

DISEÑO DE UNA CAMPAÑA PEDAGÓGICA DE HUMANIZACIÓN EN SALUD

Informe final

COD: 1437

SANDRA MILENA BECERRA ALMANZA

MARIA ISABEL PULIDO MORENO

MARIA LILIANA MUÑOZ

Asesora

CORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

JUNIO DE 2012

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	3
Planteamiento del Problema.	4
Justificación del Problema.	4
Marcos de referencia	5
Objetivos	23
Variables y/o categorías de evaluación	23
Tipo de investigación	24
Diseño	24
Participantes o sujetos	24
Instrumentos	25
Procedimiento	25
Resultados	27
Discusión	28
Conclusiones	29
Referencias	30
Apéndice	

DISEÑO DE UNA CAMPAÑA PEDAGÓGICA DE HUMANIZACIÓN EN SALUD

Sandra Milena Becerra

Isabel Pulido Moreno

Corporación Universitaria Iberoamericana, Bogotá, Colombia.

Resumen

La humanización en el ámbito de la salud es una necesidad latente tanto para el personal médico, paramédico y administrativo, como para usuarios de entidades prestadoras del servicio ya que la monotonía en el trabajo y las labores del día a día hacen las labores automáticas y poco cálidas, afectando la imagen de la institución de Salud; perdiendo de vista la importancia de la dignidad humana manifestada en una relación de reciprocidad y de buen trato entre pacientes y cuidadores. En Colombia esta problemática ha sido abordada desde hace 25 años con un centro religioso que tiene como estrategia la formación humana y ética de los trabajadores de la Salud a través de seminarios y capacitaciones de humanización, conformación y asesoría de los equipos de humanización y el desarrollo del proyecto “Hospital Humano”. De acuerdo a lo anterior y como una forma de seguir fortaleciendo el servicio sanitario y contribuir en la formación de hábitos y actitudes tales como; la tolerancia, la paciencia, el amor, el agradecimiento, entre otros que promuevan una atención basada en el respeto, los deberes y la dignidad humana, se realizó el “Diseño de una Campaña Pedagógica de Humanización en Salud” teniendo en cuenta que el tiempo del que dispone tanto el personal de una entidad prestadora del servicio, como el de los usuarios es limitado; con la campaña se busca que las actividades desarrolladas sean de tipo vivencial ya que estas generan mayor sensibilización, reflexión y autoaprendizaje, optimizando de esta manera los procesos, el crecimiento personal, de la institución de salud, el bienestar y la atención integral del paciente.

Palabras clave: Humanización en salud, atención en salud, educación en salud.

Introducción

Teniendo en cuenta que la salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano y como derecho fundamental debe respetarse cumplirse y seguir ciertos parámetros para su establecimiento. Es importante destacar que el Diseño de la Campaña Pedagógica de Humanización en Salud”, presenta una nueva propuesta de sensibilizar, educar y transmitir conocimientos tanto a profesionales de salud como a usuarios sobre temas que permitan reflexionar acerca de la importancia de una relación de ayuda adecuada en la atención. La profesión en salud va direccionada a brindar un excelente servicio y es una labor que requiere de calidad humana, buscando satisfacer las necesidades tanto físicas como emocionales de los pacientes.

Para el diseño de la propuesta es necesario la elaboración de una serie de actividades que promuevan una cultura de servicio humanizado de una manera práctica, dinámica, directa y vivencial que conformen la campaña de “Humanización en Salud” permitiendo a las entidades prestadoras del servicio y a los usuarios mejorar las condiciones en las que se ofrece y recibe la asistencia médica, promoviendo de esa manera la calidad de vida, resaltando la dignidad humana, el buen trato, que se respete los derechos y se cumplan los deberes que como personas necesitan desarrollar. Para acercarse al cumplimiento de tales objetivos fue necesario tener en cuenta que; actividades como dar una capacitación de manera magistral tanto a usuarios como a funcionarios de una entidad de Salud es pertinente, pero puede convertirse en algo posiblemente aburrido, con dificultades tanto de acceso a la población por tiempo y por falta de receptividad por parte de los asistentes, teniendo en cuenta en primer lugar que las personas a intervenir son rotantes y que el personal administrativo no puede contar con el tiempo para esta clase actividades.

Para tener una mayor y efectiva elaboración del diseño de la campaña pedagógica, es necesario conocer a profundidad el tema de Humanización en

Salud, su significado, orígenes, el trabajo realizado a nivel mundial y nacional, los agentes responsables de la deshumanización, permitiendo de esa manera una mayor orientación en el diseño de las actividades que contribuyan a la gran tarea de humanizar la salud. Como el “Diseño de la Campaña pedagógica de Humanización en Salud”, pretende sensibilizar al personal que integra las entidades prestadoras del servicio y los usuarios para tal fin, se considera importante revisar el siguiente planteamiento: ¿Cuál es la estructura pedagógica de una campaña para la humanización de la salud?

Marco de referencia

Definición y fundamentos de humanización

Según Rodríguez (2004), director de ARS Medica Revista de Estudios Médicos Humanísticos Pontificia Universidad Católica de Chile en la publicación de un artículo titulado “*Hacia la humanización de la Salud*” dice: “Humanización significa el acto de compenetrarse; que los seres humanos ocupamos un sitio especial en este universo y que somos las únicas criaturas capaces de entenderlo” (p3). Esta definición significa para el autor que “El enfermo no es un objeto técnicamente tratable y modificable a voluntad. No es jamás un instrumento para hacer algo y la única justificación para intervenir en él es la de ayudarlo a crecer y florecer hacia su propio fin. Esto es obvio para muchos médicos, pero a menudo se olvida” (p3).

Bermejo (2004), como pionero en humanización, afirma en cuanto al concepto que el diccionario de Teología Pastoral Sanitaria, Spinsanti define la humanización como “una actitud mental, afectiva y moral, que obliga al agente de salud a repensar los propios esquemas mentales y a diseñar modos de intervención para que se orienten al bien del enfermo (persona que, por encontrarse en dificultad, no siempre es capaz de formular correctamente su propia necesidad” (p1).

Bermejo (2004), Director de un centro de Humanización en Madrid España, en su artículo publicado “Que es humanizar la salud”, hace énfasis en los aspectos que provocan la deshumanización, surge cuando el hombre no se reconoce a sí mismo como un sujeto moral, condición que le obliga a buscar el bien para la persona vulnerable y a ser responsable de sus actos. Como dice el imperativo Kantiano: “Actúa de tal modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la persona del otro, no como un mero medio, sino siempre como un fin”. Cuidar es una tarea ineludible y sólo un alma cultivada puede ayudar a otra respetando su libertad, intimidad y autenticidad. Dicho artículo analiza el fenómeno de la deshumanización, pero explora también de manera sencilla y profunda, el significado y las implicaciones de la humanización del mundo de la salud y el sufrimiento humano. Ya desde el título, el autor atrae con la fuerza de un imán; además de presentar el camino de la inteligencia emocional y de la sabiduría del corazón como vía para el establecimiento de correctas relaciones en las profesiones sociales y de la salud, plantea un problema bioético fundamental, que analiza con rigor y pasión e invita a humanizar los ámbitos por difícil que parezca, priorizando la persona sobre todas las cosas.

De acuerdo al énfasis que hace Bermejo (2004), se puede relacionar con los planteamientos de Goleman (1995), acerca de la inteligencia emocional, quien afirma que es importante identificar y resaltar que la misma va de la mano con el estado de salud, ya que existen numerosas investigaciones que demuestran que el estrés y las emociones negativas debilitan la eficacia de distintos tipos de células inmunológicas. Donde se ha dado origen a una nueva ciencia llamada la psiconeuroinmunología (PNI). A partir de entonces, una serie de investigadores como las de Ader, (1990), ha descubierto que los mensajeros químicos más activos, tanto en el cerebro como en el sistema inmunológico, se concentran en las regiones nerviosas encargadas del control de las emociones (Goleman, 1995).

Goleman (1995), destaca el poder curativo del apoyo emocional, donde el recibir una intervención terapéutica a nivel individual y grupal permiten exteriorizar sentimientos, escuchar sus penas, sus miedos y su impotencia, aumentando así la esperanza de vida sobre la enfermedad permitiendo prepararse de mejor forma para los diferentes cambios y asumir la vivencia como en el caso del cáncer. Pennnebaker (1992), propone como psicólogo, sobre el efecto beneficioso que conlleva hablar de los problemas que más nos preocupan. Apoyando lo anterior, Cabrera, Bonet, y Olazabal, (2008) hacen una reflexión sobre el dolor y el sufrimiento, encontrándose la causa fisiológica y psicológica; y aunque no se calman totalmente, siempre se llevan consigo, siendo necesario que atendamos las necesidades espirituales siempre que sea posible, para al menos minimizar los efectos que tanto daño ocasionan y forman parte de la tarea de humanizar, en especial para las enfermeras quienes están más cerca del paciente y es importante manifestar la solidaridad y la afectividad para propiciar un alivio. Poblete y Valenzuela, (2007), resaltan la labor de la enfermera es la función de mejorar, preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, pero más que eso, es tratar al enfermo teniendo en cuenta la individualidad e integridad y no como un objeto de estudio, siendo llamada a ayudar al paciente a aumentar la armonía dentro de la mente, el cuerpo y el alma.

Esta labor de armonía tiene que ver también con el manejo de las emociones negativas, las cuales construyen una seria amenaza para la salud. Por tanto es importante el promover las emociones positivas como una forma de intervenir y mejorar la enfermedad pero para eso es importante sensibilizar al paciente y promover la atención médica emocionalmente inteligente que supone la presencia de una enfermera o un doctor emotivos y atentos a sus pacientes, capaces tanto de escuchar como de hacerse oír. Esto implica el cultivo de una "atención médica centrada en la relación" y el reconocimiento de que la relación entre médico y paciente constituye un factor extraordinariamente significativo para

el buen curso de la enfermedad, donde la formación de los futuros médicos se incluyera el conocimiento de algunos rudimentos básicos de la inteligencia emocional especialmente la toma de conciencia de uno mismo y las habilidades de la empatía y la escucha (Goleman, 1995).

Experiencias que humanizan

Es importante resaltar las diferentes formas que llegan a generar un cambio en la población cuando se humaniza, realizando así un recuento. Por tanto empezaremos con la experiencia realizada en Brasil con Baliari y Rosado (2010), quienes explican la importancia de intervenir de otra forma la humanización a través de médicos de la alegría o payaso. Esta figura ha pasado por diferentes momentos y lecturas históricas, lo que permite adquirirla como una figura arquetípica. El papel del payaso en la sociedad históricamente fue el del ridículo, objeto de risas, no sólo es un ser congruente, autentico y valiente, sino que también es frágil y transparente en sus significaciones. En la actualidad los significados de este personaje son reconstruidos, como por ejemplo, los programas de payasos en intervenciones comunitarias es un fenómeno nuevo que ha crecido de forma considerable en los últimos años. Ellos se encuentran en diferentes lugares, como hospitales, campos de refugiados, territorios en vías de desarrollo y en situaciones de emergencia en todo el mundo, ocupando ahora un espacio de transición rumbo a la configuración de cuidador. Preocupados ahora en promover la salud a través del humor, de la risa y de una atención autentica y verdadera con el otro, estos artistas encajan cada vez más, en intervenciones comunitarias, ejerciendo así un papel social y sanitario significativo.

Una segunda experiencia tiene que ver sobre la aplicación de un modelo de atención amigable en un hospital de Chile, cuyo objetivo es proporcionar una atención de salud de alta calidad técnica centrada en el niño enfermo y su familia. Procurando reducir el miedo, la ansiedad y el sufrimiento que se produce debido a

la atención de salud recibida. Este trabajo fue realizado por un equipo de trabajadores sociales y psicólogos. Para la aplicación de dicho modelo fue necesario aplicar instrumentos como entrevistas estructuradas y semiestructuradas dirigido a padres y madres de niños y niñas con patologías crónicas que se encuentran cursando entre 1 básico y 4 realizando un diagnóstico psicosocial que permitió identificar necesidades importantes como la falta de información a los padres, reconocer y aliviar el dolor físico y psicológico y permitir el juego y el aprendizaje con el fin de elaborar estrategias de difusión y sensibilización donde se invitaba a cada médico y paramédico a utilizar un utensilio divertido y lúdico para atender a los pacientes una vez al mes, se realizó en 1 año y medio con una participación mensual de 100 funcionarios, donde se rescataron iniciativas amigables como masoterapia, globoflexia para mejorar la disposición del funcionario hacia la atención amigable. Teniendo en cuenta la experiencia se decidió implementar lo siguiente: concurso anual de proyectos de iniciativas amigables, rediseño de la estrategia de instalación del modelo hospital amigable. Así como otras propuestas como capacitación y consolidación de grupos de apoyo y mantener mensualmente “el día del accesorio entretenido” con el fin de mantener y mejorar la atención médico paciente (Mora, Slater, Miranda, Lopez, & Artaza,2010).

Otra forma de humanizar es visitando al personal que se encuentra con hospitalización domiciliaria como es el caso de las personas de VIH/sida, donde es importante el realizar un trabajo comunitario, siendo un espacio que genera confianza y responsabilidad. Roque, Pileta, Guerra & Mustelier, (2009).Este trabajo realizado en cuba permitió que el personal con esta enfermedad reconociera la importancia del servicio ambulatorio como la vía de reinserción a la sociedad, donde se entrena al paciente como a la familia para saberse cuidar y mantener la vida y la supervivencia, contando con un servicio personalizado con el fin de evitar congestionar los servicios médicos brindando servicio con calidad,

esta investigación contó con una etapa de diagnóstico, recolección de datos y nivel de conocimiento de la enfermedad, seguido de la etapa de intervención (capacitación de la enfermedad), y para finalizar una etapa de evaluación la cual arrojó resultados positivos puesto que se logró que más del 50 de la población aceptará este tipo de intervención, teniendo en cuenta que además de mejorar su estado de salud necesitan recobrar la confianza en si mismo, en su familia y en la sociedad.

Cuando hablamos de hacer parte a la familia en el proceso de la enfermedad del paciente, se logra generar compromiso en cada uno de los miembros. Silva, Soares, Muniz, Andrade, Torres & Gómez,(2011). En un hospital de Brasil se implementaron un estudio sobre la importancia de humanizar el personal a nivel de atención de partos en adolescente especialmente para reconocer la necesidad de recibir una capacitación especial para transformar los espacios destinados a este grupo de usuarios, haciéndolos más acogedores, incluyendo la participación de la familia, permitiendo que la mujer tenga autonomía sobre su cuerpo en el momento del parto.

Por tanto la humanización parte desde la atención de calidad articulada a los avances tecnológicos, con acogida y ambiente de trabajo y de las condiciones del trabajo de los profesionales en la asistencia obstétrica, proporcionando una atención con calidad con el mínimo de procedimientos. Otro estudio en madres gestantes adolescentes, Andrade, Vasconcelos y Ferreira, (2008). Quienes realizaron en otro hospital de Brasil en el estado de Ceará teniendo en cuenta el evaluar la atención del parto donde manifestaban la falta de atención y cuidado de la enfermera, puesto que las adolescentes necesitan mayor atención y cuidado siendo informadas de todos los procedimientos médicos, pero se ha perdido la identidad profesional de la enfermera, puesto que muchas no cumplieron con la labor de cuidar del paciente de forma integral, requiriendo en la mayoría de casos satisfacer las necesidades afectivas como cariño, amor, atención y confianza y de

desarrollo como lo es el aprendizaje, teniendo en cuenta las nuevas leyes que promueven el mayor cuidado al adolescente.

Por otra parte, en el estado de México, en el año 2001 se realizó un estudio observacional, transversal y correlacional, en un hospital de segundo nivel, con el fin de conocer la percepción que el usuario tienen del trato digno ofrecido por el departamento de enfermería, reconociendo que la percepción del usuario se construye a partir de sus expectativas, la satisfacción de sus necesidades y los resultados obtenidos del proceso de atención, reflejando el grado de satisfacción con la atención y la calidad de los servicios recibidos. Evaluar la percepción del usuario, le permite al centro hospitalario obtener un conjunto de conceptos y actitudes en relación a la atención ofertada, situando áreas de oportunidad y la creación de estrategias para la mejora continua, minimizando las deficiencias que pongan en riesgo la satisfacción de la población usuaria (García & Cortés 2012).

El Sistema de Salud mexicano, con la convicción de mejorar los servicios y eliminar la poca confianza que le otorga la población, desarrolló la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la cual, propone abatir las inequidades entre entidades, instituciones y niveles de atención, tomando como eje de acción a los recursos humanos del mismo sistema, ubicando al personal de enfermería como vector de calidad con apego al respeto de la dignidad humana, bajo principios éticos y científicos. La entonces Comisión Interinstitucional de Enfermería, estableció el Sistema de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería, gestionados a partir de indicadores, los cuales permitieran controlar el riesgo de daños innecesarios al paciente e identificar su percepción en cuanto al trato recibido. El Indicador de “Trato Digno por Enfermería” (TDE), es uno de los tres primeros que se posicionó para la evaluación del quehacer profesional de enfermería en su dimensión técnica e interpersonal. Se define como “la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria” (García & Cortés 2012).

García y Cortés, (2012), El resultado de la investigación muestra que desde la perspectiva del usuario, el trato digno por enfermería se cumple parcialmente, ya que la percepción del trato digno que recibe no es totalmente adecuada, por lo tanto es imperativo resaltar la necesidad de fortalecer las bases teórico prácticas de la calidad de la atención en el personal de enfermería, que esté comprometido con el cuidado integral de la vida humana y considerando como parte fundamental de la atención la esfera psicosocial del paciente.

Derechos humanos y salud

Por derecho a la salud se entiende el acceso a los servicios de promoción de la salud, de prevención y curación de enfermedades y de rehabilitación en los casos de deterioro de la salud. Esta categoría abarca también el acceso a una alimentación adecuada, a un trato digno, a condiciones de trabajos sanos y seguros y a servicios de apoyo para el cuidado de la salud. El objetivo de brindarles a todos los ciudadanos la oportunidad de alcanzar un estado adecuado de salud sin enfermedades evitables, así como la oportunidad de estar suficientemente bien nutrido, deben formar parte de los objetivos de desarrollo de toda sociedad; cuando se niega el derecho a la salud se pone en riesgo el derecho a la vida, que es el derecho fundamental por excelencia según la Constitución. Esta teoría desafortunadamente se ha convertido en una de las pocas vías de intervención estatal en el funcionamiento del mercado de la salud en Colombia (Álvarez, 2005).

Según Bermejo (2009a, 2009b), Humanizar es un deseo universal, una necesidad: vivir conforme a la dignidad humana. En el mundo de la salud, esta urgencia se experimenta de manera más lenta, dado que los seres humanos se encuentran vulnerables y susceptibles de sentirse tratados con mucha tecnología y que en medio de la fragilidad necesitan encontrarse con personas verdaderamente interesadas por su vida, tanto en procesos diagnósticos, como

terapéuticos y en el proceso del morir. Son muchos los ámbitos de inmunización: la gestión de los recursos, el ámbito cultural, ético, político, laboral y estructural.

Hay que humanizar la sanidad para que cada vez responda más en sintonía con los valores genuinamente humanos a las necesidades de las personas. Y la humanidad entera necesita un proceso de salud, que, en este caso, podríamos decir igualmente de humanización: más justicia, más solidaridad. En el fondo, «más corazón en las manos» como decía San Camilo, patrono de hospitales, enfermos y enfermeros. De acuerdo al anterior planteamiento, una forma básica sería usada como una regla de oro: “Trata a los demás como quisieras que te trataran a ti”.

Teniendo en cuenta que muchos países latinoamericanos y en el mundo , como es el caso de Brasil, Sanchez, Verdian, y Moravcik,(2010), donde se están empezando a evaluar a los profesionales de la salud y cuestionar su labor humanizadora, así como generar espacios para retroalimentar los procesos y mejorarlos para llegar a conclusiones como el mayor entrenamiento del profesional médico y paramédico sobre la importancia en humanización, recociéndolo como una necesidad importante que hay que enfrentar para mejorar los servicios y el flujo de atención en los diferentes niveles hacia la construcción de un modelo integrador humanizado que requiere del compromiso conjunto de la institución.

El acto médico, personal y moral

Es importante resaltar que el acto o el papel del médico, en la relación interpersonal entre enfermo y médico en un momento especial en la vida, con características específicas y una de las recomendaciones es que exista siempre un médico responsable, que hará las veces de “puente” entre el enfermo, sus familiares o representantes legales y el equipo médico, pues hay muchos factores que intervienen en la medicina actual, generalmente practicada en hospitales

diferentes, por uno o varios grupos de médicos especializados, responsables de su acto médico ante la Ley y la comunidad; esta última es la más importante, pues tiene además de fuerza legal un aspecto moral y otorga al médico su dignidad al prestigiarle. Hay consejos que no sobran: el médico no debe dar nunca garantía de éxito de su intervención, debe tener mucho cuidado en su comunicación con el enfermo y sus allegados, presentar en lenguaje llano el aspecto más positivo y con prudencia comunicar su percepción en cada caso que se le presente. Debe tener en todo momento clara noción de que el enfermo reciba el beneficio máximo de su intervención, y en caso de una situación final debe colaborar con familiares y amigos y enfrentar junto con ellos el momento triste de perder a un paciente. La decisión que el médico tome debe ser comunicada por él mismo, con honestidad, responsabilidad, con certeza clara de lo que espera de la terapéutica que el aconsejó y las posibilidades razonables de curación en ese caso específico y con la oferta de ayudar en todo lo que él pueda. Habrá casos en donde no se establezca un diagnóstico integral, se deben tratar con el mejor criterio fisiopatológico accesible al médico en ese momento y circunstancias, no es criticable nada, excepto vulnerar el horizonte esperanza que mencionamos antes. Estos son algunos de los principios éticos fundamentales del acto médico:

- a) La vida, valor fundamental y condición de cualquier otro valor.
- b) La dignidad de toda persona, el ser humano, todos, enfermo y médico se debe respetar.
- c) Toda persona tiene autonomía, es decir libertad, y aún en menores y en sujetos con cualquiera limitación, obliga a la responsabilidad y cuidado de la autonomía (Reyes & Delong, 2010).

En una sociedad democrática, el personal de salud puede y debe desempeñar un papel fundamental en la detección, atención, documentación y sistematización de casos de abuso contra los derechos humanos que afectan la salud, así como también en la defensa y promoción de dichos derechos, empezando por el propio derecho a una atención en salud. La educación en

derechos humanos para el personal de salud no puede concebirse como una tarea aislada (Miranda & Yamin, 2008).

En los últimos años se está hablando cada vez con más insistencia sobre la "Humanización de la asistencia y los programas de salud" y uno de los signos de la conciencia de la necesidad de humanizar es la insistencia en el cuidado del cuidador a partir de la constatación de que el trabajo sanitario comporta un particular estrés en los profesionales. Si la denuncia de la deshumanización parece referirse sobre todo a la falta de encuentro humano auténtico en la práctica sanitaria o al progreso de la tecnología utilizada en los diagnósticos y en los tratamientos cada vez más complicados, también se refiere, en muchas ocasiones, a las consecuencias que sobre el agente de salud tiene el modo de realizar el trabajo. Estar en constante contacto con el mundo del sufrimiento y del dolor, desencadena reacciones no indiferentes para el profesional, que repercutirán en su estado de ánimo y en su misma salud en sentido global (Bermejo, 1998).

Según Bermejo (1998) la consideración de la naturaleza de la profesión sanitaria nos puede permitir darnos cuenta de las características que la hacen particularmente estresante. El profesional utiliza su comunicación y su persona como elemento terapéutico tanto con el paciente como con la familia, con el consiguiente coste emocional para el profesional. En realidad, todo tipo de terapia o tratamiento que se realiza con el enfermo, tiene lugar mediante la comunicación interpersonal. En cierto sentido se podría decir que la comunicación interpersonal, el encuentro humano, es el medio primero y fundamental para realizar un diagnóstico y para llevar a cabo cualquier tipo de tratamiento. Unas pruebas diagnósticas, sean del tipo que sean, son realizadas por muchos aparatos y medios técnicos que se utilicen gracias a la comunicación previa con el paciente y en el mismo acto de realizarlas se produce comunicación, aún en el caso en que

el que lleve a cabo la prueba mantenga absoluto silencio. La comunicación, pues, es un medio inevitable para el tratamiento de los enfermos. La empatía requiere un paso más que la comprensión.

Es necesario que se traduzca en habilidades de relación, conseguir que el ayudado se sienta escuchado y comprendido. De ahí la importancia no sólo de la disposición o actitud empática, sino de las habilidades relacionales necesarias para hacer llegar la comprensión. En este sentido, es de gran utilidad, además del lenguaje no verbal, la respuesta reflejo o reformulación, es decir, la comunicación del agente de salud al enfermo o familiar de cuanto él ha comprendido de la experiencia que está viviendo y expresa. Pero para poder responder adecuadamente y traducir la actitud empática en habilidad de comunicación nada es tan útil como la escucha activa. La escucha es, sin duda, una de las formas más eficaces de comunicar respeto. Es la oferta sencilla y humilde de un lugar donde habitar fuera de la propia angustia. El que sufre encuentra en el que escucha realmente, una posada, un templo, alguien en el que vivir, en el que descansar. Escuchar es un proceso psicológico que, partiendo de la audición, implica otras variables del sujeto: atención, interés, motivación, etc. Es un proceso mucho más complejo que la simple pasividad que asociamos al "dejar de hablar". Como ha escrito el psicólogo Carlos Alemany, escuchar de verdad requiere "un programa de adiestramiento para maximizar nuestros propios recursos personales".

Humanización de la Salud en Colombia.

En el Portal del Ministerio de la Protección Social e Icontec (2012), en relación a las consideraciones que Bermejo hace de la humanización de la salud, tiene en su blog de "Humanización de la atención" las siguientes observaciones: Las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el proceso de planeación de la atención, deben tener una política de atención humanizada que incluya

criterios para el paciente y el personal de la institución. Debe tenerse en cuenta, entre otros aspectos, las condiciones de privacidad y confidencialidad durante la atención del paciente, la definición de horarios de visita que consulten las necesidades de los pacientes de acuerdo con su vulnerabilidad y preferencias, el manejo de la información entregada, la administración de medicamentos en horarios articulados con el reposo de los pacientes, condiciones de silencio, hotelería y confort de la infraestructura física, condiciones locativas y tecnológicas que promuevan atención oportuna y la reducción de esperas, las condiciones biométricas (peso, talla) para el cuidado, la atención cortés y respetuosa a pacientes y familiares, estrategias de cuidado con orientación lúdica especialmente en niños, el respeto por el cuerpo del paciente fallecido y el apoyo emocional a familiares, así como el desarrollo a todo el personal de habilidades para la comunicación y el diálogo.

En general el eje y enfoque de la humanización de los servicios, además de ser una política para la planeación de la atención, debe contemplar las estrategias a desarrollar, el apoyo desde el direccionamiento estratégico y la gerencia, la existencia de instancias de apoyo como los comités de ética, la gerencia del talento humano, salud ocupacional y atención al usuario, entre otros (Bermejo, 2004).

Es necesario promover la cultura de la humanización de los servicios, el proceso de preparación del personal, líneas de intervención con usuarios y clientes internos, la práctica de valores y principios humanísticos y desde la gerencia del talento humano propender por el respeto a la dignidad humana, la humanización, la motivación y el reconocimiento (Bermejo 2004).

Con respecto al trabajo realizado en Colombia, el proceso de Humanización en Salud, se inició hace 25 años, con el Liderazgo de la Comunidad Ministros de los Enfermos compuestos por Religiosos Camilos que llegaron desde Italia a los hospitales de Colombia como Capellanes para

apoyar a los enfermos que se encontraban en las Instituciones de salud. Una vez ayudaban a los enfermos a recuperar su dignidad, trabajaban simultáneamente con el personal de salud bajo la consigna de su fundador “más corazón en esas manos” de quienes atendían a las personas más vulnerables que son los seres humanos con alguna alteración en la salud.

La experiencia en este campo de los Religiosos Camilos, formo profesionales de la salud en el Centro Camiliano que a través de los años han estado en el área asistencial y académica sembrando la semilla de humanización; es así como docentes de diferentes disciplinas pertenecientes a la Universidad Nacional de Colombia han tenido dicha capacitación y por lo tanto conocen la esencia de este programa y el impacto que se genera a nivel personal y profesional (Facultad de medicina Universidad Nacional, 2012).

Por otra parte, según Quintero (2003) en relación al trabajo realizado en Colombia describe que, cada vez cobra más fuerza el concepto “humanización de la salud”, toda una filosofía basada en la relación agente de salud paciente, que tiene muchos aspectos por considerar. Precisamente, para tratar algunos de ellos, se llevó a cabo en Bogotá el “Primer Simposio Internacional Humanización en la Salud”, con la participación de conferencistas de Argentina, Colombia y España.

Quintero (2003), describe la siguiente afirmación: “humanizar es una cuestión ética, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y cuidar las relaciones en sintonía con la dignidad de todo ser humano, entonces se habla de humanización” (Bermejo, 2003, p 1).

Bermejo como principal invitado al Simposio presenta apreciaciones con respecto al panorama en Colombia, manifestando las dificultades con lo que tiene

que ver con humanización y son: La Ley 100 que lleva 10 años, y otro aspecto que genera discusión, es la situación de violencia que vive el país, que le suma al personal de salud un desafío más en el ejercicio humanizado de su labor. También Bermejo, (2003). Reconoce la importancia del Centro de Humanización y Pastoral de la Salud en la ciudad de Bogotá, desde hace varios años realizan diferentes iniciativas de formación en el ámbito de la humanización de la salud, y que pertenece a los Religiosos Camilos”. Además, hace un par de años, la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social organizó un Simposio sobre la humanización de la salud en Bogotá, con la participación de personas procedentes de todo el país, dirigentes de instituciones de salud, destacando inicios significativos y válidos para generar una cultura que sea respetuosa de la dignidad de todo ser humano, particularmente cuando éste se encuentra especialmente en condición vulnerable (p1).

En Colombia, en el departamento de Antioquía existe un movimiento que apoya la humanización y donde a través de un estudio con líderes docentes universitarios en salud que pertenecen a esta institución, permite revisar una serie de variables como son actitudes, motivaciones, conocimientos, experiencias y habilidades que permiten definir el perfil de liderazgo como una forma de promover la humanización, siendo una labor importante que requiere contar con líderes que lleven a cabo procesos de humanización en salud estructurados, coherentes y permanentes, que permitan su replicación y el cambio de comportamiento en el contacto con paciente, familia y compañeros de trabajo. Las características del líder en salud se da en términos de promoción y motivación a los otros, para que practiquen y fomenten relaciones humanizadas, no sólo con las personas que van en busca de sus servicios, sino también entre el personal directivo, administrativo y operativo (Hoyos, Cardona & Correa, 2008).

Campañas de humanización en salud.

Cabe resaltar la importancia de la comunicación en salud manifestada por Choque (2005) como un proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública de la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y el bienestar. Partiendo de esta premisa de educar, informar, convencer y explicar, así como escuchar, la comunicación para la salud proporciona a individuos y comunidades las ventajas y recursos necesarios para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida, siendo un elemento para un mayor empoderamiento para la salud de los individuos y las comunidades.

La metodología sistemática permite implementar programas efectivos de comunicación propone un ordenamiento lógico de una secuencia de pasos “Diagnóstico ¿Donde estamos?, estrategia ¿Hacia donde vamos y cómo lo lograremos, intervención ¿Qué hacemos?, monitoreo y evaluación ¿Qué y cómo lo evaluamos?, dirigidos al desarrollo de campañas y acciones de comunicación en salud de uno o más temas de salud identificados. Teniendo en cuenta que toda estrategia que no esté sometida a un proceso permanente de seguimiento (monitoreo) y de medición u observación (evaluación) de los cambios inducidos, pone en riesgo el logro de los objetivos planteados (Choque, 2005). Según Chévez y Martel (2005), las campañas son un conjunto de eventos programados para alcanzar un objetivo, siendo parte de una estrategia para lograr un conjunto de objetivos para resolver un problema crucial. Donde debe existir una unidad, similitud, tanto en el contenido como en la forma de los mensajes; así como continuidad temporal. Los mensajes de una campaña pueden tener similitud visual (el mismo actor en situaciones diferentes), verbal (conjunto de palabras importantes sobre beneficio del servicio o producto), sonora o de actitud (personalidad de la marca).

De acuerdo a su tipología la campaña que se realiza en humanización es de tipo de acción social, denominadas cívicas o de bien público, realizadas por entidades sin ánimo de lucro, por empresas que se colocan en un papel similar o instituciones gubernamentales. Con frecuencia los gobiernos fabricantes o entidades de servicio a la comunidad o caritativas, u otras asociaciones, buscan cambiar actitudes mediante la oferta de satisfactores diferentes aun producto rentable: cultura, educación, salud. Sus fines son altruistas, invitan a obrar, a congregarse alrededor de causas importantes para conglomerados sociales, en estas las de salud tienen que ver con campañas preventivas, curativas o de crisis o mixtas (Chávez & Martel, 2005), Para apoyar esta propuesta, Choque, 2005, manifiesta la importancia del teatro educativo como apoyo en la salud, con el fin de cambiar conductas de la comunidad, el poder destacar el beneficio que se obtendrá en forma visible y para esto lo mejor es dramatizar los conceptos y teatralizarlos mostrando sus características evidentes por el teatro, puesto que el teatro, es una forma de participación con representaciones de escenas, en general con exageraciones cómicas o dramáticas para hacer todo más comprensible, siendo forma de representación de imágenes, sentimientos, sensaciones e ideas.

La comunicación y la educación se vuelven, cada vez más, un binomio inseparable por encima mismo de los propios medios, Técnicas e instrumentos comunicativos empleados, y esto fortalece, enriquece y modifica, en forma consciente e informada, conocimientos, actitudes y/o comportamientos a favor de la salud (Choque, 2005).

Hablar de la calidez y el buen trato es como volver a nuestros orígenes al tiempo de nuestros abuelos y padres quienes manifestaban la importancia de ser educados, como saludar y decir gracias, como los buenos modales. El mundo actual se caracteriza por un constante cambio en todos los órdenes de la vida. Los

ciudadanos del mundo y las organizaciones para las cuales trabajamos deben incrementar su competitividad y crear ambientes que incentiven el esfuerzo creativo y productivo de los trabajadores y, a la vez, facilitar su adaptación y participación responsable en los procesos de cambio. Esos ambientes de trabajo agradables se caracterizan por el respeto a los demás, por un clima de confianza y motivación y por el deseo de servir.

El mundo ha pasado por diferentes etapas de modernización que nos han llevado a perder de vista el desarrollo humano por darle importancia al diseño mismo de las organizaciones y a la eficiencia de los procesos de trabajo y los resultados.

Estos son algunos ejemplos de campañas lúdicas realizadas en Colombia por la Secretaria de Transportes y Transito, y la descripción de algunas de las estrategias pedagógicas que realizaron a través de en su programa, "Movilidad, derecho ciudadano: Educación Vial, que tiene como objetivo promover entre la ciudadanía, conductas responsables en las vías para generar una conciencia del auto cuidado y respeto que debe existir entre todos los actores de la vía. Estas campañas facilitan la transmisión de mensajes de prevención y seguridad vial, y refuerzan la imagen institucional en la vía pública, una forma de llevar a las personas, de manera más amigable y contundente, ciertos contenidos normativos, y los distintos mensajes de la Campaña de Movilidad de La Alcaldía y El Fondo de Prevención Vial.

Las campañas pedagógicas pueden configurarse a partir de uno o varios de los siguientes componentes

- Comunicaciones
- Charlas preventivas
- Intervenciones lúdicas y artísticas:

Las intervenciones lúdicas y artísticas se trata de representaciones teatrales y herramientas de sensibilización, de carácter lúdico, relacionadas con la seguridad

vial, con el fin de informar con otro lenguaje a diversos públicos, todo lo relacionado con el respeto a las normas de tránsito y su incidencia en la prevención de los accidentes de tránsito, y sobre todo, con relación al aporte que cada individuo debe hacer para contribuir a la sana convivencia en la vía.

Esta fue la metodología utilizada y el nombre de las campañas realizadas

- Investigación de tipo cualitativa
 - Observaciones participantes
 - Diálogo con los usuarios de la vía
 - Análisis de estadísticas de siniestralidad
 - Análisis de Informes Policiales de Tránsito
- a). Campaña de movilidad “Te queremos vivo”
- b). Campaña de movilidad “Inteligencia vial, Úsala” (STT 2011).

Objetivos

Objetivo general

Diseñar una “Campaña Pedagógica de Humanización en Salud”.

Objetivos específicos

- Identificar los componentes estratégicos que estructuran la Campaña pedagógica.
- Determinar cuáles son los principales factores de humanización de la salud.
- Elaborar el portafolio de servicios teniendo en cuenta la identificación de factores de humanización y la estructura pedagógica de una “Campaña de Humanización en Salud.

Método

Tipo de investigación

El estudio se enmarca en el campo de la psicología de la salud, partiendo de una revisión documental, busca proponer una alternativa de intervención hacia la humanización en salud. A través de una campaña, teniendo en cuenta que la estructura pedagógica de la misma logre generar impacto a través de la lúdica, siendo una forma diferente de abordar la problemática que es evidente, no solo en Colombia sino en muchos países del mundo, presentando de esta manera un aporte al trabajo que ya se ha venido realizando en este país, sensibilizando al personal de la Salud y usuarios en la prestación del servicio sanitario.

El anterior estudio se realizó en 3 fases que permitieron dar cumplimiento a lo planteado en los objetivos. Fase 1: Identificar los principales factores de humanización en salud y el trabajo realizado en Colombia. Fase 2: Organización y síntesis de la estructura pedagógica para el desarrollo de la “Campaña de Humanización en Salud”. Y Fase 3: Diseño y elaboración de un portafolio de servicios.

Categorías del estudio

La Humanización en el ámbito de la Salud es un labor que necesita ser apoyada por agentes diferentes a los que ya han venido tratando el tema desde hace algunos años, por tal razón surge la idea de proponer otra alternativa para llevar a cabo esta importante tarea, esa idea esta orientada al “Diseño de una campaña Pedagógica de Humanización en Salud” direccionando los objetivos del mismo, en dos categorías principales que son:

Factores de Humanización en Salud.

Los factores de Humanización que hacen parte de las temáticas en el diseño pedagógico de la campaña son: - La alegría de dar y recibir - Servir es una

oportunidad de ayudar - Satisfacción en el trabajo - Beneficios de sonreír - Ofrecer alivio en medio del dolor - Mirar y escuchar, actitudes de servicio - Practiquemos la paciencia - Dosis de tolerancia.

Estrategias pedagógicas.

Buscando que la Campaña pedagógica de Humanización en salud, contribuya a la sensibilización, aprendizaje y, se diseño en el marco de las siguientes estrategias lúdicas y vivenciales: - Teatro educativo - Dramatización de conceptos - Representaciones de autorreflexión escenas - Exageraciones cómicas o dramáticas para hacer todo más comprensible, mediante la representación de imágenes, sentimientos, sensaciones e ideas.

Resultados

La revisión documental permitió realizar el diseño de la campaña de humanización en salud denominada “Cuidarte” la cual se presenta en un portafolio de servicios que esta disponible tanto en medio magnético como impreso para uso exclusivo del personal encargado de desarrollar la campaña.

El portafolio cuenta con una estructura pedagógica basada en temáticas sobre “Humanización en Salud” La descripción que tiene cada temática es decir la presentación del objetivo y la estrategia, es de uso exclusivo del personal encargado de desarrollar la campaña. El portafolio de servicios “Cuidarte”, significa cuidar al hombre a través del arte, cuidar su integridad y cuidar las relaciones humanas en el marco del servicio sanitario, el mismo cuenta con una estructura que promuevan una cultura de servicio humanizado de una manera práctica, dinámica, directa y vivencial, siendo un aporte novedoso que educa, divierte y sensibiliza al personal interno y externo de las instituciones de salud acerca de temas como: la importancia de dar y recibir, el sonreír, la tolerancia

entre otras temáticas que invitan hacia el cuidado del otro. En la medida en que se reconozca la labor del otro y se cambie la actitud mecánica y automática, podremos hablar de seres más humanos.

A través de esta propuesta pedagógica se logra optimizar los procesos en la institución, pero sobre todo asumir en la labor diaria, que humanizar es brindar calidad de vida a través del buen servicio con amor hacia el usuario. La propuesta de servicios de una campaña de humanización pretende generar a nivel personal, una auto reflexión y aprendizaje en temas que involucran la relación con el otro, no solo en el contexto de un hospital sino a nivel general.

Discusión

En primer lugar es importante tener en cuenta que la percepción que puede tener tanto usuarios como personal médico y paramédico sobre la realización de campañas de Humanización en Salud en las entidades que prestan el servicio no será en todos la misma, ya que intervendrían factores tales como las creencias, la personalidad, las mismas experiencias vividas entre otros, sin embargo se considera que la realización de tales campañas contribuye en gran medida a la mejora en la atención sanitaria.

Por otra parte, no se desconoce que el tema de Salud en Colombia, desafortunadamente a vivido situaciones de orden legal, jurídico y con problemas estatales de alta complejidad que han generado malestar y descontento en la ciudadanía, por tal razón se reconoce que no esta en manos de la personas que organizan las campañas de humanización tratar de mejorar tales problemáticas; las campañas de humanización en salud van dirigidas a resolver situaciones enfocadas principalmente a mejorar la calidez en la prestación del servicio, ya que

la falta de la misma sumado a las problemáticas del estado, violan de manera permanente el derecho a la salud, a la vida y a un trato digno.

Como lo mencionan, Bermejo (2003, 2004); el Ministerio de la Protección Social e Icontec (2012); y Quintero (2003), es necesario promover la cultura de la humanización de los servicios, el proceso de preparación del personal, líneas de intervención con usuarios y clientes internos, la práctica de valores y principios humanísticos y desde la gerencia del talento humano propender por el respeto a la dignidad humana, la humanización, la motivación y el reconocimiento, siendo espacios necesarios para aprender y generar nuevos hábitos en la atención.

Es de vital importancia el promover espacios de reflexión que permitan generar mayor aprendizaje y sensibilización. Como lo propone Choque (2005), se debe acudir a estrategias que faciliten la comunicación y una acción educativa que lleven a un real cambio. Estos autores, resaltan, entre otras la importancia del teatro educativo como apoyo en la salud, con el fin de cambiar conductas de la comunidad, haciendo visible esas manifestaciones negativas que hacen el servicio mecánico y sin calidez.

La experiencia del hospital amigable de Chile (Mora, Slater, Miranda, López, y Artaza, 2010). es un ejemplo de mejorar la calidez, empezando por sensibilizar al personal médico y hacerlo participe de las diferentes actividades para que los niños se sientan queridos, escuchados y atendidos de forma integral, ayudando a minimizar el dolor y resaltando la atención en aquellos pacientes que permanecen largos períodos hospitalizados por enfermedades crónicas, al punto de generar cambio de actitudes hacia la cultura del buen trato. Humanizar por tanto es una labor que no podemos postergar y a pesar que se está luchando contra una estructura de salud deficiente, no podemos olvidar que todos somos seres humanos por tanto, debemos mantener las mejores actitudes y disposición para hacer del otro el mejor ser humano, puesto que en la medida en que se genere una cultura del buen trato que no atente contra la dignidad humana, seremos

capaces de asumir cambios mayores para generar un mayor impacto en la sociedad.

Conclusiones

La campaña de humanización en Salud “Cuidarte” puede llegar a ser una alternativa que de manera pedagógica, pueda facilitar orientar y mejorar los procesos educación, aprendizaje y reflexión sobre la atención en las entidades de salud. La propuesta retoma los aspectos centrales de la humanización en salud sugeridos por los autores ya mencionados y las actividades están programadas bajo estrategias pedagógicas de tipo lúdico y vivenciales, las cuales han sido consideradas como facilitadoras de los procesos de educación, aprendizaje y cambio en el área de la salud. Dadas las características de la campaña propuesta, su implementación se puede ajustar a los ritmos y tiempos de la actividad cotidiana de las instituciones de salud.

Para la implementación de la campaña es indispensable contar con el compromiso de parte de la institución para lograr el mejor trabajo. Se debe contar con la disposición de la institución y del personal para que no se convierta en una actividad que se responde por obligación y con resistencia. Teniendo presente la importancia de generar equipos de trabajo.

La modalidad de la campaña propuesta puede ser utilizada para procesos de educación en los diferentes ámbitos de prestación de servicios que como toda atención requiere de una interacción humana.

Las campañas de humanización permiten generar espacios de retroalimentación que motivan al personal a organizar grupos de trabajo para implementar nuevas acciones y asumir nuevos retos mejorando la atención comprometiendo a los diferentes directivos de la institución. Con el fin de motivar a la participación de diferentes actividades en otros contextos para profundizar en temas de interés para mejorar los procesos de humanización como son capacitaciones y convivencias.

Referencias

Ader, R. (1990). Mensajeros químicos entre el cerebro y el sistema inmunológico, San Diego-EEUU: Academic press.

Álvarez & Castaño, L. (2005) *El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral*. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 18(2). Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n2/27145.pdf>

Baliari, B., & Rosado, T. (2010). Lo esencial es invisible a los ojos: Payasos que humanizan y promueven la salud. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (2), 20-30.

Bermejo, C. (1998) *Estrés y burn-out en los profesionales de la salud de unidades de cuidado crítico*. *Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza*. Lima. Recuperado de http://humanizar.es/fileadmin/documentos/JC_Bermejo_Estres_y_burn-out.pdf

Bermejo, C. (2003). "Propuestas para Humanización de la salud: Cuestión de dignidad" *Ponencia presentada en el "Primer Simposio Internacional Humanización en la Salud"*: Medellín, Colombia.

Bermejo, C. (2004). *¿Qué es Humanizar la Salud?* *BioéticaOrg*. Recuperado de <http://www.cbioetica.org/revista/42/422800.pdf>

Bermejo, C. (2009a). "La salud es una experiencia más biográfica que biológica". Trabajo presentado en las *XIV Jornadas Nacionales de Humanización de la Salud*, León, España. Recuperado de <http://humanizar.es/noticias/vista-individual-noticia/article/jose-carlos-bermejo-la-salud-es-una-experiencia-mas-biografica-que-biologica.html>

Bermejo, C. (2009b). Educar en salud emocional. *Ponencia presentada en la XIV jornadas de humanización de Salud emocional*: Madrid, España.

Cabrera, M., Bonet, A. & Olazabal, I. (2008). Reflexiones sobre dolor no físico y sufrimiento desde la perspectiva de enfermería *Revista Cubana de Enfermería*.24, (3). Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=55798&id_seccion=2107&id_ejemplar=5647&id_revista=62

Chávez, N., & Martel, R. (2005). *Taller de campañas y normas que rigen a una campaña*. Salvador: UCA.

Choque, R. (2005). *Comunicación y educación para la salud*. Perú: Ministerio de salud.

García Gutiérrez, C. & Cortés Escarcéga, C. (2012) *Percepción del usuario del trato digno por enfermería en un hospital del Estado de México*. Revista CONAMED, 17(1) .

Goleman, D. (1995). La mente y la medicina. *Inteligencia emocional* USA: Editorial Kairos.

Hoyos, P, Cardona, R., & Correa, D. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Revista Investigación y educación en enfermería*, 26 (2) 218-225.

Ministerio de la Protección Social & Icontec (2012). *Acreditación en salud: Humanización de la Atención*. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección social. Recuperado de <http://www.acreditacionensalud.org.co/nosotros.php?IdSub=110&IdCat=28>

Miranda, J & Yamin, A. (2008). *Educando a los futuros profesionales de la salud: un reto para la salud y los derechos humanos en américa latina*. Revista Perú

Medicina Experimental y Salud Publica. 25(3):302-8. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=36311611009>

Mora,M., Slater,C., Miranda,M., Lopez, C. & Artaza,O. (2010). Experiencia en atención de salud integral y prevención en salud mental pediátrica: aplicación del modelo de atención de salud amigable. *Cuaderno medico social*. 50 (3) 193-201.

Pennnebaker, J. (1992). *La expresión de los pensamientos perturbadores*, Ponencia presentada en el encuentro anual de la American Psychological Association, Washington-EEUU.

Poblete, M., & Valenzuela. S. (2007).Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm*. 20 (4), 499-503.

Quintero, D. (Diciembre, 2003). *“Propuestas para Humanización de la salud: Cuestión de dignidad”*. Periódico el Pulso Medellín, Colombia.

Reyes, P. A., & Delong, R. C (2010). *Algunos dilemas éticos en la práctica médica*. <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/293/293v80n04a13190052pdf001.pdf>

Rodríguez, A (2004). Hacia la Humanización. *Humanización en Salud*, 10 (10). ARS MÉDICA. Revista de Estudios Médicos Humanísticos recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica10/Ars17.html>.

Roque, R., Pileta, N., Guerra, D., & Mustelier, H. (2009) el trabajo comunitario como instrumento de humanización en las personas con VIH/ sida. *Revista cubana de enfermería*.25 (3-4).

Sánchez., Verdian, L. & Moravcik, M., (2010) La humanización del cuidado bajo la perspectiva de los equipos de la estrategia de la salud de la familia en un municipio del interior paulista. *Revista latinoamericana de enfermería.*

Secretaria de Transportes y Transito (2011) *Movilidad, derecho ciudadano: Educación Vial. Recuperado de http://www.medellin.gov.co/transito/archivos/documentos-interes/educacion_vial.pdf*

Silva, R., Soares, M., Muniz,R., Andrade,F., Torres, A & Gómez, V, (2011).La concepción de los profesionales de salud sobre el parto en la adolescencia. *Revista electrónica trimestral de enfermería.* 24.

Miranda, J & Yamin, A. (2008). *Educando a los futuros profesionales de la salud: un reto para la salud y los derechos humanos en américa latina.* Revista Perú Medicina Experimental y Salud Publica. 25(3):302-8. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=36311611009>