

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
DIRECCION DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA SALUD Y CUIDADO HUMANO

**EL CUIDADO HUMANO EN LAS INSTITUCIONES
DE SALUD: EL SIGNIFICADO QUE LE ASIGNA
LA PERSONA ADOLESCENTE COMO RECEPTORA**

Autora: MgSc. Ani Evies

Tutora: Dra. Amarilis Zambrano de Guerrero

Valencia, Febrero 2010

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA SALUD Y CUIDADO HUMANO

**EL CUIDADO HUMANO EN LAS INSTITUCIONES
DE SALUD: EL SIGNIFICADO QUE LE ASIGNA
LA PERSONA ADOLESCENTE COMO RECEPTORA**

Autora: MgSc. Ani Evies.

Trabajo que se presenta ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo para optar al Título de Doctora en Enfermería Salud y Cuidado Humano.

Valencia, Febrero 2010

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA SALUD Y CUIDADO HUMANO

**EL CUIDADO HUMANO EN LAS INSTITUCIONES
DE SALUD: EL SIGNIFICADO QUE LE ASIGNA
LA PERSONA ADOLESCENTE COMO RECEPTORA**

Autora: MgSc. Ani Evies.

Aprobado en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo
por miembros de la Comisión Coordinadora.

Nombres y Apellidos

Firma

Valencia, Febrero 2010

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
DOCTORADO EN ENFERMERÍA SALUD Y CUIDADO HUMANO

VEREDICTO

Nosotros, Miembros del Jurado designado para la evaluación de la Tesis de Grado Doctoral titulada **El Cuidado Humano en las Instituciones de Salud: El Significado que le Asigna la Persona Adolescente como Receptora**, presentado por la MgSc. Ani Evies, para optar al Título de Doctora en Enfermería, Área de Concentración: Salud y Cuidado Humano, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerados como: **APROBADO**

Nombres y Apellidos

CI

Firma

Valencia, Febrero 2010

DEDICATORIA

A mi Familia... por compartir la travesía de mi vida y ser constante apoyo para la culminación del presente estudio...

A las personas adolescentes... por enseñarme como quieren que los cuiden...revelando su mundo misterioso...

A mi tutora... por acompañarme y ser constante guía, apoyo y aceptar el reto de incursionar en el mundo de la persona adolescente...

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme cada día recorrer caminos plenos de salud, amor, generosidad y triunfos.

A mis padres, mi eterno agradecimiento por brindarme tanto amor e inculcarme valores sólidos ¡Papa Dios los bendiga en el cielo!

A mi esposo Abrahán, mis hijos Abrahán Jesús e Ibrahin Guillermo, gracias por estar siempre a mi lado, y compartir cada instante de mi vida.

A toda mi familia, mis hermanos, gracias por ese gran apoyo y por comprender mis largas ausencias en el compartir familiar.

A mi tutora y mentora Dra. Amarilis Zambrano de Guerrero, gracias por compartir su inmensa sabiduría conmigo, por sus enseñanzas, paciencia, tolerancia y su apoyo incondicional en la construcción y culminación del presente estudio. Mil gracias! Es un modelo ejemplar para todas las generaciones!

A Carmen Amarilis, amiga, gracias por tu apoyo, amistad, eres un modelo ejemplar en mi vida profesional.

A Nelly Arenas, gracias por su apoyo a través de la Comisión Coordinadora del Doctorado en Enfermería.

A mi amiga, hermanita y compañera Berta, gracias por tu apoyo constante a lo largo de nuestros estudios doctorales y brindarme tu hermosa amistad que hemos compartido en todos estos años. Mil gracias hermanita!

A mi amiga, hermanita y compañera Zoraida, gracias por estar siempre conmigo en los momentos importantes y/o difíciles de mi vida.

A mis amigas y compañeras Marlene Maldonado, Milagros Varón, Haydee Morales, Neris Ortega, Fanny Barbera y María Rosa Roldan, gracias por apoyarme y por compartir todos estos años momentos de alegría, tristezas, preocupaciones y por mantener esta linda amistad.

A mis amigos Cira y José Ramón, mentores en el amor que siento por los adolescentes.

A Rosa, agradecimiento eterno por esa hermosa amistad que me diste ¡Dios la Bendiga en el cielo!

A María Luisa, gracias hermana y amiga por tu apoyo incondicional.

A mi amigo Dr. Jorge Gaitti, gracias por tu incondicional apoyo y abrirme las puertas de la consulta de adolescente en Barquisimeto, infinitas gracias a todas las enfermeras que laboran en la consulta.

A mis amigas Mercedes y Esperanza, gracias por el apoyo cada vez que necesitaba asistir a Barquisimeto, mi eterna amistad para ustedes.

A nuestros compañeros y amigos del Departamento Básico de Enfermería, gracias por el apoyo.

A nuestros compañeros y amigos de la Escuela de Enfermería, mención especial Vicenta, Delia, Omaira... Gracias a todos por el apoyo.

A la Dra. Alacoque Lorenzini, gracias por su apoyo incondicional y académico en el transcurrir de nuestros estudios doctorales.

A todos nuestros docentes del Doctorado en Enfermería, gracias por sus enseñanzas y ayudarnos en el proceso permanente de enseñanza-aprendizaje.

Al Prof. Jesús Leal, gracias por apoyo.

A Alexandra nuestra querida secretaria del Doctorado en Enfermería, gracias por el apoyo incondicional ¡Que Dios te Bendiga!

A Elyana y Alexis gracias por apoyarme en la transcripción de esta tesis.

A Anita, Lidia, Isabel y Lenny, gracias por el apoyo en la secretaría del Consejo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

A Nancira, Carmen y José, gracias por su paciencia, tolerancia y constante apoyo.

A mi amigo, el Decano Dr. Antonio Eblen, periodo 2006-2009, gracias por tu apoyo institucional e incondicional.

A mi amigo, el Decano Dr. José Corado, periodo 2009-2012, gracias por tu apoyo institucional.

A todas aquellas personas que de una u otra forma me apoyaron y dieron muestras de amistad.

Infinitas Gracias a todos...

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	Pág. v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE DE FIGURA.....	xi
RESUMEN.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPITULO I. VIVENCIANDO EL PROBLEMA.	
1.-Contextualización de la Situación a Estudiar.....	16
2.-Objetivos del Estudio.....	26
2.1.-Objetivo General.....	26
2.2.-Objetivos Específicos.....	26
3.-Delimitación del Estudio.....	27
4.-Justificación del Estudio.....	27
CAPITULO II. APROXIMACIÓN A UNA DIMENSIÓN METODOLÓGICA DEL ESTUDIO.	
1.-Selección de los Informantes o Actores Sociales.....	36
2.-Criterios de Selección de los Informantes o Actores Sociales.....	36
3.-Método.....	39
3.1.-Descripción del Fenómeno.....	40
3.2.-Fenomenología de las Esencias.....	41
3.3.-Fenomenología de las Apariencias.....	42
3.4.-Constitución Fenomenológica.....	43
3.5.-Reducción Fenomenológica.....	44
3.6.-Fenomenología Hermenéutica.....	45
4.-Técnica de Recolección de Información.....	46
CAPITULO III. APROXIMACIÓN AL REFERENCIAL TEÓRICO.	
1.-Dimensión del Cuidado Humano.....	50
2.-Dimensión Ética del Cuidado en los/las Adolescentes.....	54
3.-Dimensión Teórica sobre la Adolescencia.....	62
3.1.-Perspectiva Histórica.....	62
3.2.-Concepciones sobre la Adolescencia.....	64
3.3.-Naturaleza del Desarrollo Adolescente.....	68
3.4.-Teorías Acerca del Desarrollo Adolescente.....	71
4.-Bases Legales que Sustentan la Protección de las y los Adolescentes.....	74
4.1.-Marco Legal.....	74
5.-Antecedentes Relacionados con el Tema Objeto de Estudio.....	78

CAPITULO IV. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO.	Pág. 85
CAPITULO V. PERSPECTIVAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE EL CUIDADO HUMANO A LA PERSONA ADOLESCENTE.	
1.-Perspectiva de la Investigadora.....	101
2.-Perspectivas de los Agentes Externos.....	103
2.1.-Medicos Participantes.....	103
2.2.-Enfermeras Participantes.....	107
3.-Coincidencias o Intersecciones de los Agentes Externos.....	111
CAPITULO VI. BUSQUEDA DE LAS ESENCIAS Y LA ESTRUCTURA EN LOS ACTORES SOCIALES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	
1.-Síntesis Narrativa.....	114
2.-Presentacion de la Matriz de Categorización y Codificación.....	116
3.-Proceso de Triangulación.....	117
4.-Proceso de Estructuración.....	119
CAPITULO VII. CONSTITUCIÓN DE LOS SIGNIFICADOS.	120
CAPITULO VIII. INTERPRETACIÓN DEL FENÓMENO.	126
CAPITULO IX. APROXIMACIÓN TEÓRICA.	130
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	134
ANEXOS: A.-Consentimiento Informado.....	143
B.-Declaración del Voluntario.....	145

ÍNDICE DE FIGURA

Figura		Pág.
1	Elementos integradores que relacionan las categorías surgidas en el estudio; de acuerdo a los significados encontrados en los adolescentes entrevistados.....	119

RESUMEN

EL CUIDADO HUMANO EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD: EL SIGNIFICADO QUE LE ASIGNA LA PERSONA ADOLESCENTE COMO RECEPTORA

Autora: MgCs. Ani Evies.

Tutora: Dra. Amarilis Zambrano de Guerrero.

Año: 2009.

La historia del cuidado humano es tan antigua como el ente humano mismo y las acciones de los profesionales, que se desempeñan a nivel de las instituciones creadas por la sociedad para proteger y mantener la salud de la persona y su entorno, han estado y están dirigidas a ayudar a solucionar problemas relacionados con ella. De ahí que permanentemente se enfrentan a nuevos desafíos y al desarrollo de tecnologías innovadoras para el cuidado de las personas. La presente investigación es de naturaleza cualitativa, bajo un enfoque fenomenológico, utilizando el modelo especificado por Spiegelberg. Se realizaron entrevistas a profundidad no estructuradas a los actores sociales, validando los datos a través de la triangulación de los mismos. El presente estudio está adscrito a la línea de investigación Promoción del Cuidado Humano en la Experiencia de la Salud y Calidad de Vida, línea perteneciente al Doctorado en Enfermería, tuvo como finalidad: Generar una construcción teórica de naturaleza ontológica, axiológica y epistemológica acerca del cuidado a las personas adolescentes, derivada de los significados que éstas le asignan. La selección de los informantes fueron personas adolescentes, quienes libremente desde su subjetividad y perspectivas aportaron la información necesaria para la comprensión e interpretación de los significados de los mismos sobre el cuidado, previa obtención de su consentimiento informado. Los actores sociales entrevistados fueron cuatro adolescentes que asistían a la consulta del Hospital Pediátrico “Dr. Antonio Zubillaga”, Estado Lara, Venezuela. Entre las contribuciones teóricas, se interpreta la necesidad de que el profesional de salud en la relación interpersonal con la persona adolescente, asuma actitudes empáticas que faciliten la ayuda para orientar a ésta, a superar los conflictos psicosocioemocionales que confronta en su proceso de transición hacia la adultez. Dado que durante la adolescencia y especialmente en el periodo de los 15 a 19 años, se desarrollan procesos para el ser humano como: La afirmación de la personalidad, alcance del potencial de bienestar y desarrollo social, desarrollo espiritual, concreción de proyectos de vida y el logro de su independencia.

Palabras Claves: Cuidado Humano – Adolescentes - Salud

INTRODUCCIÓN

La historia del cuidado humano es tan antigua como el hombre mismo y a los profesionales de la salud desde siempre se les han planteado problemas relacionados con la salud de la persona y su relación con el entorno, por lo que permanentemente se enfrentan a nuevos desafíos e incertidumbres, ante el descubrimiento de nuevas enfermedades, el desarrollo de tecnologías más avanzadas para el cuidado de las personas, la rápida evolución investigativa en el campo de la genética. Todo esto son tan sólo unos cuantos ejemplos de los retos que han tenido repercusión en todos los profesionales cuidadores de salud, quienes han de emitir juicios, tomar decisiones, asumir responsabilidades para proteger el bienestar de la persona cuidada, su familia y la comunidad. Tales decisiones fundamentadas en una dimensionalidad moral, pueden generar dilemas éticos, debido a conflictos de: valores, prioridades, compromisos para la realización de acciones profesionales relacionadas con lo que es *bueno o correcto* para individuos, personas, familias, las comunidades y por ende para la sociedad.

El personal que labora en el campo de las Ciencias de la Salud, responsable de proporcionar cuidado a las personas que lo solicitan, se les exige, éticamente que utilicen dos cualidades humanas esenciales: la capacidad de razonar y la capacidad de sentir empatía y comprensión hacia los demás y esto es válido para los profesionales

de la salud, que atienden a las/los adolescentes, considerando que la adolescencia como parte del proceso vital, se inicia muchas veces antes de los 10 años y va más allá de los 19 años, implicando cambios biológicos, sociales, culturales que la mayoría de las veces involucran situaciones de riesgo. Por tanto, en el cuidado que se les proporciona han de tenerse en cuenta, todos los factores que los pudieran afectar, bajo el enfoque de diferentes disciplinas pertenecientes al área de la salud.

El presente estudio está enmarcado en el enfoque cualitativo, fenomenológico y está adscrito a la línea de investigación **Promoción del Cuidado Humano en la Experiencia de la Salud y Calidad de Vida**, línea además perteneciente al Doctorado en Enfermería, Área de Concentración, Salud y Cuidado Humano y la perspectiva del mismo va dirigido a **Generar una construcción teórica de naturaleza ontológica, axiológica y epistemológica, acerca del cuidado a las personas adolescentes**, derivada de los significados que éstas le asignan a dichos cuidados, así como los de los profesionales de la salud que lo realizan.

La técnica que se utilizó fue la entrevista no estructurada. La información fue categorizada para la interpretación y comparación entre sí de las respuestas aportadas por los actores sociales, es decir, las / los adolescentes y el equipo de salud.

El presente estudio consta de los siguientes capítulos: Capítulo I Vivenciando el problema, el cual está conformado por la contextualización de la situación problemática, objetivos del estudio, delimitación del estudio y la justificación.

Capítulo II Referencial Metodológico, el cual está estructurado por la aproximación a la dimensión metodológica del estudio, selección de los informantes o actores sociales, criterios de selección de los informantes o actores sociales, técnica de recolección de la información. Capítulo III Referencial Teórico, el cual está conformado por la dimensión del cuidado humano, dimensión ética del cuidado en los/las adolescentes, dimensión teórica sobre la adolescencia, perspectiva histórica, concepciones sobre la adolescencia, naturaleza del desarrollo adolescente: proceso biológico, psicológico, y emocionales, teorías acerca del desarrollo adolescente, bases legales que sustentan la protección de los/las adolescentes y los antecedentes relacionados con el tema sujeto de estudio. Capítulo IV Descripción del Fenómeno, el cual contiene las narrativas testimoniales del grupo de adolescentes participantes del estudio. El Capítulo V, contiene las Perspectivas de los Profesionales de la Salud sobre el Cuidado Humano a la Persona Adolescente. El Capítulo VI, que está conformado por la Constitución de los Significados. El Capítulo VII, Constitución de los Significados. El Capítulo VIII, contiene la Interpretación del Fenómeno. El Capítulo IX, que está conformado por la Aproximación Teórica, y por último, se presentan las Referencias Bibliográficas y los Anexos.

CAPITULO I

VIVENCIANDO EL PROBLEMA

1.-CONTEXTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El origen del cuidado humano se remonta a tiempos prehistóricos en los que las creencias del hombre primitivo sobre la existencia de seres sobrenaturales, la observación de ciertos sucesos recurrentes de la naturaleza, la aparición de plantas y animales salvajes, lo obligó, a crear y utilizar mecanismos protectores para tratar de asegurar y mantener “la continuidad de su propia vida, del grupo y de la especie” (Pág. 6), tal como lo expresa Colliere, M. (1993). De esta manera, buscó medios para proteger sus funciones bióticas, tales como: recursos energéticos, protección ante las acciones inclementes del frío, del calor, viviendo en cuevas, lo que dio lugar a la realización de actividades cuidadoras rudimentarias dirigidas a sobrevivir, alimentarse, defender su territorio y a sus congéneres y salvaguardar los recursos naturales.

Por consiguiente, el nacimiento de la actividad cuidadora, nos remite a la protección y a las ideas mágico-religiosas presentes en el hombre ancestral, lejos de una intención propedéutica de sistematizar y organizar los fenómenos que la configuraban. Cuando hablamos del ser y su auto-aceptación, hacemos explícita las

diferentes creencias filosóficas existentes. En tal sentido, el grupo de cuidado de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Nacional de Colombia (1998) reconoce la influencia de diferentes corrientes del pensamiento, en cuanto a la filosofía del cuidado: El Existencialismo, el Humanismo, la Fenomenología.

En el existencialismo, se considera la esencia del hombre en la existencia de él mismo y su libertad, su soledad y el cuestionamiento sobre su ser y razón de ser, si realizamos la analogía en nuestros adolescentes, podemos evidenciar que ellos buscan su propia esencia, su libertad y viven constantemente realizando cuestionamientos sobre su ser y su razón de ser en esta sociedad, y esto ha sido así, a lo largo de la historia.

En el humanismo, el hombre busca constantemente su razón y su existencia, él es la principal razón de ser de su vida, paradójicamente, las / los adolescentes así lo hacen también a través del tiempo y se mantiene aún en la actualidad. En la fenomenología, el Ser Humano, se hace, pues, sus experiencias sensibles, las utiliza para construir su propia historia, además de su percepción de lo importante, de la intersubjetividad y la empatía para contemplar la existencia del otro.

Tales apreciaciones filosóficas me permiten reflexionar sobre el cuidado de las/los adolescentes, quienes en esta etapa de su vida presentan características especiales que requieren alternativas cuidadoras pertinentes, por parte de profesionales entre los que se incluyen los que laboran en el sector salud.

Al referirse a la adolescencia, la Organización Mundial de la Salud (OPS) (1997) reconoce que esta etapa identifica al grupo poblacional de 10 a 19 años. Sin embargo, se considera que ésta es una forma convencional de ubicar a dicho grupo, pues es una etapa compleja y de transición en el estatus biosicosocial de la persona, que varía de una persona a otra; de un núcleo familiar a otro; de una cultura a otra. Por ello, Dulanto, E. (2000) considera que “la adolescencia es una etapa crítica del desarrollo humano, dominada por la tarea de lograr la maduración psicosocial del individuo” (Pág. 247).

En cuanto al incremento poblacional juvenil mundial, la OPS (2003) refiere que: para el año 2003, era de 1200 millones, y en América Latina y el Caribe para el año 2000, de 155 millones. Según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas (2000), en la República Bolivariana de Venezuela, para el año 2000, la población de adolescentes de 10 a 14 años, estaba representada por el 11,08 %, y la de 15 a 19 años, por el 10,18 %. Por su parte, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2005), refiere que la población de adolescentes con edades comprendidas entre los 10 y 14 años, representa en cifras absolutas de 2.745.788, de 15 a 19 años 2.670.037, para un total de 5.415.825 de población juvenil. Las cifras estadísticas previamente expresadas, indican la existencia de una población joven, que amerita atención por parte de las organizaciones: educativas, económicas, sociales y asistenciales.

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2007) indica que para el año 2006 las estadísticas reportaron 27 millones de habitantes de los cuales 10,1 millones (37%) eran niños y adolescentes.

En el caso de las organizaciones asistenciales las profesiones representadas dentro del equipo de salud, tienen como finalidad ayudar a personas sanas y enfermas, ubicadas dentro de cualquiera de las etapas del ciclo vital, entre los que se agrupan las/los adolescentes, lo que amerita un trabajo organizado de los profesionales que conforman dicho equipo, pues como lo afirma Katzenbach y Smith (Mora, C; 2002; Pág. 6) el equipo “está conformado por un número de personas con habilidades complementarias que tienen un compromiso común, una serie de metas de desempeño y un enfoque, de todo lo cual son mutuamente responsables” .

Las apreciaciones sobre el trabajo en equipo, deberían ser consideradas por el grupo de profesionales que labora en el sector salud para proporcionar el cuidado a la población juvenil, bajo una dimensión de holicidad, en la que cada quien aporta acciones cuidadoras respetando el conocimiento profesional de sus alteregos y siempre bajo el marco referencial significativo aportado por la persona adolescente, acerca de los significados que le asigna a su salud y su cuidado; si están satisfechos o no con dichos cuidados, perdiendo una valiosa oportunidad de obtener retroalimentación del cuidado que brindan, que fortalezca la interacción entre los / las adolescentes y el equipo de salud.

En consecuencia, debemos realizar indagaciones en los jóvenes y en el grupo profesional tratando de encontrar el significado del cuidado, a la luz de las causas primarias, recordando que la filosofía contribuye al conocimiento profundo de la persona, relacionado con lo que se es y lo que pasa en su mundo, así como con lo que ella busca y debe hacer. Al intentar comprender la naturaleza integral de todo esto, pudiera conducirnos a la comprensión holística de los fenómenos que nutren y enriquecen la conciencia y la vida del adolescente.

Sin embargo, al formar parte del equipo de profesionales que trabajan en el cuidado de adolescentes, observé que no se indaga en ellos sobre el significado que les asignan a su cuidado y a su salud, por lo tanto, el equipo de salud trabaja solo en base a su conocimiento profesional, dejando a un lado la vivencia del adolescente con respecto al cuidado que recibe.

La epistemología no escapa a lo anteriormente planteado, la cual, según el grupo de cuidado de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia (1998) es el nicho fundamental de aspectos filosóficos, en la cual se han de manejar preguntas y cuestionamientos sobre la naturaleza, alcance y objeto del conocimiento humano y del cuidado en la práctica profesional del equipo de salud, por ello, el cuidado de las/los adolescentes, debe responder a los requerimientos de éstos, de acuerdo a la naturaleza y alcance de sus necesidades. En consecuencia, el conocimiento a manejar por el grupo profesional de la salud, ha de ser pertinente al cuidado requerido por las/los adolescentes.

Tales reflexiones acerca de cuál ha de ser el conocimiento ontológico del cuidado, es decir el conocimiento específico sobre cómo ser cuidador de las / los adolescentes, es lo que hace necesario y apremiante seguir en la búsqueda de esta esencia para poder identificar la naturaleza, amplitud y objeto del conocimiento sobre su cuidado, como medio para dirigir y orientar acciones cuidadoras acordes a la naturaleza del adolescente.

La riqueza del cuidado se evidencia cuando la conceptualización y la teoría fundamentan armoniosamente la práctica del mismo, bajo un enfoque unitario que exige tener en cuenta la integralidad de las dimensiones que estructuran la personalidad del adolescente, conocer que su mundo es tan amplio y complejo, por lo que para proporcionar un cuidado individualizado, se requiere entrar en su propio mundo para entender sus vivencias e inquietudes como una forma de fomentar su autonomía de ser humano, respetando siempre su condición humana, sin afectar la calidad del cuidado.

Por consiguiente, el cuidado tiene que considerar a la persona en este caso a la persona adolescente, como un ser humano que exige en igualdad de condiciones a otros, ser valorado, respetado, comprendido y ayudado. Para ello se necesita la presencia significativa del profesional de la salud, durante el cuidado que le proporciona.

En enfermería, se reconoce que el cuidado es el núcleo de su práctica profesional, por lo tanto, dimensiona a la persona en este caso, al adolescente, desde el punto de vista integral: espiritual, psicosocial y biológico, se valora como un ser holístico activo y trascendente, lo cual significa que son considerados sus: antecedentes genéticos, influencias psico-sociales y culturales, las cuales están insertas en su historia familiar, personal y corporal. Es constructor de su personalidad, de sus percepciones y experiencias sensibles en su influencia interactuante con el entorno del cual forma parte. Es trascendente, porque es portador de cultura y participa con sus diferencias en el ecosistema humano y ambiental.

Al respecto, Zambrano, A y Román, G (2003) reconocen que el cuidado en Enfermería:

Es una experiencia vivida y compartida entre un mínimo de dos subjetividades: La persona cuidada y la persona enfermera. Ambas subjetividades se reconocen como personas, a la vez que se origina una interacción, en la que se evidencian expresiones verbales y no verbales, facilitadoras del proceso de cuidar, creándose respuestas de cuidado que nutren, fortalecen dicha interacción (Pág. 127).

En cuanto al cuidado, en sentido universal, ha estado siempre vinculado a la existencia humana, de ahí la razón, por lo cual se considera que el cuidar se expresa predominantemente bajo dos modalidades intrínsecamente relacionadas a: como un modo de asegurar la perpetuidad de la existencia y como una expresión de interés y cariño.

La primera modalidad se hace evidente en todos los seres vivos y la segunda predomina entre los vivientes humanos, por su socialización, su inteligencia emocional, su capacidad simbolizante, la construcción y uso de lenguajes convencionales, de acuerdo a la cultura del grupo al que se pertenece, pues como lo afirma, Cely, G (1999) la cultura significa “la manera en que un grupo de personas vive, piensa, siente, se organiza, celebra y comparte su vida” (Pág. 302). Todo ello, directa o indirectamente incluye acciones dirigidas a cuidar de sí mismo, de sus congéneres y de sus bienes.

El enfoque anterior sobre el cuidado es divergente del modelo imperante en el ejercicio de la práctica de los profesionales de la salud, pues la mayoría de las veces sus actividades se orientan a tratar los desequilibrios que afectan los órganos y sistemas del cuerpo del adolescente, sin considerar las otras dimensiones (psicosocioculturales) que lo estructuran.

Las actividades de los profesionales de la salud, se realizan bajo un enfoque biologicista, mecanicista, medicalizado, pues la Medicina y Enfermería, al igual que otras ciencias, se ha apoyado en el paradigma Newtoniano-Cartesiano. La influencia de este enfoque ha dado origen al modelo biomédico, que según Martínez, M. (1997) constituye *la base conceptual de la medicina moderna* en la que:

El cuerpo humano es considerado como una máquina que puede analizarse desde el punto de vista de sus partes; la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos que se estudian desde el punto de

vista de la biología celular y molecular, la tarea del médico es intervenir física o químicamente para corregir las disfunciones de un mecanismo específico (Pág. 187-188).

De esta manera, según Engel (Martínez, M; 1997; Pág. 188) las profesiones relacionadas con la salud, entre las que se incluyen: Medicina y Enfermería, enfatizan en “el concepto del cuerpo como máquina, de la enfermedad como consecuencia de la avería de la máquina y de la tarea del médico como la reparación de esta máquina”.

Esta concepción engeliana lo he observado en mi ejercicio cotidiano como profesional de Enfermería, pues las/los adolescentes son atendidos fragmentadamente por los profesionales de la salud, siendo el médico, quien dicta las pautas a seguir y sin considerar el cuidado de ellos, bajo un enfoque integral. Además, observe que el cuidado que predomina, es el trabajo separado e individual de cada uno de los representantes de las diferentes profesiones vinculadas al sector salud, lo que significa una pérdida de esfuerzos humanos y resultados poco productivos, en el cuidado de personas, ubicadas en la etapa de la adolescencia. Los profesionales de la salud no debemos olvidar que esta etapa, constituye para ellos, un período de mayor vulnerabilidad, que lo puede llevar a comportamientos antagónicos y a conflictos, según lo expresado por Díaz, M (2006).

En tal sentido, se hace necesario profundizar en las diversas relaciones y cambios propios de la etapa de la adolescencia, para poder prestar cuidados de

calidad a los mismos, y puedan ser personas con mucha seguridad en el desempeño de sus roles.

A esto se adiciona, la premisa de que las / los adolescentes son considerados *tierra de nadie*, lo cual ha generado discusiones a nivel de los profesionales de la salud, en el sentido de que algunos argumentan, que los jóvenes han de ser atendidos por el médico pediatra, mientras que otros piensan que han de ser controlados por el médico internista, lo que ocasiona la inexistencia de una visión integral sobre el cuidado del adolescente, que deben poseer los profesionales de la salud.

Tomando en consideración lo antes planteado, que origina un conjunto de incertidumbres, me formulo las siguientes preguntas: ¿Cuál será la naturaleza del cuidado que se ha de dar a las / los adolescentes? y ¿Cuáles han de ser las responsabilidades del equipo de salud? ¿Cuáles son los significados que las personas adolescentes dan a los cambios que los caracterizan como tales? ¿Qué significado le dan las / los adolescentes al cuidado recibido de los profesionales de la salud? ¿Se sienten satisfechos los / las adolescentes con el tipo de cuidado recibido hasta ahora? ¿Cuáles son los enunciados que sustentan a los profesionales de la salud para proporcionar cuidado a las / los adolescentes? ¿Las acciones cuidadoras del equipo de salud están dirigidas a ofrecer un apoyo integral a las / los adolescentes? ¿Cuál es la concepción que el equipo de salud tiene sobre las / los adolescentes? ¿Cómo construir un aporte teórico de cuidado, desde la perspectiva de los propios adolescentes, así como desde la perspectiva de equipo de los profesionales de la salud?

2.-OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

2.1.-OBJETIVO GENERAL.

Generar una construcción teórica de naturaleza ontológica, axiológica y epistemológica acerca del cuidado a las personas adolescentes, derivada de los significados que éstas le asignan, así como los asignados por los profesionales de la salud que lo realizan.

2.2.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

2.2.1.- Describir el significado que las personas adolescentes le asignan al cuidado recibido de los profesionales de la salud.

2.2.2.- Buscar las múltiples perspectivas de los agentes externos sobre el cuidado humano a las personas adolescentes.

2.2.3.- Comparar el significado sobre el cuidado humano proporcionado por los profesionales de la salud y percibido por las personas adolescentes como receptoras del mismo.

2.2.4.- Interpretar el significado del cuidado humano proporcionado por los profesionales de la salud y percibido por las personas adolescentes como receptoras del mismo.

3.-DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO.

El presente estudio es de naturaleza cualitativa, se indagó y construyó los significados de una realidad social, tal como es el cuidado dirigido a los/las adolescentes. Es decir, como esta realidad es conocida interpretada y expresada por actores sociales, representadas por un grupo de adolescentes; y por profesionales del sector salud que estructuran la primera cohorte del programa de Especialización en Salud del Adolescente, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Carabobo, de donde egresarán enfermeras, médicos pediatras, gineco-obstetras, psiquiatras, educadores y trabajadores sociales. El estudio se realizó en el lapso comprendido entre Enero del 2006 a octubre del 2009, en el Hospital Central “Dr. Antonio María Pineda” de Barquisimeto-Estado Lara.

4.-JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

A lo largo de la historia los/las adolescentes han experimentados circunstancias socio históricas importantes y se observa como la sociedad los ha visto en distintos momentos históricos y hay que reconocer que durante la mayor parte del siglo XX, ellos han sido descritos como personas anormales más que como normales y sanas, según Diaz, M. (2006). Estas descripciones han inducido en la sociedad actual, generalizaciones ampliamente extendidas sobre los adolescentes, basadas en información fragmentada sobre grupos limitados de los mismos. Pero, los cambios de

siglo tienen la propiedad de estimular reflexiones sobre cómo han sido las cosas y sobre cómo podrían o deberían ser.

Un aspecto importante en la sociedad actual, es el contexto donde se desarrollan los/las adolescentes y se debe poner énfasis en mejorar estos contextos, especialmente el social. Es por ello que se espera que con esta investigación se puedan lograr a través del constructo, generado a la luz de los resultados, importantes aportes que puedan ayudar a nuestros adolescentes a mejorar su entorno social.

Los/las adolescentes son un grupo heterogéneo y aunque un gran porcentaje de ellos realizan eficazmente la transición de la infancia a la etapa adulta, otro porcentaje bastante importante no lo consigue y no tiene el apoyo y las oportunidades adecuadas, llevando actualmente a una situación de injusticia generacional, en la que desproporcionalmente el apoyo institucional y gubernamental, va dirigido a las personas mayores, generando esto, desigualdades en la forma de cuidado por el equipo de salud. Se espera también, que los ayude a tomar sus propias decisiones, considerando todas las opciones, riesgos, necesidades individuales y situación personal.

En tal sentido, se espera que una vez obtenido los resultados del presente estudio, puedan contribuir para que el equipo de salud, enfoque y sea precursor, de una nueva transición basada en el cuidado humano, que ayude a los/las adolescentes a

una salida de la etapa de la adolescencia y la entrada en la etapa adulta de forma consona y pertinente.

Para el equipo multidisciplinario de salud, descubrir el significado del cuidado, ha de ser, el primer y principal compromiso de tales profesionales para con las personas que así lo requieran, pues, el cuidado debe representar el corazón y el alma de su práctica profesional.

Se reconoce que la actividad cuidadora ha estado supeditada a las mujeres, sin embargo, actualmente este paradigma está cambiando y se orienta hacia un cuidado integralista, relacional y dialógico con participación activa entre la persona receptora del cuidado y el dador del mismo.

Por ello, el presente estudio, busca generar un aporte teórico de cuidado para las / los adolescentes, orientado a proporcionar y garantizar actividades cuidadoras a un grupo poblacional muy vulnerable, como lo son los adolescentes, quienes por sus características biopsicosociales y culturales, propias de esta etapa, están construyendo su personalidad e integridad como seres humanos, así como su propio marco axiológico; por lo que requieren orientación y ayuda pertinente de parte de otros profesionales de la salud, quienes bajo una visión interdisciplinar e integral de cuidado, coparticipen activamente desde el contexto de su propia práctica profesional.

También se espera, que los aportes teóricos del estudio contribuyan, con las instituciones de salud, en la búsqueda de soluciones para ayudar a satisfacer las

necesidades de los/las adolescentes, relacionadas con su estado de salud y dentro del respeto a su dignidad humana.

CAPITULO II

APROXIMACIÓN A UNA DIMENSIÓN

METODOLÓGICA DEL ESTUDIO

El paradigma cualitativo, también es llamado interpretativo, sujeto céntrico, analítico, fenomenológico, comprensivo o simplemente no cuantitativo, a partir de los elementos epistemológicos que lo definen. Al respecto, Rusque, A. (1999) refiere que “todo lo que se profundiza es lo que resulta ser el punto central del mismo, que es entender cómo funciona la asignación de significados a la acción social por parte del sujeto, que el investigador busca objetizar” (Pág. 19).

De Souza, M (1997) al referirse al paradigma cualitativo menciona que la investigación cualitativa es “aquella capaz de incorporar el significado y la intencionalidad como inherentes a los actos, a las relaciones y a las estructuras sociales, siendo estas últimas tomadas tanto en su origen como en su transformación como construcciones humanas significativas” (Pág. 8).

El mismo autor agrega además, que en sus diferentes manifestaciones como la fenomenología, la etnometodología y el interaccionismo simbólico, y otras el significado es el concepto central para el análisis sociológico. Asimismo refiere, que la sociología comprensiva se preocupa por explicar la interacción de las relaciones

sociales, considerada esencia y resultado de la actividad humana creadora, afectiva y racional, que puede ser aprendida a través de lo cotidiano, de la vivencia y de la explicación.

Denzin y Lincoln mencionados por Rodríguez, G. y Cols (1996) destacan que la investigación cualitativa:

Es multimetódica en el enfoque, implica un enfoque interpretativo, naturalista hacia su objeto de estudio. Esto significa que los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural tal y como sucede, intentando interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas... Este tipo de investigación implica utilizar y recoger una gran variedad de entrevistas, experiencia personal, historia de vida, observaciones, imágenes, sonidos que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas (Pág. 32).

Así mismo, Rusque, A. (1999), refiere que “es conveniente tener en cuenta, que en la metodología cualitativa, en el análisis de datos, se obvian directrices fijas y concretas, lo que favorece utilizar diversos enfoques, perspectivas y orientaciones” (Pág. 155).

El presente estudio es una investigación de tipo cualitativo bajo un enfoque fenomenológico y tuvo como finalidad: Generar una construcción teórica de naturaleza ontológica, axiológica y epistemológica acerca del cuidado a la persona adolescente, derivadas de los significados que éstas le asignan, así como los de los

profesionales de la salud que lo realizan, para ello, se realizaron a los actores sociales entrevistas en profundidad, las cuales fueron flexibles, dinámicas, y abiertas, quienes libremente desde su subjetividad y perspectiva aportarán, la información necesaria que favoreció la comprensión e interpretación de los significados de los/las adolescentes sobre el cuidado, así como, los significados de los profesionales de salud que lo realizan.

Según, Spiegelberg y Merleau Ponty, (Sánchez, B.; 2000; Págs. 24-25) el abordaje fenomenológico sirve para entender a “los seres humanos a partir de la inmersión en su campo de percepción, para ver la vida tal como ellos la ven”. reconoce que la fenomenología es a la vez una “filosofía y un método” y ambos conceptos pueden orientar esta investigación de enfermería, para responder las interrogantes acerca de los fenómenos experimentados por las / los adolescentes al recibir el cuidado profesional. Considerado éste como una experiencia vital que forma parte de su cotidianidad.

Es decir la investigación fenomenológica busca esclarecer dudas relacionadas con los fenómenos presentes en la conciencia de la persona y que son parte de su experiencia humana. Su meta es describir dicha experiencia, tal como ella es vivida por los actores sociales, pues como lo establece Merleau Ponty (Sánchez, B.; 2000; Pág. 25) “es a través de ésta experiencia del cuerpo como se tiene la conciencia de ser en el mundo”.

En este sentido, se intentará comprender e interpretar que significa el cuidar para las / los adolescentes, a partir de la experiencia como actores sociales del presente estudio y la visión de ellos en cuanto a su percepción sobre el cuidado, así como la visión del equipo de salud bajo la óptica del cuidado proporcionado a aquellos, en su experiencia profesional.

Cabe señalar aquí, que la comprensión y la interpretación son algunos de los conceptos distintivos del abordaje fenomenológico. En la comprensión se trata de indagar lo psíquico de la persona a través de lo que ella manifiesta de sus vivencias y experiencias, que en este caso específico, es la visión de cuidado de los adolescentes y del equipo de salud. Estas afirmaciones, se refuerzan con lo expresado por Dilthey (Ferrater, J.; 2001; Págs. 602-603) quien considera a la comprensión como “el acto por el cual se aprende lo psíquico a través de sus múltiples exteriorizaciones”. El mismo autor, (Muñoz, J. y Velarde, J.; 2000; Pág. 128) expresa que la comprensión consiste en “reconstruir una totalidad en cuyo seno se determina el significado de cada una de las partes”.

Al respecto, Martínez, M. (1999), define a la comprensión como “la captación de las relaciones internas y profundas, mediante la penetración en su intimidad para ser entendida desde adentro, en su novedad respetando la originalidad y la indivisibilidad de los fenómenos” (Pág. 190).

En cuanto a la interpretación como parte del proceso hermenéutico, “no es un acto complementario ni posterior a la comprensión, sino que comprender es siempre interpretación y ésta es la forma explícita de la comprensión”. Por consiguiente, “la interpretación es una tarea de la comprensión vinculada intrínsecamente al simbolismo y dirigida a descifrar el sentido que la persona le da a sus vivencias” (Zambrano, A y Román, G; 2003; Págs. 30-31). La interpretación, según Rusque, A. (1999) se fundamenta en: “evaluaciones, comprobaciones, y observaciones guiadas por la lógica”. Así mismo, agrega que “la comprensión y la interpretación deben ser sometidas a la lógica y no solamente a una vivencia espontánea del investigador” (Pág. 29).

En cuanto a la interpretación, Maceiras, M. y Treballe, J. (1990) reconocen que es el acto que consiste en “descifrar o traducir un texto, en el que hay una mediación entre dos mundos del espíritu” (Pág. 40), es decir, el autor (actor social que participará como sujeto del estudio) y el lector (enfermera investigadora). Los autores señalados en este párrafo, expresan que Dilthey identifica a la interpretación como “la comprensión realizada conforme a las reglas del arte, de las manifestaciones de la vida fijadas por escrito” (Pág. 44).

Al respecto, Rusque, A. (1999), refiere que “el nivel interpretativo se hace en base a la descripción particular dada por el sujeto, cuya finalidad es guiar la lectura permitiendo la ubicación en el modelo o concepto que se pretende interpretar” (Pág. 174), según Latorre y González (Rusque, A.; 1999; Pág. 155), es “la etapa de la

búsqueda sistemática y reflexiva de la información obtenida y constituye uno de los momentos más importantes de la investigación”.

1.-SELECCIÓN DE LOS INFORMANTES O ACTORES SOCIALES.

En el presente estudio se entrevistó a las personas adolescentes como informantes principales, para obtener la información necesaria relacionada con su visión del cuidado hasta saturar la información, a fin de contrastar diferentes apreciaciones o puntos de vistas relacionados con este fenómeno, así como también, se entrevistó al equipo de salud, egresado de la primera cohorte del Programa de Especialización Salud y Desarrollo del Adolescente, como informantes secundarios, a fin de utilizar el conocimiento obtenido en el curso del programa de postgrado, obteniendo aportes para la construcción teórica de naturaleza ontológica, axiológica y epistemológica del cuidado a las personas adolescentes.

Estos informantes claves se seleccionaron del Hospital Central “Dr. Antonio María Pineda” de Barquisimeto-Estado Lara, Venezuela.

2.-CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS INFORMANTES O ACTORES SOCIALES.

La selección de los actores sociales o informantes que facilitaron la información necesaria para este estudio, fueron: personas adolescentes con edades comprendidas entre 14 a 17 años, dispuestas a participar voluntariamente, previa obtención de su

consentimiento informado y que disponían de tiempo suficiente para la realización de las entrevistas.

Los informantes fueron jóvenes de sexo masculino y femenino que asistieron a la consulta de adolescentes del Hospital Central “Dr. Antonio María Pineda” de Barquisimeto, Estado Lara, sus edades fluctuaban entre los 14 y 17 años. El número de entrevistas realizadas fueron cinco (05), los contactos preliminares se realizaron con las autoridades de este centro, con el propósito de explicar el objetivo del trabajo, la metodología y lograr la autorización del jefe de la consulta respectiva.

El rigor ético se realizó previo a la ejecución de la entrevista propiamente, de común acuerdo con los profesionales del establecimiento, se programaron y ejecutaron las entrevistas en profundidad al grupo de adolescentes; el propósito era lograr establecer una relación de mayor confianza con ellos, para por una parte, favorecer que ellos comprendieran el proceso y así obtener su colaboración y lograr su participación con pleno conocimiento de los propósitos del estudio. Se elaboró previo a la entrevista un formulario de consentimiento informado que contenía información que los jóvenes y sus familiares encontraron suficiente, comprensible y contemplaba los siguientes aspectos: Objetivo y metodología del estudio; Libertad para incorporarse y abandonar el relato en el momento de la entrevista; asegurar la confidencialidad de información y el anonimato de su identidad, y solicitar su autorización para grabar la entrevista (Ver Anexo “A”). Se hizo especial énfasis en los aspectos de confidencialidad de la información, intimidad y anonimato, dada su

dependencia administrativa y por ser una población vulnerada. Las entrevistas se realizaron en un espacio que permitía lograr un ambiente grato, privado y tranquilo. Al finalizar se agradeció a los entrevistados su participación y se les dio a conocer nuevamente la importancia de su testimonio para el logro del objetivo de la investigación. El desarrollo de las entrevistas y a medida que se avanzó fueron creando lazos de amistad y confianza, lo que facilitó enormemente el desarrollo de las entrevistas.

Escuchar los testimonios de los jóvenes me produjo gran impacto y aunque tenía experiencias previas con el fenómeno en el ámbito asistencial, desarrollar las entrevistas y lo que el análisis conlleva, produjo una aproximación de mayor profundidad con el fenómeno de estudio. Desde el inicio de las entrevistas, los adolescentes se expresaron confiadamente, como queriendo o necesitando ser escuchados, con una mirada esperanzadora en lograr una vida mejor. Fue conmovedor escucharlos y reconocer que lo vivido en muchos casos, era un motivo para surgir, ser diferente, apoyarlos y proyectarse en sus cuidadores.

También se seleccionó cuatro (04) miembros del equipo de salud, egresados de la primera cohorte del programa de Especialización Salud y Desarrollo del adolescente, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.

Para ello se realizaron los siguientes pasos:

- El respeto a los derechos fundamentales de los informantes, la autodeterminación, la intimidad, anonimato y confidencialidad, consideración de riesgos y beneficios, riesgos aparentes, trato justo y equitativo.
- Se solicitó por escrito el consentimiento informado de las personas adolescentes seleccionadas y miembros del equipo de salud egresados de la primera cohorte del programa de Especialización Salud y Desarrollo del Adolescente, de la Facultad de Ciencias de la salud, Universidad de Carabobo.
- Se explicó claramente a los entrevistados seleccionados y a sus padres y representantes, que la información que ellos suministren será confidencial.
- Se le informó a los padres y representantes, docentes, el objetivo del estudio.
- Se solicitó la autorización de las autoridades competentes, antes de proceder a recolectar la información en las instituciones seleccionadas.

3.-MÉTODO.

El método que se utilizó en el presente estudio, fue el fenomenológico de acuerdo al modelo especificado por Spiegelberg, H. y que consta de seis fases (Streubert, H. y Rinaldi, D., 1995, Pág. 36): “Descripción del fenómeno. Fenomenología de las esencias. Fenomenología de las apariencias. Constitución fenomenológica. Fenomenología reductiva. Fenomenología hermenéutica”.

A continuación se hace una breve explicación de las fases. Dichas explicaciones se fundamentan en los conceptos del propio Spiegelberg, H, (Streubert, H y Rinaldi, D, 1995), Heidegger, M (1991), Ferrater, J (2001), Husserl, E (Martínez, E.L y Martínez, E.H; 1998), Dorsch, F. (1976).

3.1.-DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO.

Spiegelberg, H. (Streubert, H. y Rinaldi, D.; 1995; Pág. 36) reconoce que esta fase consiste en la *exploración y descripción del fenómeno* bajo estudio. La misma “estimula nuestra percepción e intuición” acerca de las vivencias experimentadas por los informantes, con énfasis en la “riqueza, profundidad y amplitud de su experiencia”.

La fase exige al investigador utilizar los principios éticos pertinentes para adentrarse en la conciencia de los actores sociales del estudio, con el fin de conocer en forma directa y cercana sus respuestas significativas, en cuanto a la interrogante primigenia **¿Qué significado le dan las / los adolescentes al cuidado recibido de los profesionales de la salud?** Esta duda se asemeja a la posición Heideggeriana, el cual refiere que:

La condición humana a través de *¿Qué es el ser? ¿Qué es lo que es? Todo aquello que se pregunta en la pregunta, que se trata de desarrollar: es el ser o modo del ser ahí, pues la esencia del ser ahí esta en su existencia o las características que puedan manifestarse son modos de ser, posibles para él, en cada caso* (Págs. 14-15, 54).

Por consiguiente, las interrogantes a utilizadas estaban dirigidas a indagar sobre la pregunta, citada previamente, a través de los datos que en forma libre y espontánea aporten los informantes.

Con ello, el investigador comienza a entender el fenómeno, tal como es descrito por los informantes. Graba, transcribe y colecciona las descripciones personales e individuales e intenta identificar y describir el fenómeno con la inclusión y agrupación de elementos del fenómeno. Supone un marco de referencia de nombres clases.

Spiegelberg, H. (Streubert, H. y Rinaldi, D.; 1995; Pág. 36): establece que “el primer objetivo es la investigación directa y descripción del fenómeno concientemente experimentado; sin teorizar, sin explicaciones causales, y tan libre como sea posible, de preconcepciones y presupuestos”.

3.2.-FENOMENOLOGÍA DE LAS ESENCIAS.

Consiste en comprobar en los datos aportados por los informantes, los temas, y establecer patrones de relación con el fenómeno para identificar las relaciones fundamentales entre las esencias. Esto exige un cuidadoso estudio de ejemplos dados por los informantes. De esta forma, comienza a obtenerse *insights* de las estructuras y relaciones con el fenómeno. Comprobar las esencias proporciona un sentido de lo que es sustantivo en la descripción del fenómeno.

Las esencias según Natanson (Streubert, H. y Rinaldi, D.; 1995; Pág. 32): “son unidades de significado comprendidas por diferentes personas en los mismos actos, o por las mismas personas en diferentes actos”. Se refieren al significado verdadero de algo. Son conceptos o unidades básicas que proporcionan una comprensión común del fenómeno bajo estudio.

Sin concretar el concepto de las *esencias*, Heidegger, M. (1991) expone que “solo el Dasein es el modo de ser que es característicamente humano, por lo tanto *el fenómeno es lo que se muestra en sí mismo*, y corresponde a la *totalidad de lo que está o puede ponerse a la luz*” (Pág. 39). En la fenomenología de Husserl (maestro de Heidegger) “las esencias son unidades ideales de significación que se dan a la conciencia intencional, cuando esta describe pulcramente lo dado. Son intemporales y aprióricas, universales y concretas” (Martínez, H. y Martínez, L.; 1998; Pág. 173).

3.3.-FENOMENOLOGÍA DE LAS APARIENCIAS.

Exige dar atención a las formas en que el fenómeno aparece. Focaliza la atención en el fenómeno, no solo en el sentido de lo que aparece, sean esencias particulares o generales, sino también del modo como aparecen. Heidegger, M (1991) indica que cabe la posibilidad de que un ente o fenómeno se muestre como *lo que no es en sí mismo*. La apariencia en cuanto *apariencia de algo*, quiere decir “anunciarse algo que no se muestra, por medio de algo que se muestra” (Pág. 38). Heidegger establece una diferencia entre fenómenos (mostrarse en sí mismo) y “la apariencia

que señala una relación de referencia dentro del ente mismo” (Pág. 40), con ello quiere concretar que “los fenómenos o entes no son nunca, apariencias, pero en cambio toda apariencia necesita de fenómenos” (Pág. 41).

Ferrater, J. (2001) señala que “la apariencia significa el aspecto que ofrece una cosa cuando se deja ver, se manifiesta, se presenta generalmente a la vista” (Pág. 189). Este significado puede interpretarse de tres modos:

- a.-La apariencia de una cosa es lo mismo que su realidad; la cosa es como aparece, esto es, se deja ver en su aparecer.
- b.-La apariencia es algún aspecto (de la realidad) de una cosa.
- c.-La apariencia de una cosa es distinta de su realidad y hasta puede ocultar esa realidad (Pág. 189).

3.4.-CONSTITUCIÓN FENOMENOLÓGICA.

Según Spiegelberg, H. (Streubert, H. y Rinaldi, D.; 1995; Pág. 40) la citada constitución es estudiar “el fenómeno, tal como está constituido en nuestra conciencia“. La constitución fenomenológica significa “el proceso, en el cual el fenómeno toma forma en nuestra conciencia hasta llegar a obtener una imagen de su estructura“. La constitución fenomenológica puede ayudarnos a desarrollar “el sentido de nuestra relación con el mundo”.

La posición Spiegelbergiana sobre la constitución fenomenológica proyecta dos ideas sustantivas: a) El fenómeno toma forma en nuestra conciencia, por lo tanto en ésta existen *percepciones, significados, acuerdos, pensamientos, sentimientos*,

deseos, voliciones. Dorsch, F. (1976) que “hacen referencia a un yo interior. Ayuda al desarrollo de nuestra relación con el mundo” (Pág. 518). En este sentido, Heidegger, M. (Cruz, M.; 2002) expone que “el ser humano siempre está inmerso en el mundo de otras personas y de las cosas” (Pág. 186). Al referirse a las cosas, Heidegger, M. las reconoce como objetos *por los que tengo interés*; es decir, *cosas de usos específico*. El ser de las cosas significa *pertenecer a esa totalidad instrumental, que es el mundo*.

En cuanto a ese *ser-en-el-mundo*, que constituye al hombre, Heidegger, M. involucra *mí-ser-con-otros*, quienes también están en el mundo; en el mismo sentido. Mi *ser-con-otros* niega la idea de una “coexistencia exterior, de un compartir accidentalmente un escenario” sino algo fundamental “pertenece a la naturaleza de la existencia humana, el hecho de ser una existencia compartida” (Cruz, M.; 2002; Pág. 187). Heidegger, M. (Buber, 1990, Pág. 90) establece que “el ser humano jamás puede hacerse enteramente ser humano, sólo, mediante su relación consigo mismo, sino gracias a su relación con otro mismo”, que es su alterego. Es decir, el ser humano crea sus propios significados en su interacción con los otros.

3.5.-REDUCCIÓN FENOMENOLÓGICA.

El desarrollo de la fase, exige al investigador prescindir de: conocimientos, prejuicios, teorías, respuesta: tentativas; con el fin de captar el verdadero significado

de la realidad vivenciada por el informante. Esta fase es crítica para *la preservación de la objetividad*.

Según Streubert, H. y Rinaldi, D. (1995) el proceso reductivo es también “la base para posponer, cualquier revisión de la literatura hasta que la información haya sido analizada” (Pág. 40). Es posible que el investigador conozca o tenga opiniones acerca del fenómeno bajo estudio, pero debe mantenerlo separado de la descripción de los participantes. Es el uso de la *epoche* y que se refiere a *la suspensión de toda creencia o explicación existente sobre el fenómeno*. Husserl, E. (Martínez, H. y Martínez, L.; 1998; Pág. 167) en su filosofía fenomenológica, lo considera como un “poner entre paréntesis aquellas cuestiones de la existencia y justificación causal de las cosas, que se refleja en un cambio radical frente a la tesis natural”, y que en este caso son los datos significativos aportados por los actores sociales. La suspensión de toda explicación permite avanzar hacia el objetivo propuesto que es la comprensión de las vivencias en toda su pureza.

3.6.-FENOMENOLOGÍA HERMENÉUTICA.

Es interpretar el sentido de los significados. La descripción y la interpretación ayudan a alcanzar la comprensión a través del fenómeno a estudiarse. En la fenomenología hermenéutica, según Spiegelberg, H. (Streubert, H y Rinaldi, D; 1995; Pág. 41) su campo de aplicación es en aquellas situaciones, en las cuales nosotros “encontramos significados que no son comprendidos inmediatamente, pero que

requieren esfuerzo interpretativo”. Con ello trata de concretar aún más, que esta fase busca en todo momento sólo aquello que es plenamente vivido por la persona.

4.-TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

La técnica que se utilizó fue la entrevista en profundidad o enfocada, a través de encuentros previamente establecidos con los informantes. Aquí se tuvo un diálogo intersubjetivo, cara a cara, buscando en las expresiones verbales y no verbales de los entrevistados, su visión de cuidado. Esta técnica, según Leal, J. (2005) es llamada también “entrevista abierta, es la más usada en la investigación cualitativa, la misma busca encontrar lo más importante y significativo para los informantes sobre los acontecimientos y dimensiones subjetivas” (Pág. 116). Para Rodríguez, G. y Otros (1996) la entrevista en profundidad:

Es uno de los medios para acceder al conocimiento, las creencias, los rituales, la vida de la sociedad o cultura, con el fin de obtener datos desde el propio lenguaje de los sujetos. La entrevista en profundidad permite acercarse a las ideas, creencias, significados que las personas le atribuyen a los objetos o a las experiencias que han vivido (Pág. 168).

Una vez realizadas las entrevistas, se procedió a realizar el proceso de categorización de la información, ésta es definida por Leal, J. (2005) como “la recolección y revisión de la información a través de diferentes entrevistas con el grupo de estudio, de manera que las categorías van emergiendo y repitiéndose hasta su punto de saturación” (Pág. 111).

En tal sentido, Martínez, M. (1998) señala que es necesario realizar *una inmersión mental en el material primario recogido*, que permita una visión de conjunto y asegure un proceso de categorización. El autor refiere que:

Categorizar o clasificar las partes, en relación con el todo, consiste en aparición de símbolos verbales (categorías) en nuestra conciencia, los cuales cristalizan o condensan el contenido de la vivencia, lo cual va a permitir describir categorías o clases significativas, de ir constantemente diseñando y rediseñando, integrando y reintegrando el todo y las partes, a medida que se revisa el material y va emergiendo el significado de cada sector, evento, hecho o dato (Págs. 69-70).

En la investigación cualitativa es importante profundizar lo relacionado a la integración entre las categorías surgidas, proceso que es definido por Martínez, M. (2008) como el “proceso de integración de categorías menores o más específicas en categorías generales” (Pág. 153). El mismo autor agrega que “el proceso de estructuración es un ejercicio continuo que tiende a validar una comprensión realista y auténtica del tópico estudiado” (Pág. 177).

Según Dilthey (Martínez, M.; 1998), podríamos establecer tres condiciones para comprender mejor el significado que tienen las expresiones de la vida de otras personas:

a.-Es necesario familiarizarse con los procesos mentales mediante los cuales se vive y se expresa el significado; esto constituye la vida cotidiana de todo ser humano. b.-Se necesita un conocimiento particular del contexto concreto en

que tiene lugar una expresión, una acción humana en el contexto de su situación, entre otros. c.-Es necesario conocer también los sistemas sociales y culturales que proveen el significado de la mayoría de las expresiones de la vida (Pág. 71).

En la presente investigación se realizaron cinco (05) entrevistas, se grabaron sus respuestas y registraron, mediante notas, aspectos relevantes que orientaron hacia la constitución de los significados que los participantes del estudio tienen con respecto al fenómeno, hasta que se saturó cada una de estas informaciones; una vez finalizado este paso, se procedió a realizar el proceso de triangulación.

El proceso de triangulación según Rodríguez, G. y Otros (1996) refieren que: el proceso de triangulación permite integrar y contrastar toda la información disponible para construir una visión global, exhaustiva y detallada de cada experiencia particular. Este mismo autor señala que se han empleado tres tipos de triangulación en virtud del objeto de estudio:

La triangulación metodológica, en donde se conjugan datos de naturaleza cualitativa y cuantitativa, dando lugar a los llamados diseños mixtos de evaluación; la triangulación temporal o de momentos, que implica hacer uso combinado de métodos longitudinales y transversales y la triangulación de informantes y sujetos, que implica conocer y contrastar los múltiples puntos de vista en una misma circunstancia, constituyendo una práctica esencial, si se pretende buscar entendimiento profundo de la realidad que permita la interpretación de los significados (Pág. 310-311).

Así mismo, Leal, J. (2005) especifica que “la triangulación consiste en determinar ciertas intersecciones o coincidencias a partir de diferentes apreciaciones y fuentes informativas o varios puntos de vista de varios fenómenos” (Pág. 116). Para este estudio, una vez que se conoció de la realidad de los informantes a través de las entrevistas, se realizó la contrastación de la misma, para la interpretación de los significados.

CAPITULO III

APROXIMACIÓN AL REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo contiene algunas consideraciones: ontológicas, epistemológicas y axiológicas, en las que subyace, el principio de la unicidad que orientó a la autora del estudio: **El Cuidado Humano en las Instituciones de Salud: El Significado que le Asigna el Adolescente como Receptor**, para intentar adentrarse en la subjetividad de los/las adolescentes y profesionales de la salud, en la búsqueda interpretativa de los significados que le asignan al cuidado.

1.-DIMENSIÓN DEL CUIDADO HUMANO.

El cuidado como hecho cultural ha estado adosado siempre a la vida de la humanidad y su origen se remonta a los tiempos en que existía la creencia en seres sobrenaturales, y superiores. En la antigüedad, el cuidado estaba sujeto a coordenadas de servilismo, dentro del campo de lo doméstico y era considerado como un saber práctico exclusivamente de las sociedades primitivas; y de las viejas civilizaciones y enfocado a cubrir las necesidades básicas del hombre.

La aparición del cristianismo, máximo exponente de la perspectiva filosófica-religiosa del Occidente, consideraba y considera el amor y el socorro a los pobres, como virtudes cristianas; por lo que institucionaliza el cuidado a través de la caridad,

la humildad y el concepto de salvación del alma mediante buenas obras. Igualmente, en la antigua Grecia, el cuidado se refleja en la búsqueda de los estados de salud y felicidad, bajo el ideal griego del equilibrio de la salud de: mente, cuerpo y alma.

Al respecto, se señala la influencia de los terapeutas de Alejandría citados por Fílon (Leloup, 2001, Pág. 8), quienes postulaban una antropología unitaria para identificar al “ser humano como una totalidad (cuerpo, alma y espíritu)”. Bajo esta visión antropológica holística, Fílon da a conocer la condición humana en cuatro dimensiones:

Soma (basar): La dimensión corporal; *alma* (nephesh): dimensión psíquica; *nous*: La conciencia sin objeto, la dimensión noética de la psiquis en paz y, finalmente el *soplo* (rouah, pneuma): o dimensión espiritual. La salud plena para los terapeutas se refiere al cuerpo, al alma y al nous cuando son habitados por el Espíritu; es la transparencia de lo esencial, en lo existencial (sic) (Págs. 8-9).

En tal sentido, Merleau-Ponty (1987) indica que la conciencia perceptiva es una noción concreta, fisiológica, basada en lo real del cuerpo humano. El autor converge con las ideas de Sartre al reconocer que el cuerpo humano es junto a lo externo real, la base de la conciencia, y por esto se da un compromiso existencial entre el sujeto y sus circunstancias, pues llega a reconocer que el cuerpo propio es más que una cosa, más que un objeto a ser estudiado por la ciencia, también es una condición permanente de la existencia. El cuerpo es constituyente tanto de la apertura perceptiva

al mundo como de la *creación* de ese mundo. Existe por lo tanto una inherencia de la conciencia y del cuerpo, que el análisis de la percepción debe tener en cuenta.

Según los terapeutas de Alejandría:

La tarea primordial era cuidar (pues la naturaleza es quien cura) del ser, del soplo que vive en nosotros y nos inspira: También exige cuidar del cuerpo, por ser templo del espíritu; cuidar el deseo orientándolo hacia lo sustantivo; cuidar los arquetipos que estructuran nuestra conciencia; cuidar del otro y estar al servicio de los grupos comunitarios (Pág. 8).

Esta visión unitaria del cuidado busca reconocer en la persona solicitante del mismo, una estructura de afirmación del ser o estructura única, pues la persona, según Morin, E (1992) es sujeto pensante y sujeto en la cultura (no es sólo materia) posee cuatro dimensiones: Lógica, (referencia a sí); ontológica (ego autocentrismo, de donde se deriva la ego-autotranscendencia); ética (distribución de valores) y etológica (ego-autofinalidad).

Las aseveraciones de Morín, permiten considerar que toda indagación filosófica sobre el ser humano, nos exige adentrarnos en el análisis profundo del ser, de su existencia humana. Al respecto, Heidegger, M (1991) utiliza la palabra *ser ahí* o *Dasein* para referirse al modo de existencia humana. El ser ahí puede realizar tareas de formas diversas, pero todas se caracterizan por estar el Dasein comprometido, inquieto y angustiado. Su preocupación exige cuidado y establece significaciones en su relación con los otros que forman su mundo. El cuidado para Heidegger, M. “es

una constitución ontológica a todo lo que el ser humano emprende, proyecta y hace” (Zambrano, A. y Román, G.; 2003; Pág. 104).

Waldow, V. (1998) expresa que el cuidado envuelve una relación recíproca e influyente, basada en valores y en el conocimiento del ser que cuida y con el ser que es cuidado y a su vez la persona cuidada se transforma en cuidador, en la medida que participa autocuidándose, al hacerse responsable en forma parcial y/o total de su cuidado, Waldow estima que el cuidado humano es “una postura ética y estética frente al mundo. Es un compromiso con y estar en el mundo y contribuir con el bienestar general, en la preservación de la naturaleza, de la dignidad humana y de nuestra espiritualidad” (Pág. 129).

En tal sentido, Leininger citada por Marriner, A. (1999) formula que comprender el cuidado implica que se puede aprender de las personas: sus formas de vida, contextos, sentimientos, preocupaciones, creencias, prácticas, valores, expectativas en sucesos tan diversos como maternidad, paternidad, nacimiento, adolescencia, adultez, vejez, enfermedad y muerte, con el fin primordial de ofrecer un cuidado coherente con la cultura.

Los enfoques sobre la evolución del cuidado, nos proyectan una referencia histórica generalizada del mismo y su relación con la vida, la salud y la propia existencia humana. Tales ideas, de una u otra forma nos orientan a reconocer la importancia de acciones cuidadoras para la humanidad. Esto puede ayudar a los

profesionales de la salud en el abordaje transdisciplinar y holístico para el cuidado de las personas y que en el presente estudio, se refiere al cuidado de personas adolescentes.

2.-DIMENSIÓN ÉTICA DEL CUIDADO EN LOS/LAS ADOLESCENTES.

Los profesionales que se desempeñan a nivel de las instituciones vinculadas con la salud, tienen como finalidad: ayudar al ser humano a mantener su bienestar. Esta visión teleológica, se traduce en cuidar a las personas sanas y enfermas; en cualquier escenario y cualquier etapa del ciclo vital.

El desarrollo de los/las adolescentes se da en interacción con los entes sociales del entorno, en éste ha influido “la globalización, la cual ha producido cambios en los modelos tradicionales, acompañados de importantes transformaciones sociales y culturales” (Krauskopf, D.; 2000; Pág. 9). Estos cambios requieren proporcionar enseñanza a los adolescentes para que sean capaces de aprender nuevas estrategias de desarrollo, valorar su autocuidado y el cuidado que les proporciona el equipo de salud, lo cual permitirá la prevención de conductas de riesgo, así como la integración de un paradigma vinculante con la salud y el desarrollo, de las personas que se encuentran en la etapa juvenil, utilizando al máximo su compromiso, su participación y sus capacidades.

Proporcionar cuidado a la persona adolescente es reconocerlo como un ser humano, quien vive en etapa de transición entre la infancia y la adultez, en la cual se

originan cambios acelerados de naturaleza biopsicosocial, que conllevan a la reestructuración de una nueva imagen corporal y una nueva relación de su YO en el mundo; en la búsqueda incesante de la creación en sí, de un sentido de unidad de su personalidad, lo que hace que los demás lo reconozcan como “un hecho histórico irreversible” (Pág. 4), según lo refiere Schoefeld, W (1991).

Tales cambios lo hacen inestable, confundido y la mayoría de las veces, la persona adolescente, no sabe que es, ni quien es, por lo que surge en ellos una verdadera crisis de identidad. A esto se adiciona, la hospitalización de la persona adolescente en escenarios poco habituales para ellos, rodeado de profesionales de salud, hasta ahora desconocidos, así como procedimientos, equipos eléctricos y ruidos que alteran aún más su estabilidad emocional.

Los aspectos antes mencionados son válidos para considerar el ingreso de las personas adolescentes en las instituciones de salud, quien en esta etapa de su vida por múltiples circunstancias desequilibrantes, de alto riesgo, en su estado de salud, requiere de acciones cuidadoras para superarlas y asegurar así, el mantenimiento de su propia vida.

La situación anteriormente descrita, nos lleva a derivar las siguientes reflexiones: ¿Quién es la persona adolescente? ¿Qué percepción tiene sobre su cuidado? ¿Cuál debe ser la naturaleza del cuidado a las/los adolescentes? ¿Cuáles son

las responsabilidades de los profesionales de la salud, en especial del profesional de Enfermería, quién siempre es el profesional más cercano a ellos?

En tal sentido, Davis, A (1999) refiere que el cuidado es visto como el factor más importante de la totalidad de la vida moral, es la condición previa para que una persona sea moral. De acuerdo con Reich, W. (1996), la palabra cuidar tiene al menos cuatro acepciones: quiere decir: ansiedad, preocupación, angustia o sufrimiento mental. Puede significar una preocupación o interés básico por las personas, las instituciones o las ideas que tienen importancia para sí mismo. También puede denotar la atención solícita y responsable ante el trabajo. Y por último, puede significar, el respeto y la ayuda pertinente para atender las necesidades específicas de una persona, en particular. Dichos significados comparten al menos un elemento en común, y es la actitud de preocupación por el alterego, como razón de ser del cuidado.

Al especificar el cuidado, para ayudar a personas con desequilibrios en su salud, McCance y otros (1997) identifican al menos seis características para definirlo:

- 1.-Ser verdaderamente atento, que es similar a la noción de estar auténticamente presente;
- 2.-Preocuparse por los pacientes;
- 3.-Proporcionar medios para el cuidado y administrar esos cuidados;
- 4.-Tomar en consideración al paciente y respetarlo;
- 5.-La cantidad de tiempo necesario para su atención y
- 6.-Conseguir conocer al paciente (Pág. 3).

Tales características procuran perfilar un cuidado personalizado, singular e individualizado. De esta manera el cuidado asume una dimensión ontológica de índole empática e intenta la comprensión de: la sustantividad del otro ser humano, su experiencia vivida, ideas, significados como parte de su realidad ética, sensible y subjetiva, según lo describe Zambrano, A y Román, G. (2003).

El profesional que brinda el cuidado a la salud y que verdaderamente es un cuidador, es quien se interesa *se preocupa* por los pacientes, en condiciones de dependencia absoluta y/o relativa, en donde estarían ubicados las/los adolescentes, por ser una etapa vulnerable a perder el equilibrio de su salud en un momento determinado de su vida. El cuidar comprende dos aspectos: El cuidado a la enfermedad de persona enferma, por medio de la prestación del tratamiento pertinente y especializado, y preocuparse por la persona enferma; de manera que dicho profesional debe manifestar un profundo interés por las / los adolescentes como personas únicas.

En el primer significado, el enfoque se orienta al cuidado de su homeostasis, y en el segundo enfoque predomina la concepción holística de la persona, en la que subyace su unicidad. Ambos aspectos son determinantes y contribuyen a la holopraxis del cuidado, con un substrato ético. En el caso del profesional de Enfermería, el código de ética vinculante sostiene que el principal compromiso ético de su personal es para con la persona que intenta ayudar, pues el cuidado representa

el corazón y el alma de la práctica profesional. Dicha práctica ha de apoyarse en tres enfoques éticos (virtudes, principios, y cuidado).

Al utilizar la ética del cuidado, el profesional de Enfermería tiene una relación personal y solícita con las/los adolescentes. Es percibida por ellos como una presencia cuidadora y es una realidad que a veces es un hecho que los pacientes perciben más a menudo la eficiencia y la eficacia de las enfermeras que su presencia cuidadora. Pero la ética del cuidado no puede convertirse en la única ética de Enfermería. La razón es que el concepto es demasiado amplio y no está lo suficientemente desarrollado; además que como Enfermeras se necesita de los principios éticos y el concepto de virtud en los fundamentos éticos.

Puede decirse que hay dos modos diferentes de entender lo que son las responsabilidades morales para con ellos. La concepción clásica de la responsabilidad moral se centra en la resolución del conflicto ético, y se ancla, por tanto, en la idea de imparcialidad, uniendo el desarrollo moral al entendimiento de derechos y reglas. La otra visión está, en cambio, más preocupada por la actividad de cuidar del otro concreto ante mí, más centrada por tanto en la idea de compromiso profesional. En tal sentido, Barrios, I. (1999) comenta que el primer modo de entender lo moral caracteriza la llamada ética de la justicia; el segundo a la ética del cuidado.

En la ética del cuidado, la perspectiva es lo particular y lo concreto, en realidad, el progreso moral viene determinado por la ampliación del alcance del precepto de

ocuparnos de los otros, de mantener y fomentar las relaciones interpersonales, como medio esencial para fortalecer una ética del cuidado fundamentada en el concepto de *red de relaciones*, en los cuales surgen interacciones y transacciones, entre la persona cuidada y la persona cuidante.

En tal sentido, McNeill, D. (1982) señala que es necesario concretar que la ética sostiene que las ejecutorias del profesional de Enfermería, no puede ser sólo las que emanen del conjunto de reglas de comportamiento, establecidas en los códigos deontológicos, o de la reflexión sobre la aplicación y jerarquización correcta de los principios de la bioética (no maleficiencia, justicia, autonomía o beneficencia).

Esa forma de razonar es típica de la ética de la justicia. Por consiguiente, su ética profesional debe estar además imbuida en la ética del cuidado y la responsabilidad por el otro. La ética del cuidado especifica que cada persona se encuentra situada dentro de una trama de relaciones de influencia mutua y su primordial tarea consiste en prestar atención, comprender, responder emocionalmente a la persona concreta con la que uno se relaciona, en este caso las y los adolescentes. El compromiso de la ética del cuidado es que todos estén incluidos en la red de relaciones, y sin exclusiones, ni discriminaciones, ayudando a todos, especialmente a estos por igual, y teniendo en cuenta, hegemónicamente, el respeto a la dignidad humana.

Cabe agregar, que el fin de un profesional de la salud es cuidar con calidad y esto implica tener relaciones humanas mediante las cuales se alcanza esa meta; también que derrochen capacidad creativa, rigurosa, acorde a la conciencia moral, los hábitos, fines de la profesión, qué actitudes han de ir adoptando para practicar el bien interno, habida cuenta de que las sociedades actuales han accedido al nivel post – convencional en el desarrollo de su conciencia. Alcanzar los bienes internos propios de una práctica profesional exige desarrollar hábitos, es decir, adquirir por repetición de actos, la predisposición a actuar en un sentido determinado. Practicar los bienes internos de la profesión, es lo que tradicionalmente se conoce con el nombre de virtudes, por lo tanto, el virtuoso en una profesión es el que pretende alcanzar en ella la excelencia, la autorrealización y el compromiso profesional requerido para alcanzar los bienes internos de la práctica.

De ahí que el profesional tenga que desarrollar habilidades técnicas y humanas; así como la capacidad de tomar decisiones desde los valores propios de la profesión que son los valores morales. Al respecto, García, L. (1997), comenta que: la conjunción de habilidades y la capacidad de optar y actuar, basado en dichos valores identifican al buen profesional y lo convierten en un verdadero terapeuta. Un terapeuta es aquel que cuida de otro, que lo orienta, que toma en cuenta, el cuerpo, el alma y el espíritu, porque el cuidado del cuerpo, no excluye el cuidado del alma (psique), así se considera bajo una dimensión ontológica, según lo refiere Leloup, J. (1993).

El profesional de la salud responsable del cuidado de las/los adolescentes debe ser un terapeuta, un cuidador moralmente responsable, competente para la toma de decisiones éticas, capaz de analizar los compromisos y valores personales en relación con el cuidado que va a proporcionar, que en todo momento utilice la reflexión ética, tenga la capacidad de razonamiento y juicio moral y actitudes para usar los conocimientos éticos. Tales aspectos se derivan de los planteamientos de Pastor, citado por Cely, G. (2001).

El cuidado humanista y pluralista, permite realizar una propuesta filosófica interdisciplinaria, transideológica y transcultural, adoptando una actitud tendente al desarrollo saludable del adolescente bajo la óptica del cuidado humano, con ello se intenta incrementar y enriquecer la construcción epistemológica y axiológica del marco referencial para el cuidado de la población juvenil.

El horizonte ético del cuidado a los adolescentes se enmarca dentro de las normas bioéticas, considerada esta como una ética nueva, surgida desde la naturaleza misma de las ciencias de la vida que imprimen una racionalidad muy específica al liderazgo que ellas ejercen en la sociedad del conocimiento, según lo refiere Umenick, S. (1991).

Por último, se enfatiza una vez más, que la ética del cuidado, exige al profesional de la salud, desarrollar dicho cuidado bajo una visión humanista que lo ayuda a comprender las realidades humanas, la integridad y la singularidad de las

características de las personas adolescentes; reconociéndolos como un ser que posee sentimientos, opiniones, creencias y expectativas, que se encuentran en pleno proceso de desarrollo y maduración de su personalidad, que están en la búsqueda constante de un estilo de vida propio; contribuirá a la interpretación de los significados atribuidos por las / los adolescentes a sus experiencias vitales.

3.-DIMENSIÓN TEÓRICA SOBRE LA ADOLESCENCIA.

3.1.-PERSPECTIVA HISTORICA.

La adolescencia es una etapa más del proceso evolutivo del ser humano. Esto confirma que la misma ha estado presente siempre en el desarrollo de la humanidad, independientemente del tipo de civilización, cultura y grupo social al que se pertenezca. De ahí la razón por la cual, de una u otra forma esta etapa ha sido analizada por diferentes pensadores de todas las épocas.

Al respecto, Platón y Aristóteles expresaron sus ideas relacionadas con “la naturaleza de la juventud”. Platón reconocía que la capacidad de “razonamiento aparecía durante la adolescencia”. Aristóteles exponía que el rasgo más determinante de la adolescencia “es la capacidad de elección y que esta autodeterminación se convierte en un sello distintivo de la madurez” (Santrock J., 2004, Pág. 4). En la Edad Media, los adolescentes eran considerados como adultos, de ahí la razón por la cual, se les exigía igual condiciones a éstos.

Sin embargo, en el siglo XVIII el filósofo francés Jean-Jacques Rousseau, ofreció una visión más esperanzadora de la adolescencia, al expresar la creencia de que un adolescente es diferente de un adulto, así como la creencia de que el desarrollo humano tiene fases claramente delimitadas. Por último se señala que hasta principios del siglo XX fue cuando se empezó a estudiar la adolescencia, desde el punto de vista científico (Santrock, J.; 2004).

El mismo autor señala que una serie de psicólogos, reformadores urbanos y otros profesionales empezaron a dar al concepto de adolescencia en los años 1890 y 1920. Entre los que menciona a Hall, el cual señalaba al periodo de la adolescencia, aquel que va desde los 13 años y los 23 años de edad. Él fue uno de los primeros en empezar a teorizar y a realizar estudios científicos del desarrollo adolescente. Así mismo, la antropóloga Margaret Mead (1928) estudió que la naturaleza básica de la adolescencia no era biológica, sino más bien sociocultural. También menciona a Musgrove, el cual comenta, que la construcción social de la adolescencia es una creación sociohistórica, debido a las circunstancias en ese ámbito que convergieron a principios del siglo.

Durante este siglo, los/las adolescentes adquirieron un estatus más prominente conforme iban experimentando una serie de cambios complejos. La vida de ellos dio un giro a mejor en los años 20, pero atravesó momentos difíciles durante los años treinta y cuarenta. En los años cincuenta, el período evolutivo que conocemos como

adolescencia había alcanzado la mayoría de edad, no sólo poseía una identidad física y social, sino que también recibía un tratamiento legal especial.

Según Santrock, J. (2004) en los años setenta la tendencia a estereotipar a los/las adolescentes estaba muy extendida, por lo que señala que el investigador Joseph Adelson se refería a ella como la brecha de la generación de la adolescencia, que ha desarrollado, generalizaciones ampliamente difundidas en el mundo.

Es por ello, que actualmente, los adultos tienen percepciones sobre la adolescencia como una combinación de sus propias experiencias personales y de la imagen que difunden los medios de comunicación, ninguna de las cuales produce una visión objetiva de cómo se desarrollan normalmente los/las adolescentes.

3.2.-CONCEPCIONES SOBRE LA ADOLESCENCIA.

La adolescencia es la etapa que vincula a la niñez con la adultez. El niño trae consigo su mundo de experiencias infantiles y cambios poco notables, para enfrentarse a un período de amplia reorganización de su personalidad. En la etapa adolescente, la característica más visible es el cambio acelerado, súbito y dramático, con un cuadro de rasgos comunicativos, inconfundibles y a veces de fácil, y/o difícil interpretación.

Según, Santrock, J. (2004), la adolescencia:

Es el periodo evolutivo de transición entre la infancia y la etapa adulta, que implica cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales. Entender el significado de la adolescencia es importante porque ellos son el futuro de toda la sociedad. Estos van desde el desarrollo de las funciones sexuales hasta el pensamiento abstracto y la búsqueda de la autonomía (Pág. 14).

Esto determina la importancia de entender el significado de la adolescencia y del grupo humano ubicado en ella, porque representan el futuro de toda sociedad. Ideas semejantes expresa Díaz y Gómez, N. (2006) al reconocer que la adolescencia “es el período de crecimiento físico y psicosocial que marca la transición de la infancia a la edad adulta” (Pág. 121).

Tales definiciones son ideas convencionales sobre la adolescencia, por cuanto es difícil identificar en el ciclo evolutivo humano cuando, en forma concreta finaliza una etapa y se inicia la siguiente, pues el desarrollo de este ente es un proceso continuo, en el que cada fase tiene la misma prioridad; su origen está en la etapa precursora y culmina en la etapa consecuente. Esto reafirma la visión del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) (2003) de la República Bolivariana de Venezuela, pues establece que la adolescencia es un período de rápido desarrollo en el que se adquieren nuevas capacidades, se enfrentan situaciones nuevas y se expresan habilidades y potencialidades particulares en el proceso de adaptación.

Al respecto, Díaz y Gómez, N. (2006) manifiesta que, la etapa adolescente se inicia con la pubertad y alcanza su plenitud en el momento en que el ser humano ha

alcanzado *la completa madurez física, psíquica y social*. Sin embargo, los cambios de la sociedad actual en que se alargan los períodos de formación educativa, ingreso tardío al campo laboral, dificultades para conseguir vivienda propia y trabajo estable, limitan la mayoría de las veces al adolescente para alcanzar la citada madurez y emanciparse, incluso del núcleo familiar. Por ello, la autora propone que el período de adolescencia *se amplíe hasta los 21 e incluso hasta los 24 años*. Y distingue tres etapas: “*Adolescencia Temprana*: Comprende desde el inicio de la pubertad hasta los 14 años. *Adolescencia Media*: entre los 15 y los 17 años. *Adolescencia Tardía o Adulto Joven*: entre los 18 y los 21 o 24 años, según los diferentes criterios” (Pág. 121).

Reconocemos una vez más, que cualquier definición y/o clasificación cronológica que se haga para identificar con concreción la etapa adolescente sólo son referencias conceptuales que se elaboran para estudiarla, por ello lo más pertinente es comprender que la persona adolescente, durante esta etapa de su desarrollo y maduración presenta un conjunto de características peculiares, que estructuran una personalidad, diferente a la de la niñez. Esta nueva realidad involucra *cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales* comunes a todos los vivientes humanos, pero al considerar a éstos como entes singulares, únicos e irrepetibles, se evidencia que son diferentes, en sus manifestaciones holísticas.

Tales diferencias en la personalidad adolescente son influidas por: el sexo, los factores genéticos, el proceso socializador imperante en los grupos con los cuales se

relacionan; la idiosincrasia cultural y educativa, los estilos de vida; sus intereses y expectativas, entre otros aspectos. Al reflexionar sobre los cambios en la persona adolescentes, Santrock, J. (2004) especifica que su desarrollo está determinado por los siguientes procesos:

Procesos biológicos, que implican cambios físicos en el cuerpo del individuo. Los *procesos cognitivos* que originan cambios en el pensamiento y la inteligencia. Los procesos socioemocionales que originan cambios en las relaciones del individuo con otras personas, las emociones, la personalidad y el papel que desempeñan los contextos sociales en el desarrollo (Pág. 13).

La visión sobre la persona adolescente desde el punto de vista de la holidad, nos exige conocer, que los procesos especificados por Santrock, J (2004) se originan en forma interdependiente, relacionados intrínsecamente en permanente influencia, consigo mismo y con un entorno siempre modificándose. Por ello, su cuidado amerita una visión integral como persona, pues como lo afirma Krauskopf (2000):

El desarrollo adolescente se da en una delicada interacción con los entes sociales del entorno; tiene como referente no sólo la biografía individual, sino también la historia y el presente de su sociedad. Es el período en que se produce con mayor intensidad la interacción entre las tendencias individuales, las adquisiciones psicosociales, las metas socialmente disponibles, las fortalezas y desventajas del entorno (Pág. 9).

Se infiere de los aspectos señalados previamente, que la persona accede a una etapa compleja para él y los suyos, por cuanto, los patrones socioculturales, afectivos, educativos, recreativos, de naturaleza constructiva, aprendidos en la niñez, la mayoría de las veces los rechaza por considerarlas inútiles; de esta manera entra en una crisis de identidad, pues ni es niño, ni es adulto sólo es una adolescente inquieto, inestable, confundido, que busca alcanzar de alguna forma su: libertad, independencia, madurez y un lugar en la sociedad.

Los / las adolescentes en su justa dimensión, son considerados personas que deben tomar grandes decisiones que los pueden marcar para toda la vida, y esta maduración como persona lo va a llevar a reconocer como un sujeto con deberes y derechos, consciente de pertenecer a una sociedad a la que aporta realidad individual y donde comparte valores y proyectos. Al respecto, Dulanto, E. (2000) refiere que la salud de la población joven es un elemento básico para el progreso de las naciones y el reconocimiento de este hecho significativo deberá producir un efecto trascendental en la formulación de políticas y estrategias de desarrollo.

3.3.-NATURALEZA DEL DESARROLLO ADOLESCENTE.

Existen diferentes enfoques y clasificaciones para describir el desarrollo del adolescente, en sus diferentes dimensiones, por ello en el presente análisis se realiza bajo el marco referencial establecido por Santrock, J. (2004) referido a los procesos biológicos, cognitivos y socioemocionales.

PROCESOS BIOLÓGICOS.

El proceso biológico implica cambios físicos en el cuerpo de un individuo. Los genes heredados de los padres, el aumento de peso y de estatura, las habilidades motoras y los cambios hormonales en la pubertad, reflejan los grandes cambios físicos que suceden durante la adolescencia.

Entre los cambios biológicos está la pubertad, los cambios hormonales y la maduración sexual, además de los cambios que suceden en las pautas de sueños según Dulanto, E. (2000). La pubertad es un proceso de crecimiento y maduración biológica que se desarrolla bajo control genético estricto, aparece como consecuencia del crecimiento y desarrollo y ocurre entre los 8 y 17 años.

La adolescencia es producto de etapas previas, esto significa que el marcador de la transición de la infancia a la adolescencia es la maduración asociada a la pubertad, implicando cambios biológicos, psicológicos, cognitivos, sociales, culturales, entre otros.

PROCESOS COGNITIVOS.

Estos procesos implican en el pensamiento y la inteligencia de un individuo. Memorizar un poema, resolver un problema de matemática e imaginarse como sería convertirse en una estrella de cine, reflejar el papel que desempeñan los procesos cognitivos en el desarrollo adolescente.

PROCESOS SOCIOEMOCIONALES.

Implican cambios en las relaciones de un individuo con otras personas, las emociones, la personalidad y el papel que desempeñan los contextos sociales en el desarrollo. La cognición social destaca el egocentrismo adolescente, la adopción de perspectivas y la teoría implícita de la personalidad.

El interés por el proceso social en la persona adolescente ha experimentado un tremendo auge, y este enfoque se centra en las relaciones de la familia, las cuales juegan un papel fundamental para evitar los conflictos entre padres y adolescentes, las relaciones entre compañeros o pares de iguales, la construcción del YO y la identidad y el desarrollo moral.

Al respecto, Santrock, J. (2004) plantea que “los contextos especialmente importante en la vida del adolescente, son la familia y los compañeros, entre otros” (Pág. 21). Igualmente, Dulanto, E. (2000) señala que, un área de especial interés en los/las adolescentes son los contextos, que son los entornos donde se desarrollan y viven ellos, además se considera, el contexto que incluye a la familia, los compañeros, las interacciones directas con los agentes sociales (padres y profesores), se ve a sí mismo como constructor del entorno donde vive, considera las relaciones o conexiones entre los contextos, como la relación entre las experiencias familiares y escolares o entre los familiares y grupos de iguales.

Las experiencias en otro contexto, es la cultura en que vive inmerso, porque, la mayoría de las culturas han descubierto que el desarrollo saludable de las/los adolescentes se potencia con el legado cultural, más, si está lleno de significados. Es por ello que, la interdependencia global ya no es cuestión de creencias o preferencias, es una realidad ineludible, incrementando nuestros conocimientos sobre la naturaleza del desarrollo de la persona adolescente en las distintas culturas del mundo, podemos aprender muchas cosas con respecto a las variaciones de las culturas y como interactuar con ellos, para convertir su mundo en un espacio lleno de amor y así; mejorar sus vidas, entendiendo las diferencias legítimas entre los distintos grupos étnicos y culturales.

Otro patrón importante, señalado por el mismo autor, son las transiciones a lo largo de la vida, predominando en ellos, el influjo de los contextos ecológicos o ambientales.

3.4.-TEORÍAS ACERCA DEL DESARROLLO ADOLESCENTE.

La diversidad de enfoques teóricos determina que entender el desarrollo de la persona adolescente es bastante complicada, porque cuando pensamos que una teoría parece explicar satisfactoriamente su desarrollo, surge otra que nos obliga a replantearnos las conclusiones previas. Aunque no ha habido ninguna teoría que permita explicar todos los aspectos del desarrollo adolescente, cada una de ellas ha contribuido con un aporte importante.

En tal sentido Dulanto, E. (2000), refiere que “Freud, habla de la estructura de la personalidad, él pensaba que la vida de la persona adolescente estaba llena de tensiones y conflictos, que para reducir estas tensiones, ellos mantenían la información bloqueada en su mente inconciente” (Pág. 153).

Esta teoría es la más antigua y con mayores aportes al conocimiento acerca del ser humano. Según esta visión, la maduración sexual biológica en el púber revive y aumenta las múltiples y súbitas descargas de impulsos sexuales y eróticos. A partir de esta teoría se piensa que todo adolescente que no presente cierta confusión y problemática durante la etapa debe verse como una persona que está alterando o deteniendo su adolescencia.

En tal sentido, Santrock, J. (2004) comenta que la teoría que hablaba sobre los procesos cognitivos, era la de Ericsson, quien reconoce los aportes de Freud, y postula lo siguiente:

Freud no supo ver algunas dimensiones importantes; en cuanto al desarrollo de la persona adolescente, y él lo explica a través del quinto estadio psicosocial de su teoría, en donde perfila que la identidad versus confusión de la identidad, ellos se enfrentan al descubrimiento de quien es, que hace en la vida y hacia dónde va. Las /los adolescentes deben adoptar muchos roles y diferentes caminos (Pág. 83).

La teoría de Ericsson enfatiza el desarrollo del YO, que está influido por la sociedad y la cultura, así como la necesidad de enfrentar sentimientos contrarios

entorno a uno mismo, ubicado en el núcleo de la tercera crisis del desarrollo de la personalidad.

El mismo autor señala la teoría de Piaget quien postula lo siguiente:

El desarrollo cognitivo en el cuarto estadio de su teoría, resalta las operaciones formales, en el cual la persona adolescente, va mas allá de las experiencias concretas y piensa de una forma más abstracta y lógica, lo cual permite que ellos elaboren imágenes mentales de situaciones hipotéticas, que a la larga va a permitir el desarrollo del pensamiento en las y los adolescentes (Pág. 83).

El mismo autor formula que Piaget, refiere que:

En cuanto al desarrollo de la persona adolescente, ellos utilizan dos procesos para usar y adaptar sus esquemas: la asimilación y la acomodación, la asimilación tiene lugar cuando un individuo incorpora información nueva a un esquema preexistente, en la asimilación, el esquema no se modifica; en cuanto a la acomodación, la misma tiene lugar cuando un individuo ajusta sus esquemas a la información nueva, ellos cambian de un estadio de pensamiento al siguiente. El cambio tiene lugar cuando experimentan un conflicto cognitivo o un desequilibrio al tratar de entender el mundo, ellos se enfrentan al descubrimiento de quienes son (Págs. 82-84).

El mismo autor señala que “Piaget formula que los adolescentes utilizan el pensamiento hipotético-deductivo, y que piensan de forma más abstracta e idealista” (Pág. 85).

Así mismo, Papalia, D. (2005) señala que otro de los teorizantes sobre la adolescencia, enmarcado en el aprendizaje social, fue el psicólogo Albert Bandura quien señala “la gente inicia o avanza en su propio aprendizaje eligiendo modelos a imitar, la imitación de modelos es el elemento más importante en la forma en que los niños aprenden conductas apropiadas de acuerdo a su género” (Págs. 30-31).

De acuerdo a este teorizante, podemos inferir que la conducta que imitan especialmente los/las adolescentes, es la que ellos perciben como valiosa para su cultura y ellos aprenden por medio de observar la conducta de otros.

4.-BASES LEGALES QUE SUSTENTAN LA PROTECCIÓN DE LAS / LOS ADOLESCENTES.

4.1.-MARCO LEGAL.

Desde el punto de vista legal se toman como referentes la Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (2001), que en su Artículo 27 plantea: “Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social” (Pág. 15).

De igual manera, esta misma ley plantea en su Artículo 41 que:

Todos los niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud Física y Mental. Asimismo tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta Calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones de la salud (Pág. 20).

En este sentido, el cuidado humano garantiza la calidad de atención que se brinda a las / los adolescentes y el conocer el significado que ellos le atribuyen a este; mejora la calidad.

Así mismo en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), establece en su Artículo 3 que “un estado social de derecho y justicia y tiene como fin esencial la defensa y desarrollo de la persona y el respeto a su dignidad” (Pág. 10).

Igualmente establece en este marco jurídico que las / los adolescentes son sujetos plenos de derechos, reconocidos en artículos tales como:

Art. 20: Derecho al desarrollo de la personalidad, Art. 21: Igualdad ante la ley y no discriminación, Art. 83: La salud como derecho social fundamental y parte del derecho a la vida y el Art. 84: La creación por parte del estado de un sistema público nacional de salud, regido por los principios de gratuidad, universalidad, equidad, integralidad, integración social y solidaridad, incorporando la participación social protagónica de la comunidad (Págs. 25-26, 75-76).

Lo contemplado en el marco jurídico y político de las bases para la atención integral de las y los adolescentes, tal como se describe en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) en su artículo 78 que señala lo siguiente:

Los niños, niñas y adolescentes son sujetos plenos de derecho y estarán protegidos por la legislación, órganos y tribunales especializados, los cuales respetarán, garantizarán y desarrollarán los contenidos de esta Constitución, la

Convención sobre los Derechos del Niño y demás tratados internacionales que en esta materia haya suscrito y ratificado la República. El estado, las familias y la sociedad asegurarán, con prioridad absoluta, protección integral, para lo cual se tomará en cuenta su interés superior en las decisiones y acciones que les conciernan. El estado promoverá su incorporación progresiva a la ciudadanía activa, y creará un sistema rector nacional para la protección integral de los niños, niñas y adolescentes (Pág. 72).

Los artículos antes mencionados, pertenecientes a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, promulgada en el año 1999, se citan en el presente estudio, porque el cuidado humano garantiza la defensa, desarrollo de la personalidad, respeto a su dignidad, derecho social y a la vida; además con el mismo, se pretende la construcción teórica de naturaleza ontológica, axiológica y epistemológica del cuidado a las personas adolescentes, que les permita incorporarse de manera protagónica a la comunidad, regida por los principios de gratuidad, universalidad, equidad, integralidad y solidaridad.

Además, La Ley Orgánica para la protección del niño y del adolescente, en sus artículos 10, 11, 50, 137, indica que:

Artículo 10: Niños y Adolescentes Sujetos de Derecho: Todos los niños y adolescentes son sujetos de derecho, en consecuencia, gozan de todos los derechos y garantías consagrados a favor de las personas en el ordenamiento jurídico, especialmente aquellos consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño (Pág. 7).

Así como en su Artículo 11: *Derechos y Garantías Inherentes a la Persona Humana*, el cual señala:

Los derechos y garantías de los niños y adolescentes consagrados en esta Ley son de carácter enunciativo. Se les reconoce, por lo tanto, todos los derechos y garantías inherentes a la persona humana que no figuren expresamente en esta Ley o en el ordenamiento jurídico (Pág. 8).

En tal sentido, en la Norma oficial para la promoción y el desarrollo de la salud integral de las y los adolescentes en Venezuela (Tomo I) y el Reglamento Técnico Administrativo para la Promoción y el Desarrollo Integral de la Salud de las y los adolescentes en Venezuela (Tomo II) exige en sus articulados la protección y el reconocimiento de sujetos de pleno derecho, ciudadanos capaces de impulsar cambios y construir destinos y ser proactivos en la nueva Venezuela, así como organizar y articular los esfuerzos que se realicen en materia de salud integral de los/las adolescentes en un programa nacional de promoción de la salud y el desarrollo de esta población, entendiéndolo como orientaciones técnicas y administrativas para operacionalizar las respuestas específicas en las redes de la atención del sistema de salud, desde una perspectiva transectorial y adaptada al contexto de cada territorio social, en el ámbito nacional, regional, municipal y local.

Los anteriores aspectos legales configuran el marco jurídico y político, en cuanto a las bases programáticas de la atención integral del adolescente venezolano, independientemente de su género, estrato social, credo, ideología, valores, grupo

étnico. Esto determina que los profesionales del sector salud, han de dar cumplimiento a lo que establecen las leyes para proteger a los grupos juveniles que forman parte de la población venezolana.

5.-ANTECEDENTES RELACIONADOS CON EL TEMA OBJETO DE ESTUDIO.

A continuación se describen algunos antecedentes que se relacionan con el tema de investigación seleccionado.

Sansón y Neves (1998) realizó un estudio titulado **Una Comprensión Existencial Heideggeriana de ser Gestante Adolescente en Transición: Un Enfoque de Cuidar-Pesquisar, Florianópolis, Santa Catarina**, el cual tuvo como objetivos Comprender que significa ser adolescente embarazad en transición, como fenómeno situacional, durante la simultaneidad de eventos vitales experimentados, a través del discurso, cuidar del ser adolescente gestante al mismo tiempo en que aprende un sentido de simultaneidad transicional de eventos vitales, estableciendo la presencia entre cuidadores y cliente en el mundo. El abordaje de la investigación fue de carácter fenomenológico, a la luz de la hermenenéutica Heideggeriana. En el mismo, el análisis fenomenológico permitió aprender las unidades del significado a partir de estas, temas que fueron descritos, obteniendo así una comprensión existencial de las vivencias de las adolescentes gestantes, en cuanto al proceso transicional.

Esta investigación hace referencia a la comprensión del vínculo entre el cuidador- cuidado y el significado atribuido por las gestantes adolescentes, tema similar del presente estudio.

Así mismo, Carvalho, M. y Neves, E. (1998), realizaron una investigación titulada: **O Cuidado na Hospitalizacao: Uma Perspectiva Infanto-Juvenil**. El objetivo del estudio estaba dirigido a: Identificar según la perspectiva infanto-juvenil y los significados de las necesidades de cuidado satisfechas y no satisfechas. El contexto del estudio fue una unidad de hospitalización médico-quirúrgica de un gran hospital de una región de Brasil, los sujetos de estudio fueron clientes infanto-juveniles, la metodología utilizada fue un enfoque cuali-cuantitativo, con realización de entrevistas semi-estructuradas, y la aplicación de una escala analógica. Las consideraciones finales evidenciaron la presencia de las necesidades de cuidado satisfechas y no satisfechas, el cuidado que se proporciona es técnico-físico, entretanto el cuidado no dispensa un cuidado afectivo-emocional.

Se observa que como en esta investigación se hace referencia a las necesidades de cuidado de los adolescentes, tema y población objeto de estudio de la investigación.

Otra investigación similar fue realizada por Valandro, K. y Otros (2009), titulada **Ser Cuidada por Profesionales de la Salud: Percepciones y Sentimientos de Mujeres que han Sufrido Aborto**. El objetivo del estudio era. Identificar las

percepciones y sentimientos de mujeres que sufrieron aborto, principalmente las relacionadas al cuidado de profesionales de la salud en un hospital. El contexto del estudio fue en un municipio de la región Noroeste de Río Grande do Sul, la población estuvo conformada por cinco mujeres que sufrieron abortos, la metodología utilizada fue un enfoque cualitativo, de tipo exploratorio-descriptivo, se realizaron entrevistas abiertas y registros en el diario de campo. Las consideraciones finales evidenciaron la visión de mujeres que abortaron, surgimiento de sentimientos y percepciones, satisfacción con la atención de los profesionales de la salud.

Esta investigación guarda relación con el tema objeto de estudio, porque se identifican en los actores sociales las percepciones y sentimientos de las mujeres que sufrieron abortos, especialmente las relacionadas al cuidado de profesionales de la salud en un hospital.

Ferreira, M. y Otros (2009), realizaron una investigación titulada: **Saberes de Adolescentes: Estilo de Vida y Cuidado a la Salud**. El objetivo del estudio era: Discutir las concepciones de los adolescentes sobre la salud y saber cómo ellas se articulan en las prácticas de cuidado, en la especificidad del proceso de la adolescencia. El contexto del estudio fue en Río de Janeiro, la población estuvo conformada por 30 adolescentes, la metodología utilizada fue de índole participativo, con las técnicas de grupos focales. Las consideraciones finales evidenciaron que la concepción de salud es un modo de vida, que origina prácticas de cuidado que se articulan a los estilos de vida peculiares a la adolescencia.

Esta investigación hace referencia a las concepciones de los adolescentes sobre la salud y saber cómo ellas se articulan en las prácticas de cuidado, en la especificidad del proceso de la adolescencia, tema similar del presente estudio.

Da Silva, L. y otros (2009), realizaron una investigación titulada: **Significados Atribuidos por Puérperas Adolescentes a la Maternidad: Autocuidado y el Cuidado con el Bebe**. Los objetivos del estudio eran: Identificar los significados atribuidos por las madres adolescentes al cuidado del bebe y de sí mismas e identificar lo que reconocen como dificultad en el puerperio y en el cuidado del bebe. El contexto del estudio fue en un municipio de Ribeirao Preto, la población estuvo conformada por 22 puérperas adolescentes, la metodología utilizada fue de índole cualitativo, con entrevistas parcialmente estructuradas. Las consideraciones finales evidenciaron que la maternidad es vista como un cambio psicológico, social y físico, y el cuidar del bebé es como un deber a ser ejecutado como prioridad en relación al cuidado de sí.

Esta investigación guarda relación con el presente estudio porque está encaminada a identificar los significados atribuidos por las madres adolescentes al cuidado del bebe y de sí mismas, tema de estudio del mismo.

Así mismo, Gonzales, R. y Bracho, C. (2002), realizaron un estudio titulado: **Significado de lo Vivido por las y los Adolescentes en la Construcción de sus Valores en Comunidades Urbanas de las Zonas Sur de Valencia**, la línea de

investigación el cuidado en la experiencia humana de la salud en diferentes grupos poblacionales. El objetivo del estudio estaba dirigido a crear un aporte teórico sobre el significado de lo vivido por las y los adolescentes en la construcción de valores en su contexto social y crear una tipología de valores del adolescente. El contexto del estudio fue la zona sur de Valencia, estado Carabobo, la metodología utilizada fue de tipo cualitativa basada en la perspectiva teórica del interaccionismo simbólico, cuyo método fue la Teoría Fundamentada en los datos, lo cual permitió comprender en profundidad los significados que los adolescentes atribuyen a lo vivido, para la recolección de la información se realizó entrevistas en profundidad a nueve adolescentes. Concluye la investigación demostrando teóricamente que las y los adolescentes son constructores de valores y que ningún elemento de negatividad en su entorno social ha logrado acabar con esa capacidad generadora de valores surgidos de lo vivido, siendo la categoría central el trato. Los valores predominantes en el grupo fueron amor, cariño, confianza, comprensión, respeto, amistad, comunicación, prosperidad, fé, responsabilidad, solidaridad, justicia y el transitar por el camino del bien. Los resultados permitieron elaborar un modelo teórico vivenciando el trato familia-amigo en la construcción de valores de las y los adolescentes.

Se observa como en esta investigación se hace referencia a la construcción de valores de las y los adolescentes, población objeto de estudio de la presente investigación.

Igualmente, Zambrano, A. y Román, G. (2003) realizó otro estudio titulado **El Cuidar de Sí Como Valor en Enfermería**, este estudio se inserta en la línea de investigación el cuidado humano y la práctica de enfermería correspondiente al Doctorado en Enfermería, área de concentración salud y cuidado humano, el cual tuvo como objetivo general comprender desde el punto de vista ontológico, epistemológico y axiológico, los distintos enfoques teóricos sobre la persona como expresión de vida, el cuidado, sustantividad de la evolución humana, el cuidado enfermero en el contexto del cuidado humano y el cuidar de sí como valor en enfermera. El abordaje de la investigación se realizó mediante la comprensión e interpretación de las lecturas seleccionadas y relacionadas con las dimensiones esbozadas en el objetivo general. El análisis de contenido (Bardin) fue el método que oriento el sendero a seguir, de cuya variedad de técnicas se selecciono el análisis temático como unidad de significación para identificar los núcleos de sentido, cuya presencia y frecuencia tuvieran algún significado para alcanzar los objetivos analíticos trazados. El preanálisis, la descripción analítica y la interpretación referencial, como etapas componentes del análisis temático sirvieron para la selección, organización de las lecturas, la categorización de las unidades de registro, así como la interpretación de estas para inferir sus significados manifiestos y latentes, relacionados con las dimensiones contenidas en el objetivo general. Entre las conclusiones pueden mencionarse las siguientes: El cuidar de sí es parte de la inmanencia y trascendencia de la persona enfermera, por lo tanto requiere valorar que dispone de un cuerpo, cuya unidad le exige cuidarlo. Cuidar de sí es una

responsabilidad personal por ser una construcción humana e individual. La persona enfermera para cuidar de si ha de fundamentarse en su propia escala de valores entre los cuales cabe mencionar conocimiento de sí misma, autoestima, responsabilidad, sensibilidad, madurez personal y respeto a su propia dignidad. Tratar de mantener un equilibrio dinámico entre el cuidar de sí y el cuidar de otros para prevenir que su propio cuidado se convierta en hedonismo o en una falta de cuidado (descuido). La persona enfermera como sistema abierto ha de darle significado al mundo que habita a partir del cuidar de si pues de ello depende su propia existencia y las generaciones sucesivas.

Este estudio se relaciona con la presente investigación ya que hace referencia a la comprensión del cuidado desde el punto de vista ontológico, epistemológico y axiológico, los distintos enfoques teóricos sobre la persona como expresión de vida, el cuidado, sustantividad de la evolución humana, el cuidado enfermero en el contexto del cuidado humano.

CAPITULO IV

DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO

El presente capítulo de estudio plasma las narrativas testimoniales de cuatro (04) adolescentes participantes del estudio. **El Cuidado Humano en las Instituciones de Salud: El Significado que le Asigna la Persona Adolescente como Receptora.** Dichas narrativas, transcritas en su propio léxico, evidencian comprensión respecto a la experiencia vivida por ellos, cuando le proporcionan cuidado en las consultas para adolescentes en el Hospital Central “Dr. Antonio María Pineda” de Barquisimeto, Estado Lara. A través de las entrevistas realizadas en profundidad, los participantes reflejaron el valor que le otorgan a las actividades realizadas por el personal de enfermería y médico.

ADOLESCENTE D.M.

1.-¿Cuáles son las Acciones de Atención o Cuidado que te Realiza el Médico en la Consulta?

Me revisa el cuerpo de arriba- abajo, me va viendo la cabeza, la cara, el pecho, así hasta que me revisa los pies, habla conmigo sobre mi conducta, como son mis amigos, nos ayuda cuando uno tiene problemas en casa o en cualquier otro lado.

- Podrías profundizar a que te refieres *sobre mi conducta*.
- Bueno como me comporto en mi casa, el liceo, por donde vivo...
- Y ¿Cómo crees que te comportas en tu casa, liceo y por dónde vives?
- Bueno hago caso, no peleo...y también respeto por donde vivo...

2.-Explica si te Gustaría que el Médico te Realizara otras Acciones de Atención o Cuidado.

Bueno si, que cuando yo tenga problemas me abrace con cariño, me llame por mi nombre, que nos revise más para saber cómo está uno de salud.

- ¿A qué tipo de problemas te refieres?
- A los que uno tiene...que en tu casa no te escuchan, te regañan a cada rato, me mandan mucho.
- ¿Qué quieres que te revisen más?
- Que me midan y pesen cada vez que venga, que me revisen el cuerpo cada vez que tenga la cita... eso para tener el cuerpo con salud y buen desarrollo...

3.-Explica si te Sientes Satisfecho con la Atención que te da el Médico.

Si él me atiende muy bien, nos da orientaciones para que uno reflexione y salir de cualquier problema.

- Me puedes explicar ¿Cuáles son las orientaciones que recibes?
- Sobre lo que debemos comer, el comportamiento en la casa, liceo y donde vive uno, el no *agarrar* ningún vicio...
- Otra cosa... Me puedes decir a ¿Qué te refieres cuando dices *salir de cualquier problema*?
- Cuando uno se *enreda con la novia o novio*, o se comporta mal en la casa, el liceo o por donde vivo...
- ¿Qué es comportarse mal?
- No obedecer, llegar tarde a la casa, al liceo...echar broma pues...

4.-Explica las Acciones que te Realiza la Enfermera en la Consulta.

Ella me pesa, me mide, me toma la temperatura, se pone hablar conmigo de cómo me porto en el liceo, si tengo novia, me llena la historia, le hace preguntas para saber cómo esta uno.

- Podrías decirme algo más sobre el tipo de preguntas que te hace...
- Como voy en los estudios, como me comporto en la casa, si he fumado cigarro o drogas...
- ¿Qué te pregunta ella en la historia...?

- No recuerdo bien pero que si soy sano, si he tenido alguna enfermedad...

5.-Explica si te Gustaría que la Enfermera te Realizara otras Acciones de Atención o Cuidado.

Sí, como a veces está muy ocupada, me gustaría que me llamara con cariño por mi nombre, aunque si, ella me escucha cuando le estoy hablando y es muy amable con todos.

- ¿Qué es lo que tú le dices a la Enfermera?
- A veces le cuento como me va en el liceo, las cosas, que hago en mi casa, como me va con la novia...

6.-Describe las Orientaciones que Recibes de la Enfermera.

Me orienta como debo comportarme en el liceo, en la casa, nos llama cuando vamos a pasar para que el médico nos vea y cuando salimos se despide de nosotros, nos atiende muy bien.

7.-Describe si te Sientes Satisfecho (a) con la Atención o Cuidado, que te Brinda la Enfermera.

Si pero me gustaría que me tratara con más cariño, que a veces si tengo problemas me toque y me llame por mi nombre, pero me siento satisfecho, nos hablan bien, nos atiende bien.

- Me podrías ampliar la idea sobre ¿Qué te gustaría que te trataran con más cariño?
- Bueno, que aunque estén ocupadas no se pongan bravas ni regañonas...
- Cuando dices que te gustaría que te toquen cuando tienes problemas y te llamen por tu nombre... ¿A qué problemas te refieres?
- A los que uno tiene en la casa..las peleas con tus padres, hermanos, a los amigos en el liceo...

8.-Describe ¿Qué otras Acciones Sugieres que el Médico te Realice en la Consulta?

Hablar mucho conmigo, que nos aconseje más, que nos haga más preguntas de cómo le va a uno en el liceo, como te la llevas con tus amigos.

9.-Describe ¿Qué otras Acciones Sugieres que la Enfermera te Realice en la Consulta?

Que hable más conmigo, que me escuche cuando tengo problemas, cuando uno se siente mal, que nos pregunte qué nos pasa.

10.-Te Gustaría ¿Qué otros Miembros del Equipo de Salud Participaran en tu Atención o Cuidado durante la Consulta?

Si sería chévere para que todos nos ayuden en nuestros problemas y ayuden a los demás que los necesiten.

ADOLESCENTE J.M.**1.-¿Cuáles son las Acciones de Atención o Cuidado que te Realiza el Médico en la Consulta?**

Me ve el cuerpo, me examina pues, se pone hablar conmigo sobre mi conducta en mi casa, liceo, donde yo vivo, si fumo, si bebo, nos da orientaciones para que seamos mejores en la conducta.

- ¿Qué preguntas te hace sobre tu conducta?
- Si hago caso a mis padres, profesores, a mis vecinos, si no llego tarde a mi casa, si no tengo vicios...

2.-Explica si te Gustaría que el Médico te Realizará otras Acciones de Atención o Cuidado.

Sí, que nos revise más, para ver si estamos lesionados para tener una salud buena, si estoy bien de desarrollo y con más amor y cariño del que nos da.

- ¿Qué te gustaría que te revisaran?
- Como va mi peso, si estoy creciendo bien...
- ¿Qué significa tener buena salud?

- Que no esté enfermo, que coma bien, que crezca normal, que pueda jugar deportes....
- ¿Cuáles pudieran ser las muestras de cariño y amor que debe demostrar el médico?
- Que me de la mano, un cariño en el pelo, palmaditas en la espalda...

3.-Explica si te Sientes Satisfecho con la Atención que te da el Médico.

Si, lo que él nos dice es bueno para tener una conducta mejor.

- Podrías aclararme ¿qué es lo bueno para ti?
- Que haga caso a todos, que no tenga vicios, que haga deporte, que le muestre a mis padres cariños, que salga bien en los estudios...

4.-Explica las Acciones que te Realiza la Enfermera en la Consulta.

Me pesa, me mide y toma la temperatura, me pregunta cosas sobre mí, a veces me da charlas sobre los adolescentes, me pregunta cómo me estoy comportando en mi casa y como me va.

- ¿Qué cosas te pregunta?
- que si fumo, que si hago caso, como voy en los estudios, que si tengo novia...
- ¿Qué te dice en las charlas?

- ¿Qué debo estudiar, hacer deporte, portarme bien, hacer caso, cuidarme de no tener relaciones con mi novia...
- Te gusta lo que ella te dice?
- Si...está bien...
- Además de lo que te dice ¿Qué otras cosas te gustaría que ella te informara?
- Bueno...no sé... será de cómo cuidarse si uno quiere tener relaciones sexuales con su novia para que no quede embarazada...

5.-Explica si te Gustaría que la Enfermera te Realizara otras Acciones de Atención o Cuidado.

Sí, me gustaría hablar más con ella.

- Me puedes explicar más ampliamente ¿Qué hablas con ella?
- Lo que pasa es que yo le cuento más al médico que a ella, porque estoy más tiempo con él que con ella...pero hablamos de mi comportamiento, de mis estudios, novio...

6.-Describe las Orientaciones que Recibes de la Enfermera.

Que me comporte bien en mi casa, con mis padres y que les haga caso.

- Podrías decirme ¿Por qué ella te orienta por tu comportamiento?

- Porque a veces soy malcriado con mi mamá y papá, y mi hermano... a veces le contesto mal a mis profesores....

7.-Describe si te Sientes Satisfecho (a) con la Atención o Cuidado que te Brinda la Enfermera.

Si, lo que ella me dice es para mejorar mi conducta.

8.-Describe ¿Qué otras Acciones Sugieres que el Médico te Realice en la Consulta?

Que me oriente más cuando tengo problemas.

- ¿A qué problemas te refieres?
- A los que tengo...peleo mucho en mi casa, en mi liceo, soy rebelde... y algunos amigos que tengo, a mi mamá no le gusta porque dice que fuman muchos cigarros...
- De acuerdo con lo que me dices, ¿Qué orientación te gustaría recibir?
- Cómo hacer para no pelear en mí casa, como llevarme bien con todos... como hago para ser más cariñoso....
- De los problemas mencionados ¿Cuáles son para ti los más importantes?

9.-Describe ¿Qué otras Acciones Sugieres que la Enfermera te Realice en la Consulta?

Que me oriente más y me guíe cómo comportarme en mi casa y el liceo.

10.-Te Gustaría ¿Qué otros Miembros del Equipo de Salud Participaran en tu Atención o Cuidado durante la Consulta?

Si, así nos ayudan a todos los adolescentes.

ADOLESCENTE L.R.

1.-¿Cuáles son las Acciones de Atención o Cuidado que te Realiza el Médico en la Consulta?

Me revisa el cuerpo, me hace preguntas sobre cosas de uno, que si me porto bien en la casa, en el liceo, con mis amigos, debemos responderles con sinceridad, me orienta para ayudarnos con nuestros problemas.

- ¿A qué problemas te refieres?
- Bueno... a los que tengo en la casa, que no hago caso...soy rebelde...no estudio bien....
- ¿Por qué reconoces que esos son problemas para ti?
- Porque no me siento bien sabiendo que peleo mucho, que no hago caso pues...

2.-Explica si te Gustaría que el Médico te Realizará otras Acciones de Atención o Cuidado.

Que me atienda cada día mejor aunque poco a poco lo hacen.

- ¿Cómo te gustaría que te atendiera el médico?
- Que fuera más pana de lo que es...que tengamos cada día más confianza para cada vez que yo venga a la consulta le pueda contar mis cosas...

3.-Explica si te Sientes Satisfecho con la Atención que te da el Médico.

Sí, porque me trata muy bien.

- ¿Qué significa para ti lo que acabas de decir?
- Porque es como un amigo, es cariñoso, me dice las cosas por mi bien...

4.-Explica las Acciones que te Realiza la Enfermera en la Consulta.

Al llegar me pesa, me mide, a veces habla conmigo de cómo me porto en mi casa, con mis amigos, en el liceo, del sexo para ayudarnos en nuestros problemas.

- ¿A qué problemas te refieres?
- A que no hago caso, soy contestón, a veces llego un poco más tarde de la hora de permiso, a veces no salgo bien en los estudios...

5.-Explica si te Gustaría que la Enfermera te Realizara otras Acciones de Atención o Cuidado.

Sí, hablar más con ella para que pueda ayudarnos más en nuestros problemas.

6.-Describe las Orientaciones que Recibes de la Enfermera.

Orientaciones para ayudarnos a solucionar nuestros problemas y obstáculos y así ellos hacen reuniones entre ellas.

- ¿Cuáles son las orientaciones que recibes?
- Como portarnos bien en nuestras casas, salir bien en los estudios, no fumar...

7.-Describe si te Sientes Satisfecho (a) con la Atención o Cuidado que te Brinda la Enfermera.

Si muy satisfecho por el momento porque no me tratan mal.

8.-Describe que otras Acciones Sugieres que el Médico te Realice en la Consulta.

Bueno que hablaran más conmigo y no con mis familiares en fin lo que él quiera, el es el doctor y sabe las soluciones.

- ¿Qué te gustaría hablar con el médico?

- De todo lo que me pasa pues, contarle que veces no hago caso, no me gusta estudiar, y me gusta salir con mis amigos y en mi casa se ponen bravo si llego tarde...

9.-Describe que otras Acciones Sugieres que la Enfermera te Realice en la Consulta.

Que hablaran más con nosotros sobre los problemas.

- ¿Cuáles son los problemas que te gustaría hablar con la enfermera?
- De los mismos que hablo con el médico...así entre los dos me orientan más...

10.-Te Gustaría ¿Qué otros Miembros del Equipo de Salud Participaran en tu Atención o Cuidado durante la Consulta?

Si me gustaría.

ADOLESCENTE K.D.

1.-¿Cuáles son las Acciones de Atención o Cuidado que te Realiza el Médico en la Consulta?

Al entrar me revisa el cuerpo, habla conmigo de cómo me comporto en todas partes, y como me encuentro de salud.

- ¿Qué respondes cuando te preguntan sobre esto?

- Respondo que no me ha dado ninguna enfermedad, no fumo, no bebo, estoy creciendo bien y como normal...
- ¿Qué respondes cuando te preguntan sobre la salud?
- Le digo lo que tengo si es que me siento enfermo, sino le digo de mi peso, si estoy creciendo bien, comiendo bien, si me estoy portando bien, si estoy estudiando...

2.-Explica si te Gustaría que el Médico te Realizará otras Acciones de Atención o Cuidado?

Si es necesario sí.

3.-Explica si te Sientes Satisfecho con la Atención que te da el Médico.

Si estoy satisfecho.

- Explícame por favor eso.
- Que es chévere como me atiende, porque me pasa la consulta bien, me revisa bien, me da consejos...

4.-Explica las Acciones que te Realiza la Enfermera en la Consulta.

Me pasa la consulta, me pesa y me talla.

5.-Explica si te Gustaría que la Enfermera te Realizara otras Acciones de Atención o Cuidado.

No, porque ella me escucha con respeto y atención cuando le hago preguntas.

- ¿Podrías ampliar un poco más sobre esa idea?
- Bueno... que no me regaña ni me trata con rabia, sino que me respeta y me *para* cuando yo le explico algo...

6.-Describe las Orientaciones que Recibes de la Enfermera.

Las orientaciones que recibo es que me cuide mucho.

- ¿Qué significa para ti este consejo de la Enfermera?
- Que no ande en malos pasos.
- ¿Cómo es eso?
- Bueno... que no fume, no beba, no llegue tarde a mi casa...

7.-Describe si te Sientes Satisfecho (a) con la Atención o Cuidado que te Brinda la Enfermera.

Si me siento satisfecho con la atención que ella me brinda.

- Podrías ampliar eso...

- Si...que es chévere como ella me atiende, porque me da consejos para portarme bien en mi casa, mi liceo, en la calle y por donde vivo.

8.-Describe que otras Acciones Sugieres que el Médico te Realice en la Consulta.

Que me entienda más los problemas en mi casa y en el liceo.

9.-Describe que otras Acciones Sugieres que la Enfermera te Realice en la Consulta.

Me siga pesando y midiendo en cada consulta.

10.-Te Gustaría ¿Qué otros Miembros del Equipo de Salud Participaran en tu Atención o Cuidado durante la Consulta?

Me gustaría más el Psiquiatra para que me ayude con los problemas que tenga en el liceo, que ya le dije.

CAPITULO V

PERSPECTIVAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE EL CUIDADO HUMANO A LA PERSONA ADOLESCENTE

1.-PERSPECTIVA DE LA INVESTIGADORA.

Es encontrar en el discurso aportado por las personas adolescentes, informantes en el estudio, la interpretación de los significados que emergieron de adolescentes, en la descripción de sus experiencias específicas obtenidas, de la relación establecida con el personal de enfermería y médico, en las consultas especializadas para ellos. Se busca la sistematización constante de tales relaciones para darle validez a los hallazgos, a partir de los significados que son comunes. Observarlos con objetividad para encontrar las relaciones entre los diversos elementos que emergen en la situación en estudio.

Por consiguiente se intenta construir las situaciones que se asemejen a las descritas por las personas en forma natural. Es describir los fenómenos específicos de interés, vividos por los individuos. Todo ello se fundamenta en que los estudios fenomenológicos buscan la comprensión de lo que una experiencia puede representar significativamente en el contexto de vida de las personas, lo que se denomina capturar la *experiencia vivida*, cuya clave es alcanzar la saturación de los datos, es

decir, el estado en el cual ningún otro dato nuevo es relevante para el estudio, dado que los elementos de los temas, conceptos y teorías ya fueron considerados, según lo refiere Holloway I, W. (2002).

Además el investigador es considerado un instrumento de recolección de datos, pues principalmente en los datos resultantes de descripciones narrativas intenta interpretar los significados que las personas adolescentes atribuyen a sus vivencias, lo que da origen a lo que es el significado y el significante. En la búsqueda del significado, se tiene que conocer los símbolos que utiliza el investigador; así como conocer sus propios significados para diferenciarse y poder *leer entre líneas* en el discurso de los actores sociales, los significados de lo expresado. Esto permite en algunos casos, a la construcción de teorías basadas en la revaloración de la subjetividad, de la intersubjetividad y del contexto en que ocurren los hechos o en el valor de la cotidianidad, cuya rigurosidad de los resultados descansa en la capacidad del investigador.

En este sentido, la realidad sociocultural no es unívoca, sino que existen múltiples interpretaciones, pues cada persona y cada grupo humano reinterpreta subjetiva y culturalmente las situaciones, los momentos y las circunstancias para construir su propia visión de la realidad; por lo tanto, los hechos, los grupos, las sociedades para su estudio no pueden fragmentarse y el diseño debe realizarse desde un enfoque holístico con la posibilidad de transferir los resultados a situaciones socioculturales similares, la estructura de las relaciones que hacen comprensible el

sentido de las representaciones sociales, en el lenguaje de los sujetos que forman la sociedad.

2.-PERSPECTIVAS DE LOS AGENTES EXTERNOS.

Su representación se basa en la idea de que las personas, en este caso, personal de enfermería y médico, pueden ofrecer explicaciones sobre su conducta y a su vez, son capaces de reflexionar sobre sus prácticas y los fenómenos que acontecen en su vida profesional, relacionada con la atención que proporciona a las personas adolescentes, de la cual deriva significados, atribuidos a sus experiencias vitales vinculantes con dicha atención especializada.

2.1.-MEDICOS PARTICIPANTES.

MEDICO 1

1.-¿Cuál es la Atención que le Brindas a la Persona Adolescente?

Completa, no tan solo el aspecto físico, sino también todo lo que tiene que ver con su entorno, su familia, comunidad, aspecto emocional.

- y ¿El espiritual?
- Claro, también, pero a veces en honor a la verdad se nos olvida y sólo nos dedicamos al problema actual.

2.-¿Cómo Brindar Cuidado Humano a la Persona Adolescente?

Yo digo que respetándolo, tratando en lo posible de ser como su amigo, pero eso sí sin confundir los roles.

- ¿Cómo es eso de *sin confundir los roles*?
- Bueno amiga... que no olvide que él está en la consulta para ayudarlo en cualquier problema que pueda presentar, además para brindar cuidado humano en la consulta se le debe enseñar a autocuidarse, que tenga habilidades para la vida, fomentar el proyecto de vida...

3.-¿Qué Sentimientos te Despierta la Atención que le Brindas a la Persona Adolescente?

Solidaridad, respeto, ternura...amistad...

4.-¿Qué Cambiarías de la Atención que le Proporcionas a la Persona Adolescente?

Tal vez el ambiente donde está la consulta, no te permite en su mayor parte brindar la atención con más privacidad, de repente incorporar más profesionales de la salud, tales como Psicólogos entre otros...

5.-¿Qué Significa la Atención en Equipo a la Persona Adolescente?

Que todos podamos atenderlo de una manera integral y no segmentada.

- ¿Cómo segmentada?
- Como si fuera una sola persona.

6.-¿Qué Acciones harías para Brindar Atención Integral a la Persona Adolescente?

Las que sean necesarias, a mi me gusta mucho trabajar para los y las adolescentes... Mejorar las consultas, que se implementen a nivel nacional, que exista un mejor registro de la atención a ellos, que sea más humanizada su atención, porque yo los trato como te dije anteriormente y puede que otros también.

7.-Describeme un Modelo de Atención a la Persona Adolescente Basado en el Cuidado Humano en las Instituciones de Salud.

Te lo voy a describir... yo sueño con consultas de adolescentes en todo el país, con una atención de respeto, humanizado, donde se les enseñe a autocuidarse, que aprendan a defenderse en la vida, y así puedan ser adultos integrales.

MEDICO 2

1.-¿Cuál es la Atención que le Brindas a la Persona Adolescente?

Humanizado, basado en el respeto, considerando todos los aspectos biológicos, psicológicos y sociales...

- ¿Y el cultural?

- También forma parte de la atención que le damos, es necesario considerar el aspecto cultural.

2.-¿Cómo Brindar Cuidado Humano a la Persona Adolescente?

Como te lo dije anteriormente y lo poco que sé sobre el cuidado humano... es respetar al adolescente considerando su naturaleza, con mucho cariño...

3.-¿Qué Sentimientos te Despierta la Atención que le Brindas a la Persona Adolescente?

Amistad, solidaridad, cariño...

4.-¿Qué Cambiarías de la Atención que le Proporcionas a la Persona Adolescente?

Pienso que todos estamos en la búsqueda de una excelente atención, especialmente los que nos hemos estado especializando para ello, ojalá nivel nacional las pocas consultas que existen se pudiera cambiar la atención a ellos, más humanizada...

5.-¿Qué Significa la Atención en Equipo a la Persona Adolescente?

Considerar entre todos los aspectos de ellos... Atenderlo desde todos sus ámbitos...Físico, mental y social, y hasta cultural.

6.-¿Qué Acciones harías para Brindar Atención Integral a la Persona Adolescente?

Por mí lo que sea...lo que se necesite... Trataría de unificar la atención hacia ellos, porque las normas de atención muchas veces no son los mismos... Creo que debemos encaminarnos hacia eso, normatizar puede ser a través de un manual la atención para las y los adolescentes...

7.-Describeme un Modelo de Atención a la Persona Adolescente, Basado en el Cuidado Humano en las Instituciones de Salud.

Unificada, integral basada en el respeto y consideración para ellos.

2.2.-ENFERMERAS PARTICIPANTES.

ENFERMERA 1

1.-¿Cuál es la Atención que le Brindas a la Persona Adolescente?

Basada en el respeto, como un ser único, recuerda que ellos son especiales por los cambios que atraviesan a esa edad.

2.-¿Cómo Brindar Cuidado Humano a la Persona Adolescente?

Tratándolo cuando se le atiende con una atención esmerada, amor, empatía, dándole mucho apoyo...

3.-¿Qué Sentimientos te Despierta la Atención que le Brindas a la Persona Adolescente?

Amistad, cariño, compasión...

4.-¿Qué Cambiarías de la Atención que le Proporcionas a la Persona Adolescente?

La falta de integración que existe actualmente en la atención a las y los adolescentes a pesar de los esfuerzos del equipo de salud especializado.

5.-¿Qué Significa la Atención en Equipo a la Persona Adolescente?

Significa que nuestras acciones deben estar encaminadas en el trabajo por el adolescente en conjunto, uniendo nuestros esfuerzos, conocimiento, pericia...

6.-¿Qué Acciones harías para Brindar Atención Integral a la Persona Adolescente?

Las que sean necesarias, sueño con un mundo para el adolescente bien coordinado en materia de salud, con acciones conjuntas, totalitarias, igualitarias para homogeneizar el cuidado hacia ellos.

7.-Describe un Modelo de Atención a la Persona Adolescente, Basado en el Cuidado Humano en las Instituciones de Salud.

Como te lo he venido mencionando, un modelo de atención como tú me pides que te lo describa debe estar basado en el respeto, la empatía, el amor, la entrega, acciones de cuidado integradoras, participativas, donde se involucren desde el portero hasta el equipo de salud especializado...

ENFERMERA 2

1.-¿Cuál es la Atención que le Brindas a la Persona Adolescente?

Considerando todos los aspectos del adolescente, tanto lo biológico, psicológico, social...

2.-¿Cómo Brindar Cuidado Humano a la Persona Adolescente?

Respetándolo, considerándolo como una persona que vive cambios especiales debido a su edad...

3.-¿Qué Sentimientos te Despierta la Atención que le Brindas a la Persona Adolescente?

Cariño, respeto, amistad, empatía...

4.-¿Qué Cambiarías de la Atención que le Proporcionas a la Persona Adolescente?

La ausencia de integración de las acciones de cuidado del equipo de salud.

5.-¿Qué Significa la Atención en Equipo a la Persona Adolescente?

Significa que debemos trabajar en conjunto por la salud integral del adolescente.

6.-¿Qué Acciones harías para Brindar Atención Integral a la Persona Adolescente?

Creo necesitamos unir esfuerzos en los cuidados a las y los adolescentes, hay que cambiar la ausencia de integración del equipo de salud en la atención de ellos.

7.-Describe un Modelo de Atención a la Persona Adolescente Basado en el Cuidado Humano en las Instituciones de Salud.

Integralista, basado en el respeto, amor, empatía...

3.-COINCIDENCIAS O INTERSECCIONES DE LOS AGENTES EXTERNOS.

Coincidencias o Intersecciones de Agentes Externos	
Médico 1	☞ Atención biopsicosocial. ☞ Respeto, solidaridad, amistad. ☞ Atención integral.
Médico 2	☞ Atención humanizada biopsicosocial. ☞ Respeto, amistad, solidaridad, cariño. ☞ Incorporación de otros profesionales para lograr atención integral a las/los adolescentes.
Enfermera 1	☞ Atención humanizada, considerando los aspectos biopsicosociales. ☞ Respeto, amistad, empatía. ☞ Acciones integrales de cuidados por parte del equipo de salud a los y las adolescentes.
Enfermera 2	☞ Atención biopsicosocial. ☞ Respeto, cariño, empatía. ☞ Atención integral.

CAPITULO VI
BUSQUEDA DE LAS ESENCIAS Y LA ESTRUCTURA
EN LOS ACTORES SOCIALES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

El capítulo trata sobre: la síntesis narrativa, la categorización, la codificación, una vez realizado el análisis del discurso expresado por las personas adolescentes participantes en el estudio, es decir, la interpretación de lo que dijeron, la comprensión de lo que la asistencia a la consulta pertinente como experiencia representa dentro del contexto de su vida, o lo que también se denomina *experiencia vivida*. Simultáneamente, se presenta el proceso de la triangulación, mediante el cual se identificaron las coincidencias o intersecciones de acuerdo a las categorías surgidas para identificar la concepción de la realidad, mediante el análisis de relatos para identificar significados aportados por las personas sobre su pensar, sentir y hacer, así como sus reflexiones acerca de los fenómenos que acontecen en sus vidas, hasta alcanzar la saturación de los datos. Finalmente, se incluye el proceso de estructuración mediante el cual se establece la relación que existe entre las categorías surgidas en el presente estudio.

La síntesis narrativa consiste en sondear los detalles de las experiencias de las personas adolescentes y los significados que éstas le atribuyen. Es la construcción en forma sintetizada, concreta, de los relatos individuales, de acuerdo a los testimonios

expresados por los participantes y en los cuales el investigador, examina los detalles para priorizarlos y evitar repeticiones.

Una vez realizada la construcción de la síntesis narrativa, se procede a estructurar el proceso de categorización de la información obtenida, proceso definido por Leal, J. (2005) como “la recolección y revisión de la información a través de diferentes entrevistas con el grupo de estudio, de manera que las categorías van emergiendo y repitiéndose hasta su punto de saturación” (Pág. 111), así mismo, Martínez, M. (1998) señala que “categorizar consiste en la aparición de símbolos verbales (categorías) en la conciencia, las mismas se cristalizan o condensan el contenido de la vivencia, lo cual permite describir las categorías” (Págs. 69-70). El mismo autor (2008) refiere que “las categorías son ideas, conceptos o interpretaciones abreviadas de las citas, que son el resultado final de un elaboradísimo proceso entre un estímulo ambiguo y amorfo y la actividad interpretativa del perceptor” (Pág. 303).

En este mismo sentido, Strauss, A. y Otros (2002) refieren que

Las categorías son conceptos derivados de los datos, que representan fenómenos, y una vez los conceptos comienzan acumularse, el investigador debe iniciar el proceso de agruparlos o categorizarlos, bajo términos explicativos más abstractos, o sea, en categorías, y al definirla, se vuelve más fácil recordarla, desarrollarla en sus propiedades y dimensiones y diferenciarla mejor al descomponerla en sus subcategorías (Págs. 124-125).

Con respecto a la triangulación, Rodríguez, G. y Otros (1996) refieren que el proceso de triangulación permite “integrar y contrastar toda la información disponible para construir una información global, exhaustiva y detallada de cada experiencia particular” (Págs. 310-311).

En la investigación cualitativa es importante profundizar lo relacionado a la integración entre las categorías surgidas, proceso que es definido por Martínez, M. (2008) como el “proceso de integración de categorías menores o más específicas en categorías generales” (Pág. 153). El mismo autor agrega que “el proceso de estructuración es un ejercicio continuo que tiende a validar una comprensión realista y autentica del tópico estudiado” (Págs. 177).

Por consiguiente, a continuación se procede a describir los aspectos más relevantes que condujeron a la constitución de los significados de las personas adolescentes participantes en el estudio, con respecto a su asistencia a la consulta médica y de enfermería, de acuerdo a su edad. La descripción de este fenómeno es el resultado de las respuestas grabadas a los cuatro (04) participantes para la obtención de los datos necesarios y así lograr la estructuración o creación de los significados atribuidos.

1.-SÍNTESIS NARRATIVA.

En lo referente a este aspecto, se muestra a continuación la condensación de los constructos de las ideas derivados del diálogo entre el investigador y los actores

sociales, así como las categorías surgidas, la codificación de las mismas y la respectiva triangulación.

A continuación se presenta la construcción de categorías resultantes del ordenamiento de los significados de la interpretación de la situación en estudio.

2.-PRESENTACION DE LA MATRIZ DE CATEGORIZACIÓN Y CODIFICACIÓN.

Subcategoría	Categoría	Código
a.-Revisión del cuerpo. b.-Percepción del cuidado para un crecimiento y desarrollo adecuado a la edad.	Acciones Cuidadoras a su Naturaleza Biológica	ACASNB
a.-Ayuda para la identificación y canalización de su conducta rebelde. b.-Interés por un comportamiento saludable con sus familiares, docentes, compañeros y la comunidad donde vive.	Acciones cuidadoras para su adaptación social	ACPSAS
a.-Comprensión por la ayuda profesional. b.-Soporte para su necesidad de afecto. c.-Soporte para su desarrollo como persona. d.-Soporte para el desarrollo saludable de su persona.	Acciones Cuidadoras para su Naturaleza Emocional	ACPSNE
a.-Respeto a su identidad. b.-Mayor confianza. c.-Demostraciones de paciencia. d.-Demostraciones de tolerancia. e.-Respeto a su individualidad. f.-Respeto a su intimidad. g.-Demostraciones de cuidado basado en el apoyo profesional. h.-Demostraciones de cuidado basado en la empatía, cariño, amistad, amabilidad. i.-Que el equipo de salud los escuche atentamente sobre su vida cotidiana. j.-Que el equipo de salud le proporcione orientaciones honestas.	Acciones Cuidadoras Esperadas del Equipo de Salud	ACEDEDS

3.-PROCESO DE TRIANGULACION.

Coincidencias o Intersecciones Identificadas en las Categorías.

1.-Acciones Cuidadoras a su Naturaleza Biológica.

Coincidencias o Intersecciones	
Adolescente D.M.	☞ Revisión del cuerpo. ☞ Cuidado físico.
Adolescente J.M.	☞ Revisión del cuerpo. ☞ Crecimiento y desarrollo físico.
Adolescente L.R.	☞ Revisión del cuerpo. ☞ Crecimiento y aumento de peso.
Adolescente K.D.	☞ Examen físico. ☞ Control de crecimiento.

2.-Acciones Cuidadoras para su Adaptación Social.

Coincidencias o Intersecciones	
Adolescente D.M.	☞ Conducta rebelde. ☞ Dificultades en la relación familiar, liceo y donde vive.
Adolescente J.M.	☞ Dificultades en las relaciones interpersonales. ☞ Dificultades para reafirmar su identidad.
Adolescente L.R.	☞ Crisis de rebeldía. ☞ Dificultades para las relaciones en su entorno.
Adolescente K.D.	☞ Crisis de rebeldía. ☞ Dificultades para las relaciones con la familia, liceo y donde vive.

3.-Acciones Cuidadoras para su Naturaleza Emocional.

Coincidencias o Intersecciones	
Adolescente D.M.	☞ Apoyo de ayuda profesional. ☞ Necesidad de afecto. ☞ Preocupación por su salud. ☞ Interés por su vida.
Adolescente J.M.	☞ Necesidad de afecto. ☞ Mantenerse sano. ☞ Necesidad de que lo consideren una persona. ☞ Conductas saludables.
Adolescente L.R.	☞ Apoyo de ayuda profesional. ☞ Necesidad de afecto.
Adolescente K.D.	☞ Apoyo de ayuda profesional. ☞ Necesidad de sentirse sano.

4.-Acciones Cuidadoras Esperadas del Equipo de Salud.

Coincidencias o Intersecciones	
Adolescente D.M.	☞ Que le respeten su identidad. ☞ Que lo traten con cariño y amabilidad. ☞ Que lo comprendan. ☞ Que lo escuchen con atención. ☞ Más confianza. ☞ Que otros profesionales lo cuiden.
Adolescente J.M.	☞ Orientaciones honestas. ☞ Recibir cuidado basado en el apoyo profesional. ☞ Que le demuestren que lo escuchan atentamente sobre su cotidianeidad. ☞ Más confianza. ☞ Orientaciones honestas.
Adolescente L.R.	☞ Más confianza. ☞ Orientaciones honestas. ☞ Que lo comprendan. ☞ Que le respeten su individualidad e intimidad.
Adolescente K.D.	☞ Que le demuestren en su cuidado tolerancia, paciencia. ☞ Que le demuestren respeto a su persona como adolescente.

4.-PROCESO DE ESTRUCTURACION.

A continuación se muestra el diagrama de la integración e interrelación entre las categorías surgidas en el estudio, las cuales agrupan los significados surgidos en los adolescentes entrevistados.



Figura 1: Elementos integradores que relacionan las categorías surgidas en el estudio; de acuerdo a los significados encontrados en los adolescentes entrevistados.

CAPITULO VII

CONSTITUCIÓN DE LOS SIGNIFICADOS

La esencia de la práctica del equipo de salud y especialmente del profesional de enfermería es el cuidado humanizado, como parte de él, se perfila una complejidad de vivencias del ser humano cuidado que puede lograrse, mediante una comprensión de las mismas. Por ello, la investigación cualitativa es de importante para los profesionales de la salud, pues les permite interpretar la descripción de significados existenciales, dichos por la persona receptora del cuidado e intenta comprender significados de interés de su vida cotidiana: comportamientos, ritos, creencias y valores culturales.

Por consiguiente, en el presente estudio, la trayectoria metodológica utilizada fue la fenomenológica, que tiene tres momentos: descripción, reducción fenomenológica y comprensión.

Para acceder a la información de los participantes se realizaron las siguientes preguntas orientadoras:

1.-¿Cuáles son las Acciones de Cuidado que te realiza el Médico en la Consulta?

- 2.-Explica si te Gustaría ¿Qué el Médico te realizará otras Acciones de Atención o Cuidado?
- 3.-¿Explica si te Sientes Satisfecho con la Atención que te da el Médico?
- 4.-¿Explica las Acciones que te realiza la Enfermera en la Consulta?
- 5.-Explica si te Gustaría ¿Qué la Enfermera te realizara otras Acciones de Atención o Cuidado?
- 6.-Describe las Orientaciones que Recibes de la Enfermera.
- 7.-Describe si te Sientes Satisfecho (a) con la Atención o Cuidado que te Brinda la Enfermera.
- 8.-Describe que otras Acciones Sugieres que el Médico te realice en la Consulta.
- 9.-Describe que otras Acciones Sugieres que la Enfermera te realice en la Consulta.
- 10.-Te Gustaría ¿Qué otros Miembros del Equipo de Salud Participaran en tu Atención o Cuidado durante la Consulta? .

Una vez realizada la transcripción de las entrevistas, los datos aportados fueron interpretados, de acuerdo a la percepción de cada uno de las personas adolescentes y lo que para ellos representó su relación con especialistas; en una apertura primordial al mundo de la vida, que exige una comprensión de sus conceptos, a la luz de la primordialidad de la percepción. Los resultados obtenidos fueron cuatro (04)

categorías, las cuales agrupan las respectivas subcategorías, que permitieron develar la integralidad del fenómeno en estudio. Estas fueron:

CATEGORIA 1: ACCIONES CUIDADORAS A SU NATURALEZA BIOLOGICA.

La categoría está constituida por los siguientes significados:

El adolescente reconoce la *revisión del cuerpo*. Esto concuerda con lo planteado por Merleau-Ponty (1987) quien indica que en la conciencia perceptiva es una noción concreta, fisiológica, basada en lo real del cuerpo humano. El autor converge con las ideas de Sartre al reconocer que el cuerpo humano es junto a lo externo real, la base de la conciencia, y por esto se da un compromiso existencial entre el sujeto y sus circunstancias, pues llega a reconocer que el cuerpo propio es más que una cosa, más que un objeto a ser estudiado por la ciencia, también es una condición permanente de la existencia. El cuerpo constituyente tanto de la apertura perceptiva al mundo como de la *creación* de ese mundo. Existe por lo tanto una inherencia de la conciencia y del cuerpo, que el análisis de la percepción debe tener en cuenta.

Otro significado fue el interés por un desarrollo saludable, que coincide con los planteamientos realizados por Díaz, M. y Otros (2006) quienes refieren que “la adolescencia es un período de crecimiento físico y psicosocial” (Pág. 121) e igualmente, Santrock, J. (2004) denota que “el desarrollo del adolescente está

determinado por procesos biológicos que implican cambios físicos en el cuerpo de la persona” (Pág. 13).

CATEGORIA 2: ACCIONES CUIDADORAS PARA SU ADAPTACION SOCIAL.

La categoría está estructurada por los siguientes significados:

Ayuda para la identificación y canalización de su conducta rebelde, interés por un comportamiento saludable con sus familiares, docentes, compañeros y la comunidad donde vive.

Tales significados guardan relación con lo planteado por Krauskopf (2000) quien resalta que “el desarrollo del adolescente se da en una delicada interacción con los entes sociales de su entorno” (Pág. 9), así como lo planteado por Dulanto (2000) el cual refiere que “Freud al hablar sobre la estructura de la personalidad, establece que la vida de la persona adolescente está llena de tensiones y conflictos, que para reducirlas, ellos mantenían la información bloqueada en su mente inconsciente” (Pág. 153). Así mismo, Santrock, J. (2004) plantea que “los contextos especialmente importante en la vida del adolescente, son la familia y los compañeros, entre otros” (Pág. 21).

CATEGORIA 3: ACCIONES CUIDADORAS PARA SU NATURALEZA EMOCIONAL.

Comprensión por la ayuda profesional, soporte para su necesidad de afecto, soporte para su desarrollo como persona, soporte para el desarrollo saludable de su persona.

Los anteriores significados derivados de los datos aportados por los sujetos adolescentes concuerdan con los planteamientos de Santrock, J. (2004) quien acota que “la adolescencia implica no solo cambios biológicos, sino también cambios cognitivos y socioemocionales, la importancia de las relaciones con el desarrollo social y de la personalidad” (Págs. 16, 22). Por su parte, Krauskopf (2000) refiere que “los adolescentes deben aprender a valorar el cuidado que les proporciona el equipo de salud” (Pág. 9).

CATEGORIA 4: ACCIONES CUIDADORAS ESPERADAS DEL EQUIPO DE SALUD.

Respeto a su identidad, mayor confianza, demostraciones de paciencia, demostraciones de tolerancia, respeto a su individualidad, respeto a su intimidad, demostraciones de cuidado basado en el apoyo profesional, demostraciones de cuidado basado en la empatía, cariño, amistad, amabilidad, que el equipo de salud los escuche atentamente sobre su vida cotidiana, que el equipo de salud le proporcione orientaciones honestas.

Los significados presentes se asemejan a lo formulado por Santrock, J. (2004: 82, 83, 84, 85) quien señala, que Piaget, refiere que

En cuanto al desarrollo de la persona adolescente, ellos utilizan dos procesos para usar y adaptar sus esquemas: la asimilación y la acomodación, la asimilación tiene lugar cuando un individuo incorpora información nueva a un esquema preexistente, en la asimilación, el esquema no se modifica; en cuanto a la acomodación, la misma tiene lugar cuando un individuo ajusta sus esquemas a la información nueva, ellos cambian de un estadio de pensamiento al siguiente. El cambio tiene lugar cuando experimentan un conflicto cognitivo o un desequilibrio al tratar de entender el mundo, ellos se enfrentan al descubrimiento de quienes son (Págs. 82-84).

El mismo autor señala que Piaget formula que “los adolescentes utilizan el pensamiento hipotético-deductivo, y que piensan de forma más abstracta e idealista” (Pág. 85).

CAPITULO VIII

INTERPRETACIÓN DEL FENÓMENO

La fenomenología (o estudio lógico de las cosas tal cual aparecen), presupone que el fenómeno de la percepción ve la existencia como presencia en el mundo de un sujeto entendido como cuerpo propio, garantía de una unidad más profunda inalcanzable, que trasciende más allá del tiempo y el espacio. Lo más importante de las adquisiciones de la fenomenología consiste, en establecer una sinergia entre los extremos del subjetivismo y del objetivismo en su noción de mundo o de racionalidad. La racionalidad es exactamente medida a las experiencias, en las cuales se revela. Hay racionalidad, por cuanto, las perspectivas se recubren, las percepciones se confirman, y aparece un sentido. El mundo fenomenológico es el sentido de la intersubjetividad, en la intersección de mis experiencias y las del otro, en el engranaje de las unas en las otras, es pues inseparable de la subjetividad y de la intersubjetividad que integran su unidad por la reasunción de mis experiencias pasadas en mis experiencias presentes, de la experiencia del otro en la mía. El mundo fenomenológico es la fundación del ser, cuya tarea es revelar el misterio del mundo y el misterio de la razón.

Desde la óptica de la cultura visionar el cuidado humano, implica comprender que es inherente a la naturaleza humana, pues de alguna forma todos los seres

humanos se han cuidado, desde su origen. Comprender el cuidado desde la perspectiva de Leininger, citada por Marriner, A. (1999) implica que aprender de las personas: sus formas de vida, contextos, sentimientos, preocupaciones, creencias, prácticas, valores, expectativas en sucesos tan diversos como maternidad, paternidad, nacimiento, adolescencia, adultez, vejez, enfermedad y muerte, con el fin primordial de ofrecer un cuidado coherente con la cultura.

Este aprendizaje sobre el cuidado en las personas adolescentes, se desarrolla cuando se interactúa con ellas, a las que se cuida. La interacción requiere conocimiento, respeto, sensibilidad y pensamiento crítico, para descubrir y captar las distintas significaciones que aquellas dan a sus vidas y su propio cuidado. El cuidado se configura en una puerta de entrada que permite percibir sus perspectivas y también en un puente que aproxima al profesional de la salud a la cotidianeidad de las personas para aprender de ellas, tener confianza en sí mismo con el reconocimiento de sus capacidades y limitaciones.

Además, el aprendizaje del cuidado en esta etapa depende plenamente de los sentimientos y emociones que desarrolla el adolescente, en su desarrollo psicológico, social, emocional; de ahí que, el personal de salud incluyendo al de enfermería debe conocer las diferentes conductas que asume el adolescente en este período para poder dirigir de manera efectiva el cuidado, en la búsqueda de satisfacción de dicho cuidado a través del amor; cubrir sus necesidades primordiales entre ellas la amistad, el afecto por tanto, la interacción con los padres y la familia debe servir de modelo para

adquirir gran parte de sus conocimientos sobre el mundo y sobre sí mismo, con inclusión de: lenguaje, actitudes, valores, normas, los cuales son fundamentales en su vida futura para: desarrollar una personalidad social y moral como adulto, fortalecer el autoconcepto, la autoestima, lo que exige apoyo permanente de manera individual, dado que en esta edad la persona adolescente es vulnerable a las diversas influencias socioculturales y biológicas.

La etapa de la adolescencia, trae cambios en la esfera física, psicológica, social y afectiva, lo que origina características especiales a estos jóvenes, haciéndolos más susceptibles a las distintas situaciones de la vida. El adolescente presenta una inestabilidad emocional, incoherente e imprevisible, con reacciones afectivas intensas, pero superficiales. El adolescente se caracteriza por tener comportamientos emocionales impulsivos. El desarrollo afectivo de los jóvenes, como parte de sus emociones y sentimientos depende de la satisfacción de sus necesidades, las cuales varían de acuerdo a la situación o de la vivencia que experimente. La estructura y el ambiente familiar, con sus particulares características, pueden contribuir al desarrollo sano del adolescente con factores protectores de la salud integral o, contrariamente determinar factores generadores de daño a él. El proceso de maduración psicoafectiva del adolescente, se desarrolla en *la interacción con los demás* lo que tiene una gran influencia, pues en ésta edad el joven comienza a convivir en grupo, se vincula con los demás y poco a poco crea una realidad social que a su vez, va ejerciendo gran influencia en él; se afecta por lo que otros sienten, creen, dicen y hacen, y a su vez

afecta a los demás con: sus sentimientos, creencias, actitudes, comunicaciones y acciones; de esta forma adquiere la llamada *Interacción Social*.

La adolescencia constituye un momento de vulnerabilidad de los sujetos, en su tránsito a la adultez, lo que cobra una significación especial cuando tiene lugar en situaciones de riesgo, fragilidad y precariedad en los vínculos relacionales, familiares y sociales. La persona adolescente es un ser humano cuyas reacciones básicas al bloqueo o la satisfacción de sus necesidades, deseos, e impulsos, son las de un ser humano de cualquier edad. Se diferencia de las personas de otras edades principalmente en su etapa de desarrollo físico, su estatus de madurez, las cosas de la vida que considera más importantes, y los problemas peculiares que pueda presentar.

CAPITULO IX

APROXIMACIÓN TEÓRICA

El capítulo expresa las contribuciones teóricas bajo una integralidad ontológica, epistemológica y axiológica sobre: **El Cuidado Humano en las Instituciones de Salud: El Significado que le Asigna la Persona Adolescente como Receptora.** Considero que dichos aportes son útiles para fortalecer el conocimiento exigido a los profesionales de la salud, que realizan acciones específicas, acordes con esta etapa del ciclo vital, a nivel de las consultas especializadas.

Por consiguiente, los significados aportados por los informantes claves son importantes para que los profesionales de la salud los tenga en cuenta en el cuidado a la persona adolescente con el fin de alcanzar mayor comprensión de ellos debido a la complejidad de los cambios de orden: Biológico, psicosocial, cognitivo y socioculturales que presenta.

Por la gran responsabilidad profesional que involucra cuidar a otros seres humanos, es recomendable que se cuide en este caso, a la persona adolescente con: Honradez, respeto, empatía, vocación humanista, interés por la vida, solidaridad, discreción, autenticidad personal y compromiso para ayudarlos a satisfacer las necesidades de: La persona, la familia y de la sociedad. Se hace necesario que el

profesional de salud en la relación interpersonal con la persona adolescente asuma actitudes empáticas que faciliten la ayuda para orientar a ésta, a superar los conflictos psicosocioemocionales donde que confronta en su proceso de transición hacia la adultez. Dado que durante la adolescencia y especialmente en el periodo de los 15 a los 19 años, se desarrollan procesos de suma importancia para el ser humano, tales como la afirmación de la personalidad, el alcance del potencial de bienestar y desarrollo social, el desarrollo espiritual, la concreción de proyectos de vida y el logro de su independencia.

Durante el período en que se desarrolla la adolescencia son evidentes los cambios físicos, psíquicos, sociales y culturales que influyen en el cuidado de la salud. Los padres, las instituciones y la experiencia indirecta son importantes para configurar las actitudes del adolescente de las cuales: Las influencias de los padres y el grupo de coetáneos son las primordiales. El adolescente por lo general acepta más influencia de las personas por quienes siente simpatía y usan buenas técnicas, que de aquellas que les resultan poco agradables o utilizan técnicas deficientes para tratar de guiarlo. Por consiguiente, las personas que trabajan con jóvenes, que deseen ayudarlos en su desarrollo social y de aceptación, pueden hacerlo, después de un análisis cuidadoso de la situación y de las necesidades de aquellos. La ayuda ha de hacerse con actitud de servicio, capacidad para integrarse en equipos de trabajo, con asertividad, respeto y tolerancia hacia las ideas y puntos de vista de otros, entre los

cuales son esenciales para su cuidado, las opiniones y decisiones de las/los adolescentes.

El gran desafío del equipo de salud, que se aventuran por los caminos de la antropología para cuidar al adolescente de una manera sensible, y congruente es, ciertamente, abordar el fenómeno con una mirada comprensiva. Esta perspectiva comprensiva obliga a considerar a las personas cuidadas, como expertas en lo propio, para que a partir de allí se puedan hacer las propias interpretaciones y ofrecer las acciones con gran contenido del conocimiento, de la profundidad del ser, en este caso de la persona adolescente. Por supuesto, este enfoque implica no sólo entender a las personas en ese contexto, sino entender que se cuida a alguien, de manera sensitiva y congruente. Es concebir a la persona adolescente en términos de holicidad o unicidad.

La necesidad de los valores: Cuidar con respeto a su persona, amistad, amabilidad y honestidad, expresados por las personas adolescentes participantes en la investigación son guías esenciales para garantizar la continuidad comprensiva de su cuidado, con especial atención a sus cuidadores y/o familiares. Es pertinente estimular el mantenimiento de dichos valores, por cuanto la adolescencia es la etapa donde se forman valores para toda la vida, por ello es necesario adquirirlos en esta etapa, con el fin de asumir en la vida futura: Actitudes aceptables, altos ideales y valores pertinentes para actuar en su vida de adulto.

El conflicto entre valores opuestos es frecuente durante la adolescencia, y es influido por las relaciones con coetáneos y con los padres, así como por los propios sentimientos del adolescente sobre lo bueno y lo malo. Este conflicto a veces es crítico para una persona inmadura y con poca experiencia, por ello es importante la intervención del equipo de salud para proporcionar cuidado a las/los adolescentes con un alto sentido de compromiso y desempeño y responsabilidad.

Saber cuidar expresa no sólo una sabiduría importante de la vida, sino una actitud esencial en el desarrollo de nuestro ser humano, en el cuidado que ofrecemos a los adolescentes y a nosotros mismos, identificamos los principios, los valores, las actitudes que convierten la vida en un vivir bien y las acciones en un recto actuar. Es por esto, que es una responsabilidad ética y moral del personal que conforma el equipo de salud, velar por ofrecer un cuidado integral al adolescente que confía en este personal al momento de acudir a los centros dispensadores de cuidado. Es imperativa la integración del núcleo familiar donde se desenvuelve el adolescente, en el cuidado que le ofrece el equipo de salud a éste, ya que la familia como modelo de imitación, constituye el pilar fundamental para la formación de este adolescente. En consecuencia, las indagaciones realizadas en los jóvenes participantes en este estudio contribuyeron a la construcción teórica de naturaleza ontológica, axiológica y epistemológica acerca del cuidado a las personas adolescentes derivada de los significados que éstas le asignaron a dichos cuidados, que los profesionales de la salud les realizan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Capítulo I. Vivenciando El Problema.

CELY GALINDO, Gilberto (1999). **La Bioética en la Sociedad del Conocimiento**. Colombia. Editorial 3R Colección Bioética.

COLLIERE, Marie F. (1993). **Promover la Vida**. España. Editorial McGraw Hill Interamericana.

DÍAZ, Marta y Otros (2006). **Tratado de Enfermería de la Infancia y la Adolescencia**. España. Editorial Interamericana McGraw Hill.

DULANTO, Enrique (2000). **El Adolescente**. España. Editorial McGraw Hill Interamericana.

GRUPO DE CUIDADO (1998). **Dimensiones del Cuidado**. Colombia. Editorial Unibiblos.

Instituto Nacional de Estadísticas de la República Bolivariana de Venezuela (2007). Disponible: www.ine.gov.ve/población/censopoblaciónvivienda.asp. Consultado: 04/04/2009.

MARTÍNEZ MÍGUELEZ, Miguel (1997). **El Paradigma Emergente. Hacia una Nueva Teoría de la Racionalidad Científica**. México. Editorial Trillas. Segunda Edición.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2003). **Lineamientos Estratégicos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Integral de los y las Adolescentes de Venezuela**. Caracas-Venezuela. Tomo I.

MORA VANEGAS, Carlos (Abril 2002). **El Trabajo en Equipo**. *Diario El Carabobeño*. Venezuela. Cuerpo C. Pág. 6.

Organización Mundial de la Salud (1997). **Actividades a Favor de la Salud de los Adolescentes**. Washington, EEUU.

ZAMBRANO DE GUERRERO, Amarilis y ROMÁN DE CISNEROS, Gladys (2003). **El Cuidar de Sí como Valor en Enfermería**. Tesis Doctoral. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Doctorado en Enfermería. Área de Concentración: Salud y Cuidado Humano. Valencia-Venezuela.

Capítulo II. Aproximación a una Dimensión Metodológica del Estudio.

BASSOLS, M. (1987). **Fenómeno, Estructura y Sujeto. El Debate de Lacan con Merleau-Ponty**. Disponible: <http://www.scb-icf.net/nodus/059MerleauPonty.htm> Consultado: 14/09/2009.

BUBER, Martín (1990). **¿Qué es el Hombre?**. Argentina. Editorial Fondo de Cultura Económica. Segunda Reimpresión. Traductor: Eugenio Imaz.

CRUZ, Manuel (2002). **Filosofía Contemporánea**. España. Editorial Santillana. Ediciones Generales.

DE SOUZA, María C. (1995). **El Desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud**. Buenos Aires-Argentina. Lugar Editorial, S.A.

DORSCH, Friedrich (1976). **Diccionario de Psicología**. Barcelona-España. Editorial Herder.

FERRATER MORA, José (2001). **Diccionario de Filosofía**. Barcelona-España. Editorial Ariel, S.A. Tomo I.

HEIDEGGER, Martín (1991). **El Ser y El Tiempo**. Argentina. Fondo de Cultura Económica. Tercera Reimpresión. Traductor: José Gaos.

LEAL, Jesús (2005). **La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de la Investigación**. Mérida-Venezuela. Centro Editorial Litorama.

MACEIRAS, Manuel y TREBOLLE, J. (1990). **La Hermenéutica Contemporánea**. Colombia. Editorial Cincel Kapelusz. Segunda Edición.

- MARTINEZ ECHEVERRI, Leonor y MARTINEZ ECHEVERRI, Hugo (1998). **Diccionario de Filosofía**. Colombia. Panamericana Editorial Ltda. Cuarta Edición.
- MARTINEZ MIGUELEZ, Miguel (1998). **La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación. Manual Teórico-Práctico**. México. Editorial Trillas. Tercera Edición.
- MARTINEZ MIGUELEZ, Miguel (1999). **La Nueva Ciencia. Su Desafío, Lógica y Método**. México. Editorial Trillas.
- MARTÍNEZ MIGUELEZ, Miguel (2008). **Evaluación Cualitativa de Programas**. México. Editorial Trillas, S.A.
- MUÑOZ, Jacobo y VELARDE, J. (2000). **Compendio de Epistemología**. España. Editorial Trotta.
- RODRIGUEZ, Gregorio; GIL, Javier y GARCIA, Eduardo (1996). **Metodología de la Investigación Cualitativa**. España. Ediciones Aljibe.
- RUSQUE, Ana (1999). **De la Diversidad a la Unidad en la Investigación Cualitativa**. Venezuela. Vadell Hermanos Editores. Ediciones FACES-UCV.
- SANCHEZ, Beatriz (2000). **La Fenomenología: Un Método de Indagación para el Cuidado de Enfermería**. Bogota-Colombia. Editorial Unibiblos.
- STREUBERT, Helen y RINALDI, Dona (1995). **Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative**. Philadelphia. Lippincott Company.
- ZAMBRANO DE GUERRERO, Amarilis y ROMAN DE CISNEROS, Gladys (2003). **El Cuidar de Sí Como Valor en Enfermería**. Tesis Doctoral. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Doctorado en Enfermería. Área de Concentración: Salud y Cuidado Humano. Valencia-Venezuela.

Capítulo III. Aproximación al Referencial Teórico.

BARRIO, Inés y GILLIGAN, Carol (Marzo-Abril, 1999). **La Ética del Cuidado. Un Referente para la Ética de Enfermería.** *Revista Enfermería Clínica.* España. Vol 9. Nº 2.

CARVALHO, M. y NEVES, E. (1998). **O Cuidado na Hospitalizacao: Uma Perspectiva Infanto-Juvenil.** *Revista Texto y Contexto.* Brasil. Editorial Papa-Livro. Vol. 7. Nº 2.

CELY GALINDO, Gilberto (2001). **El Horizonte Bioético de las Ciencias.** Colombia. Editorial Colección Bioética. Quinta Edición.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Diciembre 30, 1999). **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.** Número 5.453. Caracas, Venezuela. Editorial Corporación Big Ben, C.A.

DA SILVA, A. y Otros (Mayo-Agosto, 1998). **Significados Do Cuidado EM UM Universo Infanto Juvenil.** *Revista Texto y Contexto.* Brasil. Editorial Papa-Livro. Vol. 7. Nº 2.

DA SILVA, L. y Otros (Enero-Marzo, 2009). **Significados Atribuidos por Puérperas Adolescentes a la Maternidad: Autocuidado y el Cuidado con el Bebé.** *Revista Texto y Contexto.* Brasil. Editorial Papa-Livro. Vol. 18. Nº 1.

DAVIS, Anne (Enero-Febrero, 1999). **Las Dimensiones Éticas del Cuidar en Enfermería.** *Revista Enfermería Clínica.* España. Vol. 9. Nº 1.

DÍAZ, Marta y Otros (2006). **Tratado de Enfermería de la Infancia y la Adolescencia.** España. Editorial Interamericana McGraw Hill.

DULANTO, Enrique (2000). **El Adolescente.** España. Editorial McGraw Hill Interamericana.

FERREIRA, M. y Otros (2009). **Saberes de Adolescentes: Estilo de Vida y Cuidado a la Salud.** *Revista Texto y Contexto.* Brasil. Editorial Papa-Livro. Vol. 18. Nº 1.

- GALINDO, G. (2001). **El Horizonte Bioético de las Ciencias**. Colombia. Colección Bioética. Quinta Edición.
- GARCÍA, Luís (1997). **Manual de Ética y Legislación en Enfermería**. Madrid, España. Editorial Mosby.
- GONZALEZ, Rosa y BRACHO DE LOPEZ, Cira (2002). **Significado de lo Vivido por las y los Adolescentes en la Construcción de sus Valores en Comunidades Urbanas de las Zonas Sur de Valencia**. Tesis Doctoral. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Doctorado en Enfermería. Área de Concentración: Salud y Cuidado Humano. Valencia-Venezuela.
- HEIDEGGER, Martín (1991). **El Ser y el Tiempo**. Argentina. Fondo de Cultura Económica. Tercera Reimpresión. Traductor: José Gaos.
- KRAUSKOPF, Dina (2000). **Participación Social y Desarrollo en la Adolescencia**. Costa Rica. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Segunda Edición.
- LELOUP, Jean-Yves (1993). **Cuidar Do Ser Filonios Terapeutas de Alexandria**. Gedición-Brasil. Editorial Vozes.
- Ley Orgánica para la Protección del Niño y Adolescente (2007). Venezuela. Ediciones El Papagayo.
- MARRINER TOMEY, Ann y RAILE, Martha (1999). **Modelos y Teorías en Enfermería**. Madrid-España. Editorial Harcourt Brace. Cuarta Edición.
- McCANCE, McKenna (1997). **Caring: Dealing with Difficult Concept**. *Revista International Journal of Nursing Studies*. Washington-Estados Unidos.
- McNEILL, DP; MORRISON, DA y NOUWEM, HJM (1982). **Compasión**. Santander. Editorial Sal Terrae.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2003). **Lineamientos Estratégicos para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Integral de los y las Adolescentes de Venezuela**. Caracas, Venezuela. Tomo I.

- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2003). **Reglamento Técnico Administrativo para la Promoción y el Desarrollo de la Salud Integral de los y las Adolescentes de Venezuela**. Caracas, Venezuela.
- MORIN, Edgar (1992). **La Noción de Sujeto. Nuevos Paradigmas Subjetividad**. Barcelona-España. Editorial Paidós.
- PAPALIA, Diane (2005). **Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia**. México. Editorial McGraw Hill. Novena Edición.
- REICH, W.T. (1996). **Contemporary Ethics of Care**. *Encyclopedia of Bioethics*. New York. The Free Press. Segunda Edición. Vol 1.
- SCHONFELD, W.A. (1991) **La Psyciatric de l' Adolescent, un Defi Pour Tous les Psyciatrics. Confrontación Psychiatrique**. Paris. Editado por Sociedad Paxisienne d' Expansión Chinique. N° 7.
- SANSON, I. y NEVES, E. (1998). **Una Comprensión Existencial Heideggeriana de ser Gestante Adolescente en Transición: Un Enfoque de Cuidar-Pesquisar**. Tesis Doctoral. Universidad Federal de Santa Catarina. Doctorado en Enfermería. Santa Catarina-Brasil.
- SANTROCK, John (2004). **Adolescencia**. España. Editorial McGraw Hill. Novena Edición.
- UMENICK, S.S. y WILKERSON, N. (1991). **Adolescent Pregnancy**. *Revista Nursing Perspective on Prevention*. Original Article Series 17:1.
- VALANDRO, K. y Otros (Enero/Marzo, 2009). **Ser Cuidada por Profesionales de la Salud: Percepciones y Sentimientos de Mujeres que han Sufrido Abortos**. *Revista Texto y Contexto*. Brasil. Editorial Papa-Livro. Vol. 18. N° 1.
- WALDOW, Vera (1998). **Cuidado Humano. El Rescate de lo Necesario**. Brasil. Editorial Sagra Luzzatto. Traductor: Rosa Gonzáles.
- WATSON, Jean (1988). **Nursing Human Science and Human Care A Theory of Nursing**. New York. National League For Nursing.

ZAMBRANO DE GUERRERO, Amarilis y ROMAN DE CISNEROS, Gladys (2003). **El Cuidar de Sí Como Valor en Enfermería**. Tesis Doctoral. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Doctorado en Enfermería. Área de Concentración: Salud y Cuidado Humano. Valencia-Venezuela.

Capítulo V. Perspectivas de los Profesionales de la Salud sobre el Cuidado Humano a la Persona Adolescente.

HOLLOWAY, Wheeler (2002). **Qualitative Research in Nursing**. Oxford. Blackwell Publishing. Segunda Edición.

Capítulo VI. Búsqueda de las Esencias y la Estructura en los Actores Sociales Participantes en el Estudio.

LEAL, Jesús (2005). **La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de la Investigación**. Mérida-Venezuela. Centro Editorial Litorama.

MARTINEZ MIGUELEZ, Miguel (1998). **La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación. Manual Teórico-Práctico**. México. Editorial Trillas. Tercera Edición.

MARTÍNEZ MIGUELEZ, Miguel (2008). **Evaluación Cualitativa de Programas**. México. Editorial Trillas, S.A.

RODRIGUEZ, Gregorio; GIL, Javier y GARCIA, Eduardo (1996). **Metodología de la Investigación Cualitativa**. España. Ediciones Aljibe.

STREUBERT, Helen y RINALDI, Dona (1995). **Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative**. Philadelphia. Lippincott Company.

Capítulo VII. Constitución de los Significados.

BASSOLS, M. (1987). **Fenómeno, Estructura y Sujeto. El Debate de Lacan con Merleau-Ponty**. Disponible: <http://www.scb-icf.net/nodus/059MerleauPonty.htm> Consultado: 14/09/2009.

DÍAZ, Marta y Otros.(2006). **Tratado de Enfermería de la Infancia y la Adolescencia**. España. Editorial Interamericana McGraw Hill.

DULANTO, Enrique (2000). **El Adolescente**. España. Editorial McGraw Hill Interamericana.

KRAUSKOPF, Dina (2000). **Participación Social y Desarrollo en la Adolescencia**. Costa Rica. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Segunda Edición.

SANTROCK, John (2004). **Adolescencia**. España. Editorial McGraw Hill. Novena Edición.

Capítulo VIII. Interpretación del Fenómeno.

MARRINER TOMEY, Ann y RAILE, Martha (1999). **Modelos y Teorías en Enfermería**. Madrid-España. Editorial Harcourt Brace. Cuarta Edición.

ANEXOS

ANEXO “A”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el Doctorado en Enfermería, de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Carabobo, se está realizando la investigación titulada: **El Cuidado Humano en las Instituciones de Salud: El Significado que le Asigna el Adolescente como Receptor** para lo cual se requiere la autorización por escrito de los padres o representantes de los adolescentes que van a participar en dicho estudio.

Datos del representante

Yo _____ CI _____
 Nacionalidad _____ Estado _____ Civil _____ En

pleno uso de mis facultades mentales y sin que medie coacción ni violencia alguna en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, inconvenientes y riesgos relacionados con el estudio que más abajo indico, declaro mediante la presente.

1.-Haber sido informado de manera objetiva, clara y sencilla, por parte de la docente Investigadora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Carabobo, Prof. Ani Evies de todos los aspectos relacionados con la investigación titulada: **El Cuidado Humano en las Instituciones de Salud: El Significado que le Asigna el Adolescente como Receptor**.

2.-Tener conocimiento claro de que el objetivo fundamental del trabajo antes señalado es el: Generar una construcción teórica de naturaleza ontológica, axiológica y epistemológica acerca del cuidado a las personas adolescentes, derivadas de los significados que éstas le asignan, así como los de los profesionales de la salud que lo realizan.

3.-Que la información que suministre al equipo de investigadoras será utilizada única y exclusivamente con fines académicos.

4.-Que las investigadoras me ha garantizado confidencialidad relacionada tanto a mi identidad como de cualquier información relativa a mi persona a la que tengan acceso por concepto de mi participación en la investigación antes mencionado.

5.-Que estoy de acuerdo en el uso, para fines académicos, de los resultados obtenidos en el presente estudio.

6.-Que mi participación en dicho estudio no implica riesgo ni inconveniente alguno para mi salud, imagen personal o profesional.

7.-Que cualquier pregunta que yo tenga en relación con este estudio, me será respondida oportunamente por parte del equipo de investigadores antes mencionado a quienes puedo contactar en la Escuela de Enfermería.

8.-Que bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendo recibir algún beneficio de tipo económico producto de los hallazgos que puedan producirse en el referido proyecto de investigación.

ANEXO “B”

DECLARACIÓN DEL VOLUNTARIO

Luego de haber leído, comprendido y recibido las respuestas a mis preguntas con respecto a este formato de consentimiento y por cuanto mi participación en este estudio es totalmente voluntaria acuerdo:

a.-Aceptar las condiciones estipuladas en el mismo y a la vez autorizar a la Prof. Ani Evies a darle el cuestionario a mi representado con la finalidad de realizar el referido estudio.

b.-Reservarme el derecho de revocar esta autorización así como mi participación en el proyecto, en cualquier momento, sin que ello conlleve algún tipo de consecuencia negativa para mi persona.

Nombre Apellidos_____CI_____Firma_____

Representante del alumno:_____

Cursante del Ciclo Diversificado:_____Año:_____Sección:_____

Investigadoras:

Nombre Apellidos_____CI_____Firma_____

Nombre Apellidos_____CI_____Firma_____

DECLARACIÓN DEL INVESTIGADOR

Luego de haber explicado detalladamente al voluntario la naturaleza de la investigación mencionada, certifico mediante la presente que, a mi leal saber, el sujeto que firma este formulario de consentimiento comprende la naturaleza, requerimientos, riesgos y beneficios de la participación en esta investigación.

Ningún problema de índole médica, de idioma o de instrucción ha impedido al sujeto tener una clara comprensión de su compromiso con este estudio.