozo Duarte****

© <https://orcid.org/0000-0002-4842-9821>

Resumen. El objetivo del presente estudio está orientado a caracterizar la percepción que tienen los auxiliares de enfermería del área de urgencias pediátrica del HSLV acerca de la atención humanizada en su labor profesional y cómo se relaciona con su autocuidado. Metodología:

* Psicóloga. Fundación Universitaria de Popayán.

✉ may88aleja@gmail.com

** Psicóloga. Fundación Universitaria de Popayán.

✉ mibq31@gmail.com

*** Psicóloga. Fundación Universitaria de Popayán.

✉ anggiepaola99@gmail.com

**** Psicóloga, especialista en Neuropsicología infantil. Docente e investigadora. Fundación Universitaria de Popayán.

✉ mariluz.cardozo@docente.fup.edu.co

Cita este capítulo

Becerra Martínez, M. A.; Bolaños Quilindo, M. I.; Patiño Calambas, A. P. & Cardozo Duarte, M. (2020). Atención humanizada y autocuidado. Percepción del personal auxiliar de enfermería en el área de urgencias pediátricas. En: Ceballos Casas, M. A. y Caicedo Bucheli, M. A. (eds. científico). *Humanizar el contexto hospitalario. Experiencias y desafíos desde la mirada psicológica*. (pp. 89-109). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Fundación Universitaria de Popayán.

la investigación cuenta con un enfoque de tipo cualitativo, empleando el método de estudio de caso. Para obtener la información se utilizaron dos técnicas de recolección las cuales fueron: entrevista semiestructurada y foto voz. La muestra estuvo conformada por cuatro auxiliares de enfermería del área de urgencias de pediatría. Resultados: Los auxiliares de enfermería coinciden en ofrecer un servicio humanizado basado en un conjunto de principios como son el respeto, la colaboración y la sensibilidad, que contribuyen a su labor como profesionales de la salud; así mismo respecto al autocuidado de cada individuo, éste se ve impactado por los diferentes turnos que deben cumplir en su labor profesional. Conclusiones: Se pudo evidenciar cómo los auxiliares de enfermería humanizan la atención hacia sus pacientes y terminan incluso aplicándolo hacia su familia o vecinos, pero lo que respecta a su propio cuidado este se va descuidando en la medida en que se sienten más agotados por el tiempo que dedican a laborar.

Palabras claves: humanizado, autocuidado, percepción, enfermería, profesión.

Abstract. The objective of this study is oriented to characterize the perception that nursing assistants of the pediatric emergency area of the HSLV have about the humanized care in their professional work and how it is related to their self-care. Methodology: the research has a qualitative approach, using the case study method. To obtain the information, two collection techniques were used: semi-structured interview and photo voice. The sample consisted of four auxiliary nurses from the pediatric emergency department. Results: The nursing assistants agree in offering a humanized service based on a set of principles such as respect, collaboration and sensitivity, which contribute to their work as health professionals; likewise regarding the self-care of each individual, this is impacted by the different shifts they must fulfill in their professional work. Conclusions: It could be evidenced how the nursing assistants humanize the care towards their patients and even end up applying it towards their family or neighbors, but with respect to their own care this is neglected as they feel more exhausted by the time they dedicate to work.

Keywords: humanized, self-care, perception, nursing, profession.

Introducción

Actualmente la atención en salud ha tomado un gran rigor científico dentro de las ciencias humanas siendo así un importante aspecto de carácter investigativo; de ahí la importancia de hablar de una humanización como pilar fundamental en la atención de servicios de salud. La atención humanizada en Colombia ha sido un aspecto en el cual se han encontrado muy pocos estudios donde se hable de esta categoría, por lo cual es relevante mencionar el estudio realizado por Expósito et al. (2017), el cual concluye que el cuidado humanizado trata de aspectos basados en los valores como, el respeto, la espiritualidad y la integridad del ser humano. Así mismo en la categoría de autocuidado es importante hacer referencia a la investigación realizada por Garduño et al. (2012), la cual indica que el autocuidado en el personal de enfermería, es escaso por los diferentes roles que desempeñan en su cotidianidad y no realizan actividad física constantemente ni se alimentan adecuadamente.

Así, la atención humanizada es ofrecida por los profesionales que hacen parte de una entidad comprometida con la salud hacia el paciente, por lo cual el personal de salud se enfrenta a una gran dicotomía ya que mientras cuidan del otro en términos de bienestar, también deben cuidarse a sí mismos como seres humanos encontrándose expuestos a experimentar valores, emociones, virtudes, problemas, debilidades e inseguridades; y aunque cuentan con una preparación profesional que les permite ofrecer un servicio de calidad en el contexto de la ética y valores, pretendiendo suplir las necesidades de los usuarios a nivel físico y emocional, no obstante, muchas veces fuera de su espacio laboral se ven afectados física y emocionalmente lo que limita las prácticas de autocuidado que llevan a cabo en su diario vivir.

Por consiguiente, la presente investigación tuvo como finalidad abordar la percepción de los auxiliares de enfermería acerca de la atención humanizada en su labor profesional y la relación con su autocuidado en el área de urgencias pediátrica del Hospital Susana López de Valencia (HSLV) de la ciudad de Popayán.

Materiales y Métodos

Tipo de estudio

Respecto al trabajo de investigación se empleó el enfoque cualitativo, ya que trata de dar una visión más amplia a la realidad que viven las personas captando todos los significados a partir de la relación que se da dentro de la comunidad hospitalaria implicada en la investigación. Se retoma a González (como se citó en Portilla et al., 2013), quien afirma:

La investigación cualitativa tiene como propósito la construcción de conocimiento sobre la realidad social, a partir de las condiciones particulares y la perspectiva de quienes la originan y la viven; por tanto, metodológicamente implica asumir un carácter dialógico en las creencias, mentalidades y sentimientos, que se consideran elementos de análisis en el proceso de producción y desarrollo del conocimiento con respecto a la realidad del hombre en la sociedad de la que forma parte (p. 91).

Métodos

La investigación se llevó a cabo a través del diseño de estudio de caso, el cual pretende describir la particularidad de una situación a partir de conocer, comprender e interpretar la perspectiva de los individuos y sus experiencias vividas. De acuerdo con Simons (2009) quien asegura que “Los datos subjetivos son una parte integral del caso. La mayoría de lo que se llega a saber y comprender del caso se consigue mediante el análisis y la interpretación de cómo piensan, sienten y actúan las personas” (p.21).

Técnicas. Se abordó el trabajo de investigación a partir de la entrevista semiestructurada y la foto voz, las cuales se realizaron dentro del HSLV con los auxiliares de enfermería que laboran en el área de urgencias de pediatría.

La entrevista semiestructurada es útil en la investigación ya que por medio de esta se recolecta información acerca de los temas a indagar obteniendo diferentes puntos de vista de los participantes en aras de identificar las categorías de estudio. Comenta “que la entrevista, desde el punto de vista del método es una forma específica de interacción social que tiene por objeto recolectar datos para una investigación” (Sabino, 1992, p. 116).

Por otra parte Wang y Burris (1997) afirman que “la foto voz es un proceso mediante el cual las personas pueden identificar, representar y mejorar su comunidad a través de una técnica fotográfica específica. Como práctica basada en la producción de conocimiento”. (p.369).

Instrumentos. En cuanto a la entrevista semiestructurada se incorporaron cerca de diez preguntas acerca de la categoría de atención humanizada que comprende las subcategorías de valores, empatía, y relaciones interpersonales; así como también la categoría de autocuidado que comprende las subcategorías de alimentación, actividad física y el sueño. Respecto a la técnica de la foto voz se recolectó información propia del autocuidado; los sujetos del estudio tomaron nueve fotos relacionadas con esta temática, de las cuales debían elegir tres; posteriormente se formularon unas preguntas dirigidas que permitieron conocer lo que significaron para ellos.

Muestra. La muestra del presente estudio fue de tipo no probabilística. Hernández, et al., (2014) afirman: “Las muestras no probabilísticas, también llamadas muestras dirigidas, suponen un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización” (p.189). Por ende, se seleccionaron cuatro auxiliares de enfermería que hacían parte del área de urgencias de pediatría del HSLV.

Plan de análisis de la información. Este apartado se llevó a cabo por medio del análisis del discurso de la información recolectada a través de la entrevista semiestructurada y posteriormente se agruparon con referencia a las categorías de análisis del estudio.

Resultados

La investigación en curso y su tema central es caracterizar la percepción que tienen los auxiliares de enfermería del área de urgencias pediatría del HSLV acerca de la atención humanizada en su labor profesional y cómo se relaciona con su autocuidado.

Por lo tanto, se presenta a continuación la siguiente tabla (2) que contiene las respectivas categorías y subcategorías de análisis, tenidas en cuenta para la presentación de este apartado, en la cual se recopilan los datos obtenidos de la entrevista semiestructurada.

Tabla 2. Categorías y subcategorías

Atención Humanizada	Valores Empatía Relaciones interpersonales.
Autocuidado	Alimentación Actividad física Sueño
Relación entre la atención humanizada y autocuidado	Narrativas de los participantes frente a la atención humanizada vs autocuidado en alimentación, actividad física y sueño

Fuente: elaboración propia.

Atención humanizada

Se da inicio con las subcategorías las cuales están conformadas por valores, empatía y relaciones interpersonales.

Valores. Por lo que concierne a esta subcategoría los individuos coinciden en ofrecer un servicio basado en un conjunto de principios como el respeto, la colaboración y la sensibilidad que contribuyen a su labor como profesionales de la salud, así como se evidencia en el caso de los sujetos 1, 2, 3 y 4:

S1⁵: “Pues nosotros, por ejemplo, si la paciente no tiene para los pañalitos, pues tratamos de conseguirle los pañales, eh si la paciente no tiene no tiene para algo nosotros tratamos de colaborar”

S2: “ehhhh, la experiencia es que si uno trata a la gente pues de una forma humanizada (ehhh) haciéndole sentir que ellos son importantes para nosotros pues van a tener una actitud de pronto más buena hacia nosotros, nos van a colaborar más”

S3: “Es el trato que se le da al paciente, eh, desde que ingresa hasta que él se va no, en forma del que, si el paciente viene con dolor inmediatamente pues colaborarle por su dolor, si el paciente (ehh)

⁵ S1, 2, 3 [---] hacen referencia al sujeto 1, sujeto 2, etc.

hay personas que viene con otros idiomas con otras costumbres se les respeta las costumbres, se trata de hacerlos sentir cómodos”

S4: “Me gusta por lo que le digo, me gusta ayudar a las demás personas...”

Empatía. Con respecto a este apartado, cabe resaltar que los sujetos expresan la importancia de la comodidad tanto del paciente como de su familiar, además de la necesidad de ayudar a alguien que esté pasando por circunstancias difíciles en su vida, tratando de comprender sus necesidades, esta premisa se puede argumentar con lo que declaran los sujetos 1, 2, 3 y 4:

S1: “Tratamos de que la mamita esté cómoda, pues en lo que más se pueda no, por lo que a veces la unidad está llena y pues es imposible, pero hay veces tratamos de acomodarlos, de que estén bien, de que no carguen a los niños por mucho tiempo...ehh tratamos de que el paciente no tenga frío, de que el paciente no tenga calor”.

S2: “Es, mmm, ponerse en los zapatos del, digamos, del enfermo o del familiar, ¿no? Para atenderle en el dolor que traiga en ese momento”.

S3: “Desde mi expectativa, aquí incluso con los niños somos humanizados tanto, médicos, jefes, los pediatras, todos son humanizados con los niños, el personal de salud, si a veces se nos torna poquito difícil pues cumplirles de inmediato porque pues es muy congestionado, pero si aquí se les trata con mucha humanización, desde el paciente, familiar y si entre compañeros...”

S4: “Atención humanizada pues es el buen trato, de sentir como, como ponerse en el lugar de la persona que está enferma y pues pensar en quién y tratar como le gustaría que lo trataran a uno humanamente”.

Relaciones Interpersonales. En esta subcategoría los individuos hacen referencia a lo relevante de proporcionar la importancia que se merecen tanto los pacientes como los familiares, y hacerles sentir ese valor y estimación por medio de un trato basado en la amabilidad, el respeto, la comunicación y la consideración esperando recibir lo mismo de ellos y expresando la satisfacción por ayudar a otras personas a través de su labor profesional; tal es el caso de los sujetos 2, 3 y 4:

S2: “Es importante porque estamos tratando es personas, eh, e igual puede ser un familiar de uno o así no lo sea pues viene es por eso ¿no? Para que le alivien el dolor o lo que les esté sucediendo en el momento, por eso es importante”.

S3: “Porque pues uno debe de tratar a un paciente como si fuera un hijo propio... uno se basa en eso que uno debe tratar al paciente como si fuera de la familia y así mismo cuidarlos, así mismo tratarlos y explicarles a los papás que se nos hacen difícil”

S4: “...pues hablarle al paciente de una forma clara, coherente, con lenguaje que ellos entiendan, el trato amable...y ya tratarlos bien, explicarle acerca del entorno del Hospital, de todo lo que nosotros pues le vamos a hacer al paciente”.

Por otra parte, también se hace referencia a los momentos donde los usuarios se tornan molestos generando un poco de tensión en el espacio laboral, pero que son situaciones que se logran manejar a través de un diálogo respetuoso, esto se puede evidenciar en lo que declara el sujeto 1:

S1: “No, no de pronto mis otras compañeras si, de pronto papás que son un poco pues exigentes o groseros, pero se supone que, si nosotros vemos que a otra compañera le están faltando al respeto, nosotros podemos intervenir de una manera cordial pero también como haciéndonos respetar mmmjum”.

Autocuidado

Para dar continuidad a los resultados evidenciados, se presentarán los hallazgos correspondientes a las subcategorías de alimentación, actividad física y el sueño.

Alimentación. Por lo que respecta a esta subcategoría, los individuos 1, 3 y 4 concordaron con que esta es una de las prácticas de autocuidado que tratan de instaurar para lograr buenos hábitos que les permitan tener una vida saludable:

S1: “Pues yo trato de no comer muchas harinas, trato de tomar bastante líquido, jugos naturales bastantes, trato de no fumar, eh trato de mantenerme como estable en ese sentido por lo que, el peso pues tampoco nos colabora mucho en el trabajo”.

S3: “Pues tomar agua, comer frutas y alimentarse sano...nosotros siempre almorzamos en familia, o sea por la noche cuando yo estoy en casa todos almorzamos en familia, mis hijos mi esposo”

S4: “Desayuno es lo primordial durante el día, emm, pues después de que uno desayune bien pues va a sentir mucha más energía durante el día, al desayuno siempre trato de comerme dos huevos depende cocinados, fritos ehh, café o agua panela y dos arepas, y en la comida si ya menos cuando estoy en la casa porque cuando voy a turno si como bien”

Por otro lado, se consigue evidenciar por medio del discurso del sujeto 2, que mantiene unos hábitos alimenticios poco saludables:

S2: “Por una parte por el tiempo, mmm, porque muchas veces llega uno acá y lo primero que hace es comer comida empaquetada, mecató y todo eso, que eso no son, no son, dietas ideales para el ser humano dos que hay veces muchos de esos alimentos son muy caros y pues para nadie es una mentira que de pronto toda la familia los vaya a ingerir, algunos lo harán y otros no, mmm y que le digo, otra, que hay veces uno por el afán llega y come pero come a los afanes, no tiene horario”.

Actividad física. Respecto de esta subcategoría, se logra evidenciar que los individuos 1 y 2 coincidieron en que esta es una práctica que no llevan a cabo.

S1: “Si, actividad física no, no realizo, si acaso caminaré, pero eso cada vez que se pueda, yo tengo libre cada mes...pero en realidad como uno no está acostumbrado a hacer ejercicio no le hace falta”

S2: “Caminar y jugar fútbol cuando me quedaba tiempo...ehhhh, no pues en la casa, haciendo oficios varios en la casa, mmm, cuando voy donde mis papas a colaborarles, cuando tengo tiempo salgo a trotar, pero la mayoría del tiempo diría que es descansando...”

Acerca de los sujetos 3 y 4, por medio de su discurso se permite constatar que al respecto de dicha subcategoría, es una práctica que cumplen constantemente:

S3: “Estoy haciendo por ahora cada media hora por un mes y luego toca subirlo a una media hora, caminando y sobre todo eso y aquí nos

realizan pausas activas, a veces si me canso las piernas, pero de resto no...es un espacio saludable, donde podemos practicar”

S4: “Lo que le decía montar bicicleta una o dos veces a la semana, depende de cómo tenga los turnos... mmm ehh por decirlo así es uno de mis logros porque la verdad fue hace muy poco que empecé a montar bicicleta”

El Sueño. En otro orden de ideas, lo que se logró precisar en esta sub-categoría es que, aunque sea una práctica que hace parte del autocuidado de cada individuo, se ve afectada por tener unos hábitos de sueño desorganizados a causa los diferentes turnos que deben cumplir en su labor profesional; en ello convinieron los sujetos 1, 2, 3 y 4:

S1: “mmm más desorganizados esos hábitos de sueño...duermo mucho, pero es pues por respectivamente por el trabajo... porque uno eh trabajamos mucho tiempo, entonces trato es como de hacer de aprovechar el tiempo de día y en la noche dormir a pesar de que haga esos turnos noche-noche”

S2: “Ocho horas reglamentarias cuando estaba en la casa...como se relaciona mmmm pues que nosotros mantenemos, o sea nosotros por el trabajo trasnochamos mucho..., así llegue al otro día a descansar un rato ya no se recupera, mmm la otra es llegar uno a la casa y tener una buena cama un buen colchón para pues para poder uno descansar bien y todas esas cosas”

S3: “Pues ahí están un poquito desorganizados porque como nosotros hacemos día, trasnochamos que son doce horas, tratamos de dormir al otro día, o sea es descuadrado el sueño de nosotros...”

S4: “Noo, depende los turnos que tenga, es decir por ejemplo si tengo turno en la tarde duermo por ahí hasta las nueve o diez de la mañana, o cuando tengo turno en la noche también duermo hasta las diez de la mañana, cuando salgo de posturno pues llego a mi casa por ahí a las ocho... se supone que en la noche es el mejor horario para uno descansar y ya”.

Para finalizar este apartado, se detalla la información hallada en las narrativas expresadas por parte de los sujetos, contraponiendo por un lado las expresiones encontradas en la percepción de atención

humanizada y por el otro al autocuidado. En la siguiente tabla se determina la relación existente entre la atención humanizada de los auxiliares de enfermería con su autocuidado y cómo cada uno lo implementa en su vida cotidiana.

Tabla 3. Relación entre la percepción de atención humanizada y el autocuidado

Percepción de atención humanizada	Autocuidado
<p>S1: “Una atención con calidad, con calidez, con amor”.</p>	<p>S1: “Pues por ejemplo estar con una dieta saludable nosotros mismos, deporte, descanso, eh visitas al médico regularmente...” “...pero en realidad como uno no está acostumbrado a hacer ejercicio no le hace falta” “Pues sí, hay veces uno pierde mucho tiempo durmiendo y no aprovecha otras cosas que hacer”.</p>
<p>S2: “La experiencia es que si uno trata a la gente pues de una forma humanizada (ehhh) haciéndole sentir que ellos son importantes para nosotros pues van a tener una actitud de pronto más buena hacia nosotros, nos van a colaborar más”.</p>	<p>S2: “Con buenos hábitos saludables, en la alimentación, pero a veces no me queda tiempo para hacer mercado, a veces tengo que almorzar acá entonces del afán compro cualquier cosa...” “hay que hacer deporte, pero que uno a veces por X o Y motivo no lo hace o si lo hace es muy poquito”. “acá en el rol pues muchas veces cuando a uno le toca hacer noche-noche, uno llega siente que ha descansado arto en el día, pero llega uno aquí a trabajar, pero no va a dar lo mismo que es venir a trabajar en un día, que uno venga de descansar lo que es la noche ¿no?”.</p>
<p>S3: “Desde mi expectativa, aquí incluso con los niños somos humanizados tanto médicos, jefes, los pediatras, todos son humanizados con los niños, el personal de salud, pero si aquí se les trata con mucha humanización, desde el paciente, familiar y si entre compañeros nosotros acá, en el servicio nos hemos caracterizado por que nosotros trabajamos en grupo , o sea esta es la única área que si tu preguntas, eh, se ve trabajo en grupo”</p>	<p>S3: “Pues tomar agua, comer frutas y alimentarse sano”. “estoy haciendo por ahora cada media hora por un mes y luego toca subirlo a una media hora, caminando y sobre todo eso y aquí nos realizan pausas activas, a veces si me canso las piernas, pero de resto no”. “pues es mi casa, mi hogar, mi cama, mi tranquilidad, mi forma de descansar, después de llegar del turno de noche puedo conciliar mi sueño en mi cama y me siento cómoda”.</p>

Percepción de atención humanizada	Autocuidado
<p>S4: “Humanización pues hablarle al paciente de una forma clara, coherente, con lenguaje que ellos entiendan, el trato amable”.</p>	<p>S4: “...el desayuno es lo primordial durante el día emm pues después de que uno desayune bien pues va a sentir mucha más energía durante el día... porque es la forma de alimentarme bien para poder para poder estar bien de salud y poder ayudar y hacer lo que a mi me gusta.”</p> <p>“mmm ehh por decirlo así es uno de mis logros porque la verdad fue hace muy poco que empecé a montar bicicleta, siempre yo decía voy a ir voy a ir, pero no me animaba”.</p> <p>“que he mejorado mis hábitos de sueño por decirlo así, porque antes dormía casi todo el día y toda la noche, ahora ya he establecido como unos horarios pues para no dormir demasiado y dormir de menos tampoco”.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Para este apartado se retomarán las categorías relacionadas con la atención humanizada y autocuidado, considerando que el objetivo general del estudio se centró en caracterizar la percepción que tienen los auxiliares de enfermería del área de urgencias pediátrica del HSLV acerca de la atención humanizada en su labor profesional y cómo se relaciona con su autocuidado. Es así como a partir de los datos obtenidos de las entrevistas y la foto voz se pretende argumentar los hallazgos más significativos de la investigación.

Para empezar, en cuanto a la atención humanizada se pudo evidenciar que los auxiliares de enfermería se orientan al cuidado del otro, al mantenimiento de la salud y por ende el valor del respeto, la colaboración y la sensibilidad; ciertamente la práctica de enfermería tiene interés en el usuario de tal manera que los actos que en ella se promueven están basados en la afabilidad. Así, humanizar es una cuestión ética, relacionada directamente con los valores que direccionan determinadas conductas en el área de la salud. Estas son aquellas acciones que hacen más humana a una persona, considerando que son los valores los que permiten llegar a construir programas, efectuar cuidados y hacer valer todas las relaciones concernientes a la digni-

dad de todo ser humano, es ahí cuando se llega a hablar de humanización (Bermejo como se citó en Correa, 2016). Por consiguiente, los auxiliares de enfermería comprenden que la práctica de su labor profesional debe estar encaminada desde un grupo de principios y valores que les ha permitido relacionarse con los usuarios de una forma sana y respetuosa dando un servicio basado en la empatía.

Por lo tanto, la atención humanizada brindada por este personal asistencial en salud se caracteriza por la capacidad de ayuda, colaboración y consideración que a su vez le permite ponerse en el lugar de la otra persona y atenderle de una manera asertiva, teniendo en cuenta la situación en la cual se encuentra cada uno de los usuarios en dicho lugar; tal como lo afirman en su investigación Hernández et al. (2009) el cuidado humanizado significa una atención integral teniendo muy en cuenta la parte humana del paciente, que debe brindarse independiente de que la persona esté sana o enferma y además consideran que es sentir sin involucrarse con el enfermo, permitir la expresión de sentimientos de la persona a quien se cuida y respetar su entorno familiar y personal.

Lo anterior permite evidenciar cómo los auxiliares de enfermería a diario expresan el amor por su profesión y su vocación de ayuda por medio del desarrollo de la capacidad de ser empático con su entorno más próximo a través de la estimación y la comunicación.

Además, se interesan por mantener relaciones interpersonales sanas que se ven reflejadas en el trabajo en equipo, el cual permite brindar un servicio de calidad que aporta a un trato más humano tanto con los pacientes y familiares como con los compañeros del área laboral. Cruz (como se citó en Contreras et al, 2012) refiere que la forma que tenemos los seres humanos para relacionarnos con las demás personas promueve el éxito que se logra experimentar en el transcurso de la vida, lo que permite comprobar que la edificación de estas relaciones interpersonales es la comunicación. Es decir, que la mirada de atención humanizada trasciende a la práctica, de tal manera que no se limita a la consideración técnica del concepto, si no que va más allá del acto protocolario y permite, tanto a los usuarios como al personal de salud, mantener relaciones estables en pro de los pacientes.

Lo antes mencionado, se relaciona con el estudio realizado por Expósito et al. (2017) en el cual se afirma que la práctica de enfermería debe sustentarse en un sistema de valores humanísticos, independientemente de los límites u obstáculos que se presenten dentro del entorno laboral y que su significado se construye a través de factores, implicaciones, experiencias, creencias y actitudes. Son los valores que mantienen en práctica los auxiliares de enfermería los que han permitido que las situaciones conflictivas sean afrontadas mediante un diálogo respetuoso; también los inconvenientes que han presenciado en su área laboral en relación a las molestias, desacuerdos, discrepancias e incomodidades que refieren los familiares hacia el servicio brindado, han permitido que el personal de salud pueda contar con las habilidades suficientes para enfrentar estos conflictos diariamente de una manera asertiva.

Por tal razón, el compromiso que tienen con su labor profesional se ve reflejado en la satisfacción que les genera ayudar a los demás, a partir de las motivaciones que se van formando para lograr un desempeño positivo en su quehacer. Tal como el estudio de Navarro et al. (2014) lo refiere:

La persona que se desempeña en los servicios de emergencia debe tener vocación, optimismo y tomar su labor como un desafío. Los cuidados humanizados en enfermería, deben ser una fortaleza presente en toda atención, por lo mismo, el personal de emergencia debiera ser capacitado continuamente (p. 12).

Puede decirse que la entrega y la dedicación que aportan a su desempeño profesional es de gran valor, ya que se preocupan por realizar su labor de la mejor manera posible, pensando siempre en el bienestar tanto físico como emocional de los pacientes y familiares, igualmente mostrando interés en prepararse constantemente para ofrecer un mejor servicio. Espinosa et al. (2015) resumen la idea plasmada con anterioridad refiriéndose al cuidado del otro como parte de la humanidad, donde se plasman los valores y principios para pensar en las dificultades que presenta el sujeto respecto a sus dolencias; mediante la comunicación se efectúa la relación con el otro y de esta manera se busca restaurar la salud para velar por el bienestar integral del paciente.

Por otra parte, en lo que concierne al autocuidado es notable que existen algunas falencias en la alimentación, la actividad física y los hábitos de sueño de los auxiliares de enfermería. En primer lugar, en relación con la alimentación, cuando los auxiliares de enfermería se encuentran de turno suelen consumir cualquier tipo de alimentos que estén disponibles en su lugar de trabajo y, sumado al hecho de que deben comer de prisa, esto hace que su alimentación no sea la más sana, por lo tanto, no solo se ve afectada la esfera personal del individuo sino también su rendimiento como profesional de la salud. Sobre esto permiten reflexionar los aportes de Torres y Francés (2007) quienes manifiestan que la forma en que el individuo se alimenta debe ser de modo equilibrado y adecuado para fortalecer sus capacidades personales. Es decir que su salud integral se puede ver afectada debido al tiempo que permanecen en su lugar de trabajo, lo que conlleva a implementar en su vida cotidiana hábitos alimenticios poco apropiados y comidas con poco nutrientes que afectan su potencial energía vital.

Por otra parte, respecto a la actividad física, es posible afirmar que los auxiliares intentan llevarla a cabo como un hábito establecido en su vida cotidiana, pero pueden existir algunos factores que impiden que se establezca, como lo son el tiempo y el cansancio debido a su ejercicio profesional, dado que el poco tiempo libre con el cual cuentan lo utilizan para descansar y compartir momentos en familia. Esto concuerda con el estudio realizado por Montalvo y Chancafe (2017) quienes aseguran “algunas enfermeras docentes asistenciales, pese a la demanda laboral y poco tiempo disponible, aprovechan cada oportunidad para satisfacer esta necesidad, por ello buscan compartir momentos con la familia” (p.73). O sea, que un significado importante que contribuyó a cuidar de sí en algunos casos fue realizar algún tipo de actividad física en compañía de algún miembro de su familia como estrategia motivacional.

Por otro lado, frente a los hábitos de sueño de los auxiliares, es menester indicar que estos se ven afectados debido a los diferentes turnos que les son asignados, razón por la cual no cumplen con esta práctica de manera adecuada y saludable, y por tanto no pueden tener un descanso pleno; este hallazgo concuerda con lo referido por Henny et. al. (2013) quienes aseguran que “los profesionales de la

salud en general tienen una alta carga de trabajo, que también ocurre de noche causando una desorganización del ritmo circadiano del sueño, que ha sido uno de los factores comprometidos con la salud del profesional” (p.445). Por ende, la labor que ejerce un auxiliar de enfermería es una práctica que incide en la calidad de vida de cada uno de ellos comprometiendo sus hábitos de sueño, ya que estos representan un factor de vital importancia en el bienestar general del individuo para desempeñar sus actividades diarias, puesto que este hábito se encuentra desorganizado por los diferentes turnos que ejercen durante su labor profesional, ocasionando un nivel de cansancio constante que genera efectos físicos y psicológicos negativos en su salud, ya que el descanso adecuado ayuda a mantener la energía que el cuerpo y la mente necesita.

Finalmente, respecto a la relación existente entre la percepción de la atención humanizada y el autocuidado, entendiéndose la primera categoría como esas conductas que una persona lleva a cabo para el bienestar de otra y la segunda como la capacidad de cuidarse a sí mismo, tanto dentro como fuera del contexto hospitalario, se logra evidenciar que el ejercicio profesional que lleva a cabo el personal de enfermería, se encuentra permeado por tres aspectos importantes que determinan su salud y calidad de vida.

En primer lugar, se evidencia que los auxiliares de enfermería ejercen su labor profesional a través de la práctica de humanización, la cual se encuentra fortalecida en términos de calidez y principios, que han permitido al personal implementar múltiples acciones beneficiando a los usuarios. Sin embargo, esas conductas que realizan en pro de otros se encuentran descuidadas hacia sí mismos, esto a causa del agotamiento físico producto de su labor profesional. Es preciso resaltar aquí el estudio de Garduño, Méndez y Salgado (2012) donde concluyeron que el autocuidado de dicha población es deficiente, debido a los diversos roles que tiene la enfermera que limitan su autocuidado, además del poco tiempo con el que cuentan para desarrollar actividad física y llevar a cabo una alimentación saludable, aparte de los riesgos laborales a los cuales se ven expuestos que inciden en el deterioro de su salud. Por tanto, se logra apreciar que los múltiples roles que desarrollan en su vida cotidiana y la falta de tiempo a causa de su labor profesional inciden en las prácticas de

autocuidado; y aunque los auxiliares de enfermería cuiden la salud de otras personas se descuidan a sí mismos, efectuando las respectivas prácticas de autocuidado en su vida cotidiana solo cuando tienen tiempo libre.

Por consiguiente, el segundo aspecto a tener en cuenta se refiere a la rutina que han generado estos profesionales de la salud, en cuanto a su estilo de vida, ya que la alimentación, la actividad física y los hábitos de sueño son prácticas que llevan a cabo de una manera no saludable, a la que han terminado por adaptarse; por ello resulta necesario no solo educar sino también crear conciencia en el personal de enfermería sobre este aspecto, buscando que adopte otras prácticas de vida saludable. Es necesario resaltar aquí a Fernández y Ballesteros (como se citó en González et al., 2010) quienes refieren que la calidad de vida contribuye al bienestar de los individuos y a favorecer su realidad social; en esto se percibe que existen factores internos y externos afines a las necesidades del sujeto, tales como el bienestar a nivel físico, mental, social, material y psicológico, además de un ambiente armonioso con la sociedad. Por lo tanto, es necesario ejercer cambios en la vida cotidiana que beneficien el cuidado de la salud física y mental, para que así mismo no se establezca un deterioro del funcionamiento del ser humano con respecto a nivel familiar, laboral y social.

Por último, el tercer aspecto se refiere a la evidente importancia de las prácticas fomentadas por la institución, las cuales permiten al personal reconocer la atención humanizada como el foco de atención en el compromiso con la salud, las cuales deben trascender también hacia la esfera personal de los profesionales de la salud, sin limitarlo exclusivamente al autocuidado hospitalario, Esto se encuentra directamente relacionado con lo afirmado por el Ministerio de Protección Social (s.f.) como aquellas acciones que realizan las personas que lideran los organismos de salud para identificar, abordar y mejorar en torno a la calidad y seguridad de sus servicios, que permiten propender a la escucha de los pacientes, sus familias y a todo el personal que pertenece a la institución; al mismo tiempo alentando tanto a los directivos como al personal asistencial en salud a trabajar continuamente de manera mancomunada para contribuir al mejoramiento e identificando una mejor forma para llevar a cabo su labor profesional.

Teniendo en cuenta lo anterior cabe resaltar que todas las instituciones deben propender por la salud y el bienestar de todos los agentes que hacen parte del sistema sanitario, y aunque los auxiliares de enfermería tengan un estilo de vida rutinario que se encuentra sujeto a sus diferentes roles y a su labor profesional, es necesario educar a estos profesionales de la salud sobre su autocuidado, de tal manera que desarrollen habilidades y estrategias que permitan fomentar la autoeficacia, para transformar estas prácticas en hábitos saludables y de esta manera contribuir a su salud y bienestar.

Conclusiones

A través de la percepción que los auxiliares de enfermería manifiestan, estos reconocen la importancia de la atención humanizada y los deberes y derechos que deben cumplir para mantener las relaciones con los usuarios. Cabe resaltar que algunos aspectos mencionados por los auxiliares de enfermería como los valores, la empatía y las relaciones interpersonales, permiten generar ambientes propicios en el marco de los servicios de salud.

El autocuidado que ejercen los sujetos, objeto de esta investigación, se evidenció en torno al intento por manejar una alimentación saludable, la cual en muchas ocasiones se ve afectada por el tipo de comidas que consumen mientras se encuentran en turno. Así, al estar expuestos a diferentes turnos nocturnos se afecta su calidad de vida en el bienestar físico y psicológico, puesto que cuando los descansos son en el día, muchos de ellos no duermen y simplemente llegan a su casa a cumplir sus labores que como padres, madres o hijos les corresponde y por ende estos auxiliares van a llegar a sus sitios de trabajo con el mismo cansancio o aún más agotados que antes.

Otro aspecto, que también se ve afectado por los diferentes roles de los auxiliares es la actividad física, ya que la realizan cuando tienen tiempo o cuando los turnos no son tan extensos, sin embargo, es una de las prácticas que menos se lleva a cabo, ya que en muchas ocasiones prefieren estar en su casa descansando o compartiendo momentos en familia.

Se pudo evidenciar cómo los auxiliares de enfermería humanizan la atención hacia sus pacientes y terminan incluso aplicándolo hacia

su familia o vecinos, pero en lo que respecta a su propio cuidado se aprecia como su calidad de vida termina siendo afectada por los diferentes turnos que llevan a cabo en la institución.

Referencias

- Contreras, C., Diaz, B. y Hernández, E. (2012). *Multiculturalidad: su análisis y perspectivas a la luz de sus actores, clima y cultura organizacional prevalecientes en un mundo globalizado*. http://www.eumed.net/libros-gratis/2012a/1159/bases_teoricas_relaciones_interpersonales.html
- Correa, M. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista cuidar*, vol. 7(1). <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v7n1/v7n1a11.pdf>
- Espinosa, A., Enríquez, C., Leiva, F., López, M., y Castañeda, L. (2015) Construcción colectiva de un concepto de cuidado humanizado en enfermería. *Revista ciencia y enfermería.*, vol. (21). https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200005
- Expósito, M., Villareal, E., Palmet, M., Bautista, J., Sánchez, F., Segura, I. (2017). Cuidado humanizado desde la perspectiva del personal de enfermería en un hospital de la ciudad de Barranquilla. *Revista investigación cualitativa en salud*, vol. 2. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/download/1217/1178/>
- Garduño, A., Méndez, V., y Salgado, J. (2012). Autocuidado del profesional de enfermería de un hospital público. *Revista horizontes*, vol. 15. http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/2_AUTOCUIDADO.pdf
- Gonzales, R., Freire, C., Piñeiro, I., y Gonzales, D. (2010). *Calidad de vida, bienestar y salud*. https://www.researchgate.net/publication/288653542_Calidad_de_vida_bienestar_y_salud
- Henny, T., Targino, J., Castro, P., Braga, E., Mendonça, E., Cavalcanti, R. y Ferreira, M. (2013). Cuidarse para cuidar de los demás: Reflexiones de profesionales de enfermería sobre autocuidado. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental*, Vol. 5 (4). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4767612>

- Hernández, Y., Ibarra, R., Prieto, D., Pinto., D, y Rodríguez., Y. (2009) Significado de cuidado humanizado en egresadas de la facultad de enfermería. *Revista Repertorio de Medicina y Cirugía*, vol.18 (4) ,246-250. <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/561>
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Sexta edición.<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Ministerio de Protección Social. (s.f.). Promoción de la cultura de seguridad del paciente.https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf
- Montalvo, K., y Chancafe, Y. (2016). *Prácticas de autocuidado de la salud en enfermeras docentes-asistenciales de una facultad de enfermería*. (Tesis de pregrado). Universidad nacional “Pedro Ruiz Gallo”. Lambayeque – Perú. <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/1275/BC-TES-TMP-108.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Navarro, C., Gómez, S., Garay, Y., García, P., López, C., Pérez, J., Sáez, C., y Muñoz, M. (2014). Cuidado humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencia en un hospital de Quillota, Chile. *Revista enfermería: cuidados humanizados*, vol. 2. DOI: 10.22235/ech.v3i2.564. <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/564>
- Sabino, C. A. (1996). *El proceso de investigación*. Panapo. http://paginas.ufm.edu/sabino/ingles/book/proceso_investigacion.pdf
- Simons, H. (2009). *El estudio de caso: teoría y práctica*. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=WZxyAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=definicion+de+estudio+de+caso&ots=r37fGeKgcD&sig=xqTOO2hMe9I-vzHtYrYcyzRv7dDU>
- Torres, M., y Frances, M. (2007). *La dieta equilibrada para enfermas de atención primaria*. Sociedad española de dietética y ciencias de la alimentación. <https://www.micof.es/bd/archivos/archivo2069.pdf>

Wang, C., y Burris, M. (1997). Photovoice: Concept, Methodology, and Use for Participatory Needs Assessment. *Health education & behavior*. Vol (3):369-87. doi: 10.1177/109019819702400309. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/109019819702400309>

Retos y barreras en la implementación del programa de humanización: Una visión desde el líder

*Challenges and barriers in humanizing health programs.
A leader's view.*

María Alejandra Ceballos Casas*

© <https://orcid.org/0000-0003-0640-4287>

Resumen. Los hospitales son escenarios a los que las personas asisten en condiciones de vulnerabilidad, por tal razón deben convertirse en escenarios en los que se promueva el afecto, el trato digno y el respeto por el dolor ajeno, lo cual solo se logra a través de la atención humanizada. Este estudio se centró en la experiencia de la líder de un hospital en la implementación de un programa de humanización. El enfoque de la investigación fue cualitativo, bajo un diseño fenomenológico, se hizo uso de la entrevista semiestructurada y aunque el equipo de humanización está conformado por tres personas, se trabajó únicamente con la líder del programa de humanización. A través de los relatos del líder del programa y las visitas al hospital, se hizo evidente que en el caso de esta institución han sido más las oportunidades que las barreras durante el proceso de implementación

* Magister en Psicología de la Salud, docente investigadora Programa de Psicología. Fundación Universitaria de Popayán.

✉ alejandrac308@hotmail.com

Cita este capítulo

Ceballos Casas, M. A. (2020). Retos y barreras en la implementación del programa de humanización: Una visión desde el líder. En: Ceballos Casas, M. A. y Caicedo Bucheli, M. A. (eds. científico). *Humanizar el contexto hospitalario. Experiencias y desafíos desde la mirada psicológica.* (pp. 111-133). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Fundación Universitaria de Popayán.

del programa de humanización. El apoyo constante de los directivos y colaboradores del hospital permitió que una pequeña idea que se encontraba articulada al cumplimiento de un requisito normativo, se transformara en uno de los programas más importantes de la institución y quizá uno de sus factores diferenciadores a nivel local.

Palabras clave: retos, humanización, líder, barreras.

Abstract. Hospitals are settings where people arrive in conditions of vulnerability, therefore paramount to transform these scenarios into places that promote affection, dignified treatment, and respect for other's pain. This change is only possible through humanized care. This study focuses on the experience of a hospital leader in implementing a humanization program. The research used a qualitative approach under a phenomenological design, using a semi-structured interview. Although three people compose the humanization team, we only interview the leader of the program. Through the accounts of the program leader and the visits to the hospital, it became evident within the institution process more opportunities than barriers in implementing the humanization program. The constant support of the hospital's management and collaborators prompted a small idea to comply with a regulatory requirement to become one of the institution's most important programs and perhaps one of its distinguishing factors at the local level.

Keywords: Challenges, humanization, leader, barriers.

Introducción

Los hospitales son escenarios a los que las personas asisten en condiciones de vulnerabilidad, debido a que la enfermedad ya sea propia o de un ser querido, constituye un estado de indefensión e incertidumbre que trae consigo un desequilibrio a nivel personal, familiar, laboral y social. Por tal razón el entorno hospitalario debe convertirse en un escenario en el que se promueva el afecto, el trato digno y el respeto por el dolor ajeno, lo cual solo se logra a través de la humanización.

Pero pareciera curioso que se hable de humanización, cuando a quien se atiende son precisamente seres humanos; sin embargo, cada vez son más frecuentes las prácticas deshumanizantes en los entornos de salud; desinformación, ignorar a las personas, largos tiempos de espera, atención sin calidez, son solo algunos de los elementos que contribuyen a que la salud sea uno de los entornos con más quejas y reclamos ante las autoridades competentes. Cabe aclarar que el personal que atiende en dichos entornos no siempre es el culpable de su actuar, en tanto que aspectos como la legislación en salud, las jornadas laborales extensas y no muy bien remuneradas, la tecnificación de la atención, entre otras, se han convertido en la piedra en el zapato para alcanzar una atención humanizada. Los elementos mencionados son de una u otra forma, la consecuencia de las modificaciones introducidas por la Ley 100, la cual cambió la lógica de la atención y convirtió la salud en un servicio y a las personas en clientes (Caballero et al., 2017).

A pesar de este panorama, desde hace alrededor de una década, la humanización en los servicios de salud es un fenómeno que se ha vuelto pilar para muchos prestadores, al ser vista no solo como un valor agregado para las organizaciones, sino que es a través de ella como muchas empresas logran certificaciones de calidad. En ese sentido la apuesta por la humanización es un beneficio para todos, trabajadores, empresas, pacientes y familiares. Sin embargo, no todos los prestadores de salud se interesan por la humanización, por el contrario, para muchos significa un requisito adicional, difícil de cumplir:

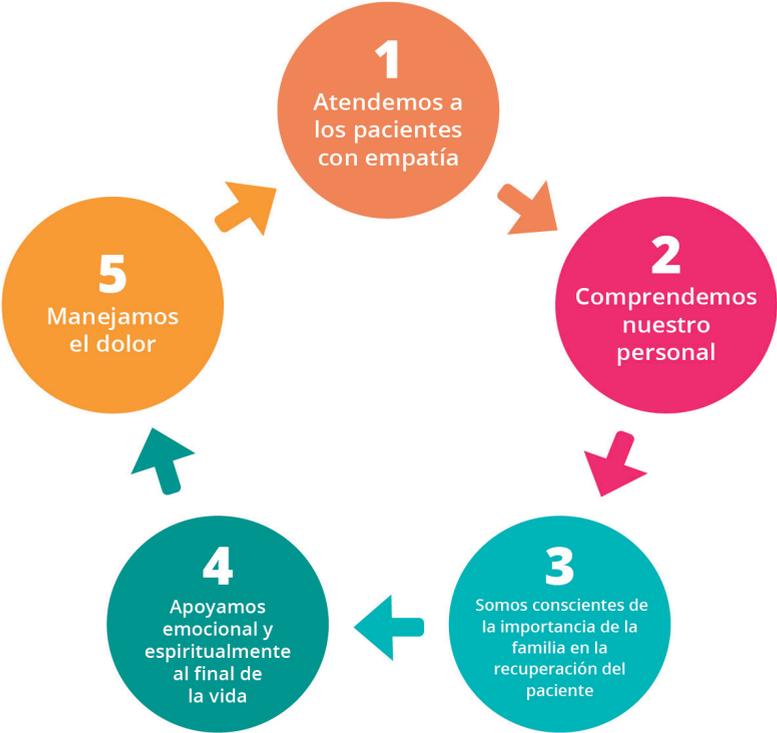
Hoy algunas instituciones son ejemplo del servicio de humanización, otras, en cambio, han relegado el tema a procesos e indicadores de cumplimiento, de requisitos y creación de políticas de acreditación que no conllevan ninguna acción real que demuestre que los servicios de la salud son más incluyentes, justos, dignos y humanos (Andino, 2018, p 82).

El caso del Hospital Susana López de Valencia (HSLV)

En el caso particular de este Hospital, que se encuentra ubicado en la ciudad de Popayán, al suroccidente colombiano, es una empresa social del estado ubicado en la comuna 1, que atiende población diversa, desde personas pertenecientes a la zona urbana, hasta personas provenientes del sector rural, veredas y municipios ubicados al

sur del departamento. Asimismo, dentro de la población beneficiaria se encuentran personas en situación de vulnerabilidad económica y social. En sus inicios era un hospital que atendía a los pacientes con tuberculosis, por lo que era conocido como el “Hospital de vías respiratorias”, sin embargo, con el pasar de los años amplió su portafolio de servicios y en la actualidad presta servicios de segundo nivel en el área de urgencias, hospitalización y la unidad materno infantil. Posteriormente y en aras de mejorar cada vez más la atención el hospital inició un proceso de acreditación en alta calidad, razón por la que desde el año 2008 ha venido trabajando por implementar un programa de humanización de sus servicios, el cual opera desde cinco grandes líneas, que se muestran en la figura 1 que se detallan a continuación:

Figura 1. Líneas del programa de humanización del HSLV



Fuente: Elaboración propia

Línea 1. Atendemos los pacientes con empatía

Se trabajó lo que el hospital ha denominado “Rondas humanizadoras”, que son recorridos que hace el equipo de base del programa en los diferentes servicios donde canalizan personas que puedan tener algún tipo de inconveniente o necesiten algún tipo de apoyo, lo que hacen es tener un contacto directo con el paciente, conocer su nombre, sus necesidades de primera mano, para poder brindarle una mejor orientación durante su proceso de atención.

Línea 2. Comprendemos nuestro personal

En esta línea se creó el Spa hospitalario, que tiene por objetivo llevar una experiencia de bienestar directamente al puesto de trabajo de cada persona, donde el colaborador tenga una pausa relajante, con técnicas alternativas que le permita desconectarse y poder recargar mental y emocionalmente su energía para continuar una jornada laboral. También utilizan técnicas psicoeducativas basadas en el aprendizaje significativo.

Línea 3. Somos conscientes de la importancia de la familia en la recuperación del paciente

Se basan en la técnica del *clown* hospitalario para implementar estrategias como “Abrazos que sanan”, la cual busca a través del abrazo *terapia* brindarle apoyo no sólo al paciente, sino a sus acompañantes. Otra de las estrategias se denomina “Burbujas que sanan”, implementada durante época de pandemia, con las habitaciones con burbujeros y motivación a familiares y pacientes para que se distraigan, se rían y rompan con la rutina hospitalaria. La “Ola navideña”, también es una estrategia que a través de la música y el baile proporciona un ambiente familiar y navideño en el mes de diciembre.

Línea 4. Apoyamos emocional y espiritualmente al final de la vida

El hospital ha creado una red o grupo de apoyo espiritual que está conformado por personas voluntarias de diferentes religiones, quienes se han acercado en su deseo de ayudar y transmitir paz y tranquilidad a familiares y/o pacientes que sufren una enfermedad terminal o de difícil manejo. Durante la pandemia se han hecho acercamientos a través de llamadas o videollamadas, donde la persona puede hacer una oración o lo que considere, aunque en algunos casos se hace el enlace con las personas que apoyan de manera presencial.

Línea 5. Manejamos el dolor

Esta línea lo que busca es una sensibilización hacia el personal asistencial, frente al manejo paliativo de la enfermedad; entonces para evaluar la intensidad del dolor se adaptó una escala con caritas que reemplazaran los tradicionales números que para muchos pacientes eran difíciles de comprender. De igual manera, se busca evaluar la principal causa del dolor a través del diagnóstico oportuno y disminuir así el sufrimiento de una persona, ya sea frente a su enfermedad o frente algún procedimiento.

El interés por conocer la visión de los líderes radica en la poca información recolectada por el hospital, es por esta razón que el objetivo de este estudio se centró en identificar los retos y las barreras institucionales percibidas por los líderes del programa de humanización de la salud del HSLV en la implementación del mismo.

Método

Enfoque

El enfoque del presente proyecto se abordó desde lo cualitativo, con el propósito de comprender la realidad subjetiva de los participantes y el contexto en donde se enmarcó el fenómeno a estudiar, en aras de extraer los significados que subyacen a los mismos (Hernández et al., 2014).

Diseño

El diseño que se empleó en el abordaje de este estudio es el fenomenológico, a través de cual se buscó indagar los diferentes puntos de vista, emociones y sentimientos de los participantes, tratando de profundizar en los significados que guardan para ellos situaciones asociadas al entorno hospitalario, en aras de interpretar los elementos en común que se derivan de dichos fenómenos (Hernández, et al., 2014).

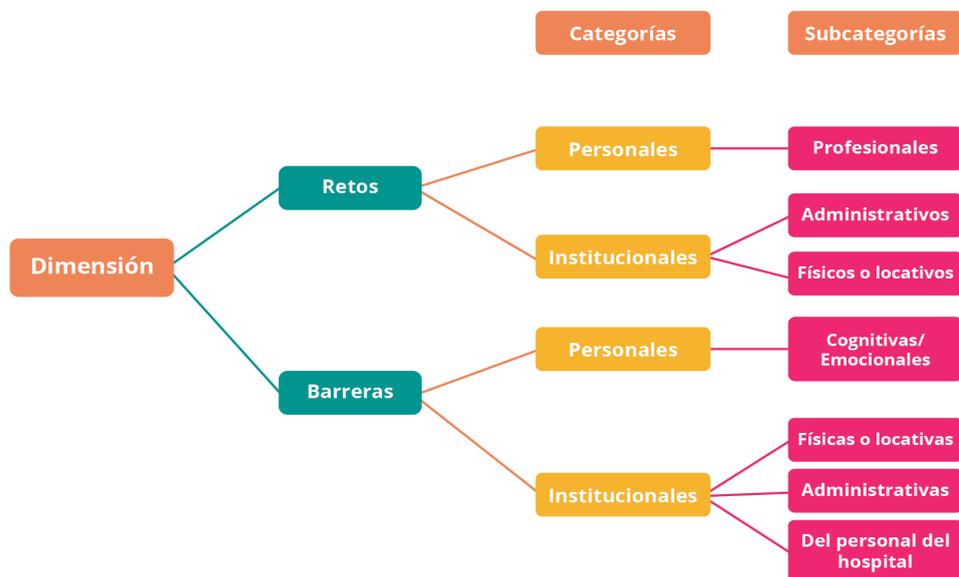
Técnicas

Se hizo uso de la entrevista semiestructurada, la cual permitió recopilar a través de una interacción espontánea con el entrevistado, información sobre un tema específico (Fontana y Frey, como se citó en Vargas, 2012). Así también, se hicieron algunas visitas al entorno hospitalario en el que se pudo extraer información valiosa y que permitió complementar lo narrado en la entrevista.

Instrumentos

Se empleó una guía de preguntas que corresponde a las dimensiones *retos* y *barreras*, que a su vez contenían las respectivas categorías y subcategorías, tal como se muestra en la figura 2.

Figura 2. Árbol categorial analítico



Fuente: Elaboración propia

Población

Aunque el equipo de humanización está conformado por tres personas, la líder del proceso, el anfitrión de servicio y un auxiliar, para el caso de este proyecto, se trabajó únicamente con la líder⁶ del programa de humanización del HSLV, quien específicamente es psicóloga de profesión y trabaja en dicho programa desde el año 2018.

Resultados

En este apartado se muestran los relatos de la persona que lidera el programa de humanización en el Hospital; los resultados se obtuvieron a través de la aplicación de la entrevista semiestructurada y la observación realizada en los diferentes servicios. Las categorías que orientaron dicha aplicación se estructuraron como se observó en la figura 1. De

⁶ Por motivos del aislamiento por COVID-19, no se pudo realizar el encuentro con los demás miembros del equipo.

acuerdo a lo planteado en el árbol categorial, se presentará en primer lugar la dimensión denominada retos, la cual pretendió indagar acerca de las metas planteadas por la líder del programa de humanización y cómo fue posible materializar las ideas. Esta dimensión contiene a su vez, dos categorías, la primera relacionada con los retos personales y la segunda con los institucionales. Para iniciar, se describirá la categoría retos personales, dentro de la cual se definió una subcategoría relativa a los retos que como profesional se planteó la líder del proceso.

Retos personales

Dentro de esta categoría, se encontró que el principal reto personal y profesional para quien debía hacerse cargo de la implementación del programa, estuvo relacionado con la necesidad de explorar nuevos campos laborales y de la disciplina a la cual pertenece, en este caso la psicología.

Soy psicólogo y actualmente coordino la política de humanización del Hospital y como antecedentes laborales, vengo de un trabajo que era de atención, atención a víctimas de violencia de género, atención a víctimas de violencia en el marco del conflicto armado, atención a personas en un estado de vulnerabilidad, creo que laboralmente no había tenido como ese espacio de trabajar más desde la prevención, que desde la contención y la atención

Esta necesidad de explorar y aprender, también estuvo vinculada a la posibilidad de cambio dentro de la institución de salud, en la que si no se exploraban nuevas alternativas probablemente la atención no iba a mostrar mejoras.

Cuando empezaron a materializarse las ideas pensaba justamente en el resultado, en qué haciendo las cosas de una manera distinta íbamos a obtener resultados diferentes y la gente lo iba a recibir bien.

Otro de los pensamientos e ideas que motivaron la implementación del proyecto en el ámbito personal y que aumentaban la confianza, fue la necesidad de ponerse en los zapatos de los pacientes, familiares y colaboradores, comprender sus sentimientos y brindarles un trato digno.

Obviamente a nadie le gusta que lo maltraten y pues nosotros hablamos del trato digno, de un trato bueno entonces yo pensaba que, basados en ese principio, esto tenía que funcionar.

Es así como lo que inició como un reto personal y profesional trascendió a lo institucional; en este caso se visibiliza que no existen protagonismos, sino que la líder de la política se considera como un colaborador que puede ejecutar una tarea para beneficio de todos, tal como se presenta a continuación:

Pues era ganar la credibilidad gerencial y el apoyo de todo el personal, porque sin ellos efectivamente pues la política no tendría un fundamento o sea la política no es algo que yo me permito crear, sino que sencillamente soy el puente para que la gente empiece a darse cuenta que puede brindar una atención humanizada.

Retos institucionales

Administrativos. Cuando se plantean nuevos retos, las instituciones intentan ir más allá de lo que la normatividad o reglamentación exige, tal como fue el caso del Hospital en el que se decidió apostar por darle un sentido diferente a la política de humanización. Al respecto la líder del programa afirma:

La política como tal estaba, pero lo que queríamos era que no fuera como un relleno más, como un requisito más que toca cumplir, sino darle vida, entonces creo que el reto principal era: uno, que la gente creyera que humanización era algo necesario y no pues como un relleno o netamente un requisito.

De igual manera no sería posible implementar nuevos proyectos si la organización es rígida y no apoya las iniciativas de sus colaboradores, lo cual no fue el caso del Hospital en el que se mostró respaldo institucional a la creatividad.

En el Hospital se dan las condiciones también para crear, para construir, para que la gente que tenga una idea en la cabeza, tenga la posibilidad y el respaldo de “echarla a andar”.

Uno de los ajustes realizados para poder hacer realidad la idea del programa de humanización fue “desligar” procesos y darles apertura a nuevas áreas, en este caso humanización, que hace parte de atención al usuario fue migrando hasta convertirse en un área independiente.

Pues humanización realmente era un pedacito de atención al usuario, que poco a poco fue ganándose un espacio (y en eso hago referencia yo al respaldo de la gerencia); en otras instituciones la humanización depende de la atención al usuario o de la oficina de talento humano, en este caso el gerente decide tomar unos recursos directamente para crear una política en humanización.

Si bien los ajustes administrativos son necesarios, muchas veces también es primordial llevar a cabo modificaciones locativas que faciliten el desarrollo de las actividades, lo cual se presenta en la siguiente subcategoría.

Físicos o locativos. La principal modificación que se hizo a nivel de infraestructura, fue la asignación de una oficina propia para el programa de humanización, lo cual no sólo ofrece comodidad al personal que allí labora, sino que le otorga la importancia y credibilidad necesaria para que los procesos se puedan llevar a cabo.

Bueno nosotros contamos con una oficina y no es compartida, es propia, en la cual, pues tenemos el espacio, tenemos la oficina y un salón adicional en el cual hacemos toda la intervención para las personas.

En las anteriores líneas se hizo una descripción de los retos y oportunidades que surgieron durante la puesta en marcha del programa de humanización. La siguiente dimensión se denominó *barreras* e hizo una indagación acerca de las dificultades presentadas no solo a nivel personal o profesional del líder, sino administrativas, físicas o locativas y del equipo de trabajo.

Barreras personales

Cognitivas y emocionales. Dentro de las barreras que mencionaba la líder del programa, se encontró el desconocimiento en algunas áreas que la psicología tradicionalmente no aborda, por ejemplo, aquellas relacionadas con la normatividad o reglamentación en salud.

Me costaba un poco todo el abordaje en salud y la normatividad, uno porque la normatividad sobre todo en el tema de salud está cambiando y hay que tener una rigurosidad en ese tema, para no caer en cuestiones legales, entonces digamos que el asesoramiento normativo ha sido indispensable y es algo con lo que el psicólogo en formación difícilmente trabaja.

Asimismo, se hizo necesario un acercamiento a temas médicos y asistenciales que permitieran que al momento de ejecutar una actividad no se pusiera en riesgo la salud o la vida de los pacientes.

Por ejemplo, voy a hacer un acompañamiento espiritual y me pareció pertinente llevar una vela, pero cuando llegó a la unidad de cuidado intensivo y voy a encender la vela, la médica encargada me dice: “no puedes encender cosas porque aquí hay gases de las máquinas y puede ocurrir un accidente”, entonces cosas del área de salud netamente o de un diagnóstico pues obviamente si es necesario apoyarse en un equipo multidisciplinar.

Por otro lado, es indiscutible que el ser humano sienta temor y preocupación cuando emprende un nuevo proyecto, y la líder de humanización no fue la excepción, por lo que dentro de los relatos se evidencia que una vez el programa empezó a funcionar, uno de los principales miedos se relacionó con las visitas de auditoría en las que se solicitan documentos y protocolos.

Cuando viene la visita preguntan muchas cosas de humanización, entonces hay que mirar que todo esté bien, que los soportes, que haya una secuencia. Ellos (la visita) hablan de enfoque, implementación y resultados y que ese ciclo se dé completamente con cada una de nuestras acciones, creo que lo pone a uno siempre tenso.

Si bien se presentaron barreras personales y profesionales, el trabajo se ha podido llevar a cabo con resultados óptimos.

Barreras institucionales

Administrativas. Al momento de iniciar un nuevo proyecto, las instituciones y sobre todo la gerencia o alta dirección, tienden a mostrarse escépticas por los resultados que se pueden llegar a

obtener; sin embargo, en el caso del Hospital lo más importante fue contar con la confianza y apertura de los directivos para poder lograr los objetivos propuestos.

Ellos se permitieron darse la oportunidad ¿no?, a veces ellos decían será que eso sí funciona, ¿si cree que invirtiendo en unos aceites o en unos paquetes térmicos eso sí va a beneficiar a las personas? Yo recuerdo que el subdirector de ese entonces me decía “Usted cree que la gente si se le va a medir a parar cinco minutos de su trabajo y sentarse a que lo toquen o que le hagan un masaje o eso que usted dice”, entonces yo le decía, pues déjeme intentarlo y creo que ese voto de confianza fue lo que ayudó.

Otra de las barreras que se ha presentado es el factor económico, el cual en ocasiones limita o retrasa la ejecución de algunas actividades; no obstante, no ha habido actitud negativa para la aprobación de recursos por parte de la administración del hospital, más bien ha sido cuestión de esperar a que el dinero llegue y pueda ser invertido.

Digamos un poco a veces el tema económico ¿no?, entonces uno quisiera decir yo necesito esto y que llegue en el momento que uno lo necesita, entonces también puede ser una impaciencia interna que aprendí a manejar, de que los tiempos a veces no son como uno quisiera.

Físicas o locativas

Encuanto a las barreras físicas o locativas, el personal de humanización ha encontrado más bien oportunidades a través de la innovación y la creatividad; por ejemplo, si no se cuenta con el recurso para llevar a cabo una actividad determinada se ha buscado la forma de optimizar o reutilizar lo que ya se tiene.

Por ejemplo para el tema del spa que necesitábamos un carrito con X o Y características, entonces lo que hicimos fue buscar implementos que se fueran a dar de baja en el Hospital y entonces uno empieza a ser recursivo y dice “estas cosas que en vez de darle de baja las podemos arreglar, las podemos ajustar y viene el resultado final” que es un equipo de laparoscopia que ya le habían dado de baja nosotros lo reutilizamos y con eso es que hacemos nuestro spa; entonces esas cosas funcionan, son efectivas y los directivos dicen “bueno realmente le apostamos a una muy baja inversión por un alto impacto”

Del personal del Hospital

Como en todo proyecto nuevo, muchos colaboradores se mostraron renuentes a participar o su actitud no era la esperada, pero nuevamente la creatividad y la calidad de las actividades del programa de humanización permitieron la apertura y aceptación del mismo.

Normalmente a uno le dicen reunión de capacitación y la gente como que se toca la cabeza a dos manos, entonces empezamos por ahí, por hacer capacitaciones enfocadas en la metodología de aprendizaje significativo donde la gente fuera a jugar, fuera a hablar, que no fuera una, una capacitación magistral, sino que permitiera siempre interactuar, entonces la gente empezó a darse cuenta que se podían hacer las cosas distinto y por ahí pues fuimos ganando aceptación.

Las barreras mostradas por el personal del Hospital, fueron convirtiéndose en actitudes de credibilidad y apertura por parte del talento humano, sobre todo porque muchas de las actividades del programa han beneficiado a los colaboradores y no solo a los pacientes y sus familias.

Ellos (los trabajadores) se sienten muy bien identificados porque pues es de las políticas que busca apoyar al trabajador, mitigar de alguna manera el estrés psicosocial que pueda generar la carga laboral y contar con ellos para hacer la implementación de las estrategias, entonces eso ha permitido que la gente tenga adherencia y sean receptivos a lo que nosotros planteamos.

También es importante resaltar que las barreras presentadas por el personal de humanización han logrado mitigarse al contar con un equipo interdisciplinar que aporta en la planeación y ejecución de las actividades.

Hemos creado algo que se llama la red humanizadora, la cual invita a todos los líderes de procesos del Hospital a hacer parte de la atención y que entre todos generemos estrategias de acuerdo a las necesidades específicas para manejar el tema de humanización en los diferentes procesos del Hospital.

Como se puede observar el éxito del programa ha dependido de la receptividad, tanto de usuarios como directivos y colaboradores, demostrando que es posible brindar una atención humanizada aun cuando las condiciones iniciales no sean las más favorables o se tenga que arrancar de cero.

Discusión

Como se pudo evidenciar en los relatos, los cambios dentro de las organizaciones son necesarios para obtener nuevos resultados, no obstante, no siempre resultan sencillos; es por esta razón que en múltiples ocasiones se convierten en un reto no solo para los directivos y colaboradores, quienes deben poner su empeño y buscar alternativas para superar los obstáculos que puedan presentarse en el proceso. A continuación, se analizan los hallazgos de la primera dimensión denominada retos.

La primera categoría de esta dimensión, abordó elementos personales, por lo que al dialogar con la persona que lideró el programa de humanización se hizo evidente que dentro de esta esfera, el principal reto se gestó debido a la necesidad de explorar nuevos campos disciplinares y laborales; lo anterior teniendo en cuenta que según los planteamientos de Echeverri-Gallo (2018) la psicología es una profesión con una amplia gama de escenarios de acción, al tiempo que es un programa con una demanda que se ha incrementado en los últimos años, lo cual se refleja en el número creciente de facultades de psicología que ofertan formación no solo a nivel de pregrado sino de especialización, maestría y doctorado.

Del mismo modo, los cambios que se proyectan desde áreas como la humanización pueden resultar retadores y exigentes, esto porque las personas dan prioridad a otros procesos que sean más visibles, tales como la tecnificación o modernización de procesos asistenciales; en ese sentido la psicóloga encargada del proceso de humanización pensó que dicha política resultaba una oportunidad para mostrar mejoras en la atención de los pacientes. Al respecto Osorio y Rivera (2016) afirman que la humanización es un tema complejo que busca no solo cumplir con la normatividad sino mostrar resultados reales y duraderos que respondan a la diversidad de necesidades de los pacientes y sus familias.

Afortunadamente la humanización se ha vuelto una prioridad para algunas instituciones de salud, porque muchos de los colaboradores que trabajan en este gremio “se han enfocado en todo un sistema tecnológico y de cuidado al paciente crítico, pero se han olvidado del cuidado y el trato amable a sus pacientes y familiares” (Caballero, et al., 2017. p.3). Lo expuesto por estos autores coincide con otro de los planteamientos expuestos por la líder, quien hizo énfasis en la visión empática que como institución se debe tener para implementar procesos de humanización, ya que es muy difícil pensar en proponer una estrategia sin primero partir de las emociones por las que están atravesando las personas y familias cuando se enfrentan a una enfermedad. La institución comprendió que “ponerse en los zapatos de los demás” es el primer paso para el éxito de la política.

Referente a la segunda categoría que se planteó sobre los retos institucionales, se encontraron dos vertientes, la primera referente a los retos que los directivos se plantearon para llevar a cabo la política de humanización y la segunda relativa a las adecuaciones o cambios en las instalaciones físicas del hospital.

En cuanto a los retos administrativos, los relatos estuvieron orientados hacia la visión institucional de ir “más allá” de lo que reglamentariamente se solicita; en ese sentido la humanización se considera uno de los pilares fundamentales de la atención al paciente dentro del marco de un trato digno y respetuoso, es por esta razón que los prestadores de servicios de salud no solo deben considerarla una necesidad, sino que deben “verla como un tema de carácter ético dentro de la acreditación, para evitar violaciones de los derechos humanos y de la dignidad de la persona humana” (Andino, 2018, p. 70). No obstante, el sistema de Acreditación en salud es de carácter voluntario para las IPS y depende de las voluntades e intereses de la alta gerencia, ya que se trata de un proceso con requerimientos específicos para cumplir y que sugiere trabajo adicional que no siempre se está dispuesto a realizar.

Como es evidente, es complejo iniciar nuevos procesos si no se cuenta con el respaldo de la administración, planteamiento que coincide con lo expuesto por Flechas y Suarez (2017) quienes refieren que en una organización es la gerencia la que se encarga de dirigir y orientar la

estructura de la misma; sin embargo deben apoyarse de las habilidades y capacidades de sus colaboradores con el fin de construir una cultura participativa, tal como fue el caso del Hospital en mención en el que se le permitió a la líder del programa de humanización aportar con ideas y nuevos proyectos haciendo uso de su creatividad y buenas relaciones con los colaboradores. Al respecto Osorio y Rivera (2016) también proponen que la humanización:

(...) se trata de un trabajo progresivo en el cual se parte de la integración de las manifestaciones de cada uno de los actores involucrados en el proceso asistencial, administrativo y los usuarios en quienes se debe formar una cultura de humanización participativa por medio de la protocolización de acciones que apunten al mejoramiento continuo de la institución (p. 31).

Otro de los elementos que favorecieron la implementación del programa fue el de darle a la humanización una importancia alta, al punto de “descentralizarla” de la dependencia de atención al usuario y conferirle cierto grado de independencia. De esta manera la gerencia además de ejercer su liderazgo debe analizar y evaluar los aspectos que se quieren mejorar y modificarlos en el camino (Osorio y Rivera, 2016).

Dentro de ellos se encuentran aquellos relacionados con la infraestructura institucional; por ejemplo, en el Hospital se adecuaron espacios para que el personal de humanización pudiera planear y desarrollar sus estrategias, por lo que nuevamente se evidencia el apoyo de la alta dirección a las iniciativas de sus colaboradores. Referente a este tema se encuentran los hallazgos del estudio de Gómez-Tello y Ferrero (2016) quienes manifiestan que una infraestructura humanizada incluye espacios que brindan comodidad, calidez y amabilidad, además de ofrecer ergonomía, eficiencia y funcionalidad, favoreciendo la recuperación de los pacientes y la estadía de los familiares.

Por otra parte, la segunda dimensión denominada *barreras*, abordó, igual que la dimensión anterior, dos categorías, la primera orientada a las barreras personales y la segunda hacia las barreras institucionales. En ese sentido, la primera categoría hizo un acercamiento a las barreras personales, específicamente aquellas de tipo cognitivo y emocionales que de alguna manera interrumpían o lentificaban la implementación

de la política de humanización dentro del Hospital. Aquí se encontró la necesidad de actuar interdisciplinariamente debido a que no siempre se tiene el conocimiento en diversas áreas para materializar una propuesta; en este caso fue necesario que la líder se introdujera un poco en los temas jurídicos y administrativos que sugiere la política mencionada. Como lo afirman Orozco et al. (2019):

En Colombia, existe un marco normativo sustancioso en lo concerniente a la humanización del servicio, la Ley insta a (las) IPS para que, en su proceso de planeación de la atención, contemplen el diseño de una política de atención humanizada que incluya criterios para el paciente y el personal de la institución, tales como el Decreto 1011 de 2006, en su componente de habilitación con la Resolución 2003 de 2014 (p. 2).

En algunos casos puede significar una barrera el acercarse a temas jurídicos que tradicionalmente la psicología no maneja; sin embargo, el derecho también pertenece a las ciencias humanas y puede encontrar convergencias en el abordaje de las conductas del ser humano (Martínez, 2018). De igual manera, fue necesario que el equipo de humanización se acercara a un equipo interdisciplinar para actuar de forma coordinada, favorecer la eficacia de los programas y su respectiva planeación, indiscutiblemente la implementación de la política difícilmente se encuentra al alcance de un solo profesional (Ceballos, 2017; Vargas et al., 2018).

Otra de las barreras que se presentaron y que posiblemente es inevitable para el ser humano es el miedo y no solo asociado al fracaso, sino miedo a la supervisión y a no poder tener todo al alcance cuando se solicita. Lo encontrado en el discurso en cuanto a esta barrera se relacionó con la preocupación que trae consigo las visitas por parte de los entes reguladores (secretarías de Salud, Ministerio de Salud, entre otros). Dichos miedos son explicables porque se asocian con la oportunidad de obtener reconocimiento de las entidades supervisoras; para el caso de la política de humanización que hace parte del sistema único de acreditación, el Ministerio reconoce a las entidades que se preocupan por el bienestar de sus pacientes; tal como lo menciona Andino (2018), “entregar reconocimiento es muy importante para estas IPS debido a que realizan enormes esfuerzos de talento humano, financieros y hacen profundos cambios institu-

cionales durante más de cuatro años para alcanzar la Acreditación en Salud” (p. 71).

Como se mencionó, la presente dimensión contiene dos categorías, por lo que a continuación se analizarán los hallazgos de la segunda categoría relativa a las barreras de tipo administrativo o de la dirección del hospital durante la implementación del programa de humanización.

En primer lugar, se encontró que una de las barreras institucionales fue el escepticismo por parte de la gerencia, que sin querer desconfiar de la propuesta de sus colaboradores sentía temor de invertir recursos económicos y talento humano sin la certeza de obtener resultados favorables; no obstante, los directivos dieron el aval para implementar el programa y tal como se pudo evidenciar en los relatos muchas de las inversiones fueron pequeñas y lograron un gran impacto. Como lo plantean Gómez-Tello y Ferrero (2016) “La solución viene asociada frecuentemente a costes de inversión no planteables a corto plazo. Una alternativa es valorar medidas que armonicen un bajo coste con un alto impacto” (p. 2).

Los resultados positivos no son el resultado de las acciones individuales, por el contrario, son impulsadas en primer lugar por la alta gerencia en donde se aceptan, se dan las directrices y se hacen visibles las prácticas que transversalizan cada uno de los procesos; lo anterior a su vez impacta a los colaboradores generando satisfacción y finalmente dichos resultados se integran en la imagen institucional dando solución a las necesidades latentes (Osorio y Rivera, 2016).

Durante la implementación de la política de humanización las barreras locativas o de infraestructura no fueron un impedimento para el equipo del hospital, al contrario, han salido a flote habilidades creativas para darle buen uso a los recursos físicos y de esta forma crear una infraestructura humanizada. De acuerdo con Martínez (2019) y Yasutaro (2018), es prioritario adecuar la infraestructura y zonas del Hospital para aumentar la satisfacción de los pacientes y sus familias; esto se logra adaptando áreas pensando en el confort de usuarios y trabajadores. No solo se trata de pensar en consultorios y salas de procedimientos, sino que la estancia hospitalaria pueda

ser sinónimo de tranquilidad y por qué no pensarse espacios para la recreación y el goce de la naturaleza.

Finalmente, dentro de las barreras institucionales se encontraron aquellas del personal del hospital, es decir los colaboradores quienes debían llevar a cabo la nueva propuesta, lo cual no siempre resulta sencillo ya que el entorno hospitalario de por sí ya es un espacio cargado de tensión y en el que se debe responder por múltiples funciones y de cuyo resultado depende la salud y/o la vida de una persona; es por esta razón que al principio muchos de los funcionarios se mostraron renuentes o temerosos, pero con el transcurrir del tiempo y gracias al beneficio percibido de las actividades del programa se logró cambiar actitudes desmotivadoras en participación constante y activa. Autores como Galvez et. al. (2017) manifiestan que:

Incluso con una adecuada planificación y participación, es necesario contar con situaciones de rechazo y resistencia al cambio de paradigma. Estas resistencias (explícitas o implícitas), pueden proceder tanto de la organización, por factores relacionados con el organigrama, la cultura organizacional, criterios económicos, etc.; como de personas concretas, debido a actitudes de desacuerdo, incertidumbre, desconocimiento, falta de competencias, percepción de pérdida de identidad, miedo a incrementar la carga de trabajo o presión temporal, etc (p. 12).

De igual manera, como componente importante se destaca la inclusión del personal del Hospital en las actividades del programa, lo cual les otorga protagonismo y resalta la labor tan ardua que desempeñan diariamente y que pocas veces es reconocido. Si bien es menester incluir al personal dentro de las actividades, se requiere compromiso constante y asignación de funciones acordes a los perfiles de los colaboradores; así se podrá expresar todo su potencial y se fortalecerá la identidad que se tiene dentro de la estructura organizacional.

Conclusiones

A través de los relatos del líder del programa y las visitas al Hospital, se hizo evidente que en el caso de esta institución han sido más las oportunidades que las barreras durante el proceso de implementación del programa de humanización. El apoyo constante de los directivos

y colaboradores del Hospital permitió que una pequeña idea que se encontraba articulada al cumplimiento de un requisito normativo, se transformara en uno de los programas más importantes de la institución y quizá uno de sus factores diferenciadores a nivel local. También fue evidente la necesidad de integrar a los diferentes actores involucrados en la humanización (pacientes, familias, personal asistencial, administrativos y alta dirección), escuchando sus necesidades y diseñando estrategias para el beneficio común.

Finalmente, a través de este estudio fue posible identificar que los retos personales e institucionales son imprescindibles para la innovación dentro de las organizaciones y que no siempre se debe invertir recursos económicos de gran magnitud para alcanzar metas de impacto si se cuenta con un capital humano de alta calidad.

Referencias

- Andino, C. (2018). La humanización, un asunto ético en la acreditación en salud. *Revista Colombiana de Bioética*, 13 (02), 68-86. <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/1945>
- Caballero, M., Posso, M. y Montoya, J. (2017). La humanización de las organizaciones en crisis: ensayo sobre la búsqueda de alternativas para recuperar lo humano. *Documentos de Trabajo ECACEN*, (2). <https://doi.org/10.22490/ECACEN.1917>
- Ceballos Casas, M. (2017). Abandono de los estudios superiores en estudiantes de primer semestre del programa de psicología de la Fundación Universitaria de Popayán. *Congresos CLABES*. Recuperado a partir de <https://revistas.utp.ac.pa/index.php/clabes/article/view/1667>
- Echeverri-Gallo, C. (2018). Significados y contribuciones de las prácticas profesionales a la formación de pregrado en psicología. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(3), 569-584. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5490>
- Flechas, C. y Suarez, L. (2017). *Hacia la humanización de las organizaciones*. (Tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia, Bogotá, Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/13754>

- Galvez, M., Gómez, J., Martín, M. y Ferrero, M. y miembros del proyecto HU-CI5. (2017). Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 63 (247), 103-119. <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v63n247/0465-546X-mesetra-63-247-00103.pdf>
- Gómez- Tello, V. y Ferrero, M. (2016). Infraestructura humanizada en las UCI. Un reto a nuestro alcance. *Enferm Intensiva*, 27 (4), 135-137. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2016.10.0021130-2399/>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill
- Martínez, G. (2018). Acción psicosocial y contexto jurídico. *Documentos de Trabajo ECSAH*, (2). <https://doi.org/10.22490/ECSAH.2848>.
- Martínez, G. (2019). *Asistencia técnica y seguimiento al mantenimiento y adecuación general de la infraestructura del hospital departamental de Villavicencio*. (Tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia, Villavicencio, Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/16072>
- Orozco, M. Medina, M. y Montoya, M. (2019). Humanización un desafío en instituciones públicas del departamento de Córdoba, Colombia. *Rev Avances en Salud*, 3 (1), 16-25 doi: 10.21897/25394622.1749
- Osorio, E. y Rivera, E. (2016). *Humanización de los servicios de salud en IPS*. (Tesis de especialización). Universidad Católica de Manizales, Manizales, Colombia. <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1515/Edna%20Fernanda%20Osorio%20Henao.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vargas, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Calidad en la educación superior*, 3(1), 119-139. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3945773>
- Vargas, M., Herrera, C. y Rocha, L. (2018). Aportes para el abordaje interdisciplinar de la adherencia al tratamiento. *Acta Médica Colombiana*, 43 (1), 37-41. <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v43n1/0120-2448-amc-43-01-00037.pdf>

Yasutaro, Y. (2018). *Infraestructura alternativa basada en la humanización espacial para la rehabilitación de personas con discapacidad física de locomoción en la Provincia de San Martín*. (Tesis de pregrado). Universidad Cesar Vallejo, San Martín, Perú. <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/30717?locale-attribute=en>

Índice de tablas

Tabla 1. Categorías y subcategorías	36
Tabla 2. Categorías y subcategorías	93
Tabla 3. Relación entre la percepción de atención humanizada y el autocuidado	99

Index of tables

Table 1. Categories and subcategories 36

Table 2. Categories and subcategories 93

Table 3. Relationship between the perception of humanized care
and self-care 99

Índice de figuras

Figura 1. Líneas del programa de humanización del HSLV	113
Figura 2. Árbol categorial analítico	117

Index of figures

Figure 1. HSLV's humanization program guidelines 113
Figure 2. Analytical categorical tree 117

Acerca de los autores

About the authors

María Alejandra Ceballos Casas

Psicóloga Magíster en Psicología de la Salud, con experiencia en la docencia e investigación en el área educativa, social y de la salud. Asesora de trabajos de grado en pregrado y posgrado, tanto a nivel nacional como internacional.

© <https://orcid.org/0000-0003-0640-4287>

✉ alejandrac308@hotmail.com

María Alejandra Caicedo Bucheli

Psicóloga con 20 años de experiencia en contexto humanitario. Especialista en psicología médica y de la salud, derechos humanos y derecho internacional humanitario y en métodos y habilidades de investigación. Magíster en acción humanitaria. Docente-Investigadora.

© <https://orcid.org/0000-0002-1549-9989>

✉ mariacaicedo@unividafulp.edu.co

Gloria Dayana Flores Díaz

Psicóloga. Fundación Universitaria de Popayán.

© <https://orcid.org/0000-0002-4396-4008>

✉ dayannafloresdiaz@gmail.com

Paola Andrea Mopán Chito

Psicóloga. Fundación Universitaria de Popayán.

© <https://orcid.org/0000-0001-8805-7455>

✉ paoanchi2015@gmail.com

Yacky Yanine Orozco Guerrero

Psicóloga. Fundación Universitaria de Popayán.

© <https://orcid.org/0000-0003-2968-3063>

✉ yackguerrero@gmail.com

Mariluz Cardozo Duarte

Especialista en Neuropsicología Infantil. Magister en Psicología de la Salud. Experiencia en el área clínica hospitalaria y como Docente Universitaria en la Facultad de Psicología de la Universidad del Valle (sede Palmira), Fundación Universitaria de Popayán y actualmente Docente de la Maestría en Psicología de la Universidad Simón Bolívar.

© <https://orcid.org/0000-0002-4842-9821>

✉ mariluz.cardozo@docente.fup.edu.co

Daniela Castro Galeano

Psicóloga e investigadora. Fundación Universitaria de Popayán.

© <https://orcid.org/0000-0001-7784-7558>

✉ daniela.castro26@hotmail.com

Cristian Darío Ortiz Noguera

Psicólogo e investigador. Fundación Universitaria de Popayán.

© <https://orcid.org/0000-0001-7512-9974>

✉ cristianwoz23@gmail.com

Danna Geraldine Palacios Escobar

Psicóloga e investigadora. Fundación Universitaria de Popayán.

© <https://orcid.org/0000-0002-9772-2960>

✉ dannapalacios16@gmail.com

Julián Bazante

Psicólogo. Fundación Universitaria de Popayán.

© <https://orcid.org/0000-0003-4766-5862>

✉ jbazante1@gmail.com

Andrés Ballesteros

Psicólogo. Fundación Universitaria de Popayán.

© <https://orcid.org/0000-0003-4990-9752>

✉ andres.ballesteros@docente.fup.edu.co

Sebastián Barrera

Psicólogo. Fundación Universitaria de Popayán.

© <https://orcid.org/0000-0001-7044-4545>

✉ sealbasa@hotmail.com

Mayra Alejandra Becerra Martínez

Psicóloga. Fundación Universitaria de Popayán.

© <https://orcid.org/0000-0001-6699-1490>

✉ may88aleja@gmail.com

María Inés Bolaños Quilindo

Psicóloga. Fundación Universitaria de Popayán.

© <https://orcid.org/0000-0002-5981-2420>

✉ mibq31@gmail.com

Anggie Paola Patiño Calambas

Psicóloga. Fundación Universitaria de Popayán.

© <https://orcid.org/0000-0003-4679-8911>

✉ anggiepaola99@gmail.com

Pares Evaluadores

Peer Evaluators

Jorge Eduardo Moncayo

Universidad Antonio Nariño

© <https://orcid.org/0000-0001-6458-4162>

Julian Zapata

Instituto de Química, Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, Universidad de Antioquia

© <https://orcid.org/0000-0002-8888-1521>

William Palta

Universidad de San Buenaventura, Cali

© <https://orcid.org/0000-0003-1888-0416>

Alexander López Orozco

Universidad de San Buenaventura, Cali

© <https://orcid.org/0000-0003-0068-6252>

Marco Antonio Chaves Garcia

Fundación Universitaria María Cano, Sede Medellín

© <https://orcid.org/0000-0001-7226-4767>

Carolina Sandoval-Cuellar

Universidad De Boyacá

© <https://orcid.org/0000-0003-1576-4380>

Kevin Alexis García

Universidad del Valle

© <https://orcid.org/0000-0002-8412-9156>

Lucely Obando Cabezas

Universidad Libre Cali

© <https://orcid.org/0000-0002-8770-2966>

Ricardo Tapia Vega

Universidad Autónoma del Estado de Morelos

© <https://orcid.org/0000-0003-2750-1828>

Clara Mercedes Blanco Ospina

Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium

© <https://orcid.org/0000-0002-8640-8175>

Jean Jader Orejarena Torres

Universidad Autónoma de Puebla, México

© <https://orcid.org/0000-0003-0401-3143>

Jorge Ladino Gaitán Bayona

Universidad del Tolima

© <https://orcid.org/0000-0001-9539-4660>

Alexander Luna Nieto

Fundación Universitaria de Popayán

© <https://orcid.org/0000-0002-9297-8043>

Margareth Mejía Génez

Instituto de Educación digital del estado de Puebla

© <https://orcid.org/0000-0002-5142-5813>

Distribución y comercialización

Distribution and Marketing

Universidad Santiago de Cali
Publicaciones / Editorial USC

Bloque 7 - Piso 5

Calle 5 No. 62 - 00

Tel: (57+) (2+) 518 3000

Ext. 323 - 324 - 414

✉ editor@usc.edu.co

✉ publica@usc.edu.co

Cali, Valle del Cauca

Colombia

Diseño y diagramación

Design and layout by

Juan Diego Tovar Cardenas

Universidad Santiago de Cali

✉ librosusc@usc.edu.co

Tel. 5183000 - Ext. 322

Cel. 301 439 7925

Este libro fue diagramado utilizando fuentes
tipográficas Literata en el contenido del texto y
Open Sans para los títulos.

Impreso en el mes de octubre.
Se imprimieron 100 ejemplares en los
Talleres de SAMAVA EDICIONES E.U.

Popayán-Colombia

Tel: (57+) 3136619756

2020

Fue publicado por la Universidad
Santiago de Cali.