



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CUIDADO HUMANIZADO AL PACIENTE  
INCONSCIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO  
DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO HOSPITAL  
MILITAR “DR. CARLOS ARVELO” DURANTE  
EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2011**

**Autores:**

Chacín, Marianela  
C.I. 10.381.543

De Berardinis, Carlos  
C.I. 6.181.230

Pérez, Reyna  
C.I. 6.904.721

**Tutora:**

Prof<sup>a</sup>. Reilly N. Sánchez

Caracas, Mayo 2011



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**CUIDADO HUMANIZADO EN EL PACIENTE INCONSCIENTE  
HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO  
DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO HOSPITAL  
MILITAR “DR. CARLOS ARVELO” DURANTE  
EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2011**

Trabajo Presentado como requisito parcial para optar al Título de  
Licenciado en Enfermería

**Autores:**

Chacín, Marianela  
C.I. 10.381.543

De Berardinis, Carlos  
C.I. 6.181.230

Pérez, Reyna  
C.I. 6.904.721

**Tutora:**

Prof<sup>a</sup>. Reilly N. Sánchez

Caracas, Mayo 2011

## DEDICATORIA

A DIOS POR DARME LA FORTALEZA PARA ALCANZAR ESTA META Y HACER DE MIS MANOS UN INSTRUMENTO PARA SERVIRLE A LOS QUE SUFREN EN SU CUERPO Y EN SU ALMA.

A MIS PADRES POR HABERME DADO LA VIDA Y EN ESPECIAL A MI MADRE POR SU AMOR Y SU APOYO INCONDICIONAL.

A MI ESPOSO POR SU AMOR, POR SU APOYO, POR SER MI COMPAÑERO DE LUCHA Y MI MEJOR AMIGO.

A MIS HIJOS ENMANUEL Y BERMARY POR USTEDES Y PARA USTEDES ES ESTE LOGRO, SON EL REGALO MÁS HERMOSO DE MI VIDA.

A TODOS MIS HERMANOS Y AMIGOS QUE CON PALABRAS DE CARIÑO ME ANIMARON Y ESTIMULARON.

*Marianela Chacín de Fuentes*

## **DEDICATORIA**

A DIOS POR HABERME PROVISTO DE TODO LO NECESARIO.

A MIS SERES QUERIDOS POR EL APOYO QUE SIEMPRE ME BRINDARON.

A LOS PACIENTES INCONSCIENTES POR HABERME INSPIRADO.

A LA PROFESORA, REILLY N. SÁNCHEZ, POR SER ADEMÁS DE DOCENTE  
UN APOYO.

*Carlos De Berardinis*

## **DEDICATORIA**

A MIS HIJOS QUE CON VALENTÍA ESTÁN APRENDIENDO LO QUE ES ESTUDIAR.

A TODOS GRACIAS.

*Reyna Pérez*

## **AGRADECIMIENTO**

Al personal de Enfermería; que labora en los Servicios de CIA Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” y TIA Hospital de Llanito “Dr. Domingo Luciani”, por su colaboración.

## ÍNDICE GENERAL

	p.p.
DEDICATORIA. . . . .	iii
AGRADECIMIENTO. . . . .	vi
APROBACION DEL JURADO. . . . .	vii
ÍNDICE DE CUADROS. . . . .	x
ÍNDICE DE TABLAS. . . . .	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS. . . . .	xiii
RESUMEN. . . . .	xiv
INTRODUCCIÓN. . . . .	1
<b>CAPÍTULO</b>	
I EL PROBLEMA. . . . .	3
Planteamiento Del Problema. . . . .	3
Objetivos de la Investigación. . . . .	12
Objetivo general. . . . .	12
Objetivos específicos. . . . .	12
Justificación. . . . .	13
II MARCO TEÓRICO. . . . .	15
Antecedentes de la Investigación. . . . .	15
Bases Teóricas. . . . .	18
Información. . . . .	18
Teoría del Cuidado Humanizado. . . . .	21
Bases Conceptuales. . . . .	33
Bases Legales. . . . .	48
Sistema de Variables. . . . .	53
Variable. . . . .	53
Definición Conceptual. . . . .	53
Definición Operacional. . . . .	53
Operacionalización de la Variable. . . . .	54
Definición de Términos. . . . .	56
III MARCO METODOLÓGICO. . . . .	57

	Tipo de Investigación. . . . .	58
	Diseño de la investigación. . . . .	63
	Población y Muestra. . . . .	64
	Validación y Confiabilidad. . . . .	67
	Procedimiento. . . . .	69
IV	ANÁLISIS DE RESULTADOS. . . . .	71
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. . . . .	89
	Conclusiones. . . . .	89
	Recomendaciones. . . . .	90
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. . . . .	92
ANEXOS		
A	Guía de observación para ser aplicada al personal de enfermería.. . . .	100
B	Registro anecdótico. . . . .	101
C	Cuestionario destinado al personal de enfermería. . . . .	112
D	Cuadro de validación por las expertas para el cuestionario y la guía de observación para ser aplicada al personal de enfermería. . . . .	114
E	Aprobación de las validadoras para los instrumentos.. . . .	117
F	Determinación de la confiabilidad del cuestionario, en base al método de mitades partidas (splits-halves). . . . .	120
G	Registros de las guías de observación. . . . .	122
H	Cuadro de categorización para los datos de los registros Anecdóticos. . . . .	127
APÉNDICES		
A	Tabla para la clasificación de los estados de conciencia. . . . .	130
B	Escala de Glasgow. . . . .	131

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>CUADROS</b>	<b>p.p.</b>
1 Operacionalización de la variable. . . . .	55
2 Definición del Cuidado Humanizado, en el paciente inconsciente del SCIA del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, por parte de los enfermeros. . . . .	72
3 Características del Cuidado Humanizado, en el paciente inconsciente del SCIA del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, por parte de los enfermeros. . . . .	73
4 Importancia del Cuidado Humanizado, en el paciente inconsciente del SCIA del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, por parte de los enfermeros. . . . .	74
5 Consideración sobre la aplicación de los Cuidado Humanizado, por parte de los enfermeros. . . . .	74
6 Beneficio de informar sobre el nombre y rol del enfermero a un paciente inconsciente. . . . .	75
7 Importancia de la ubicación temporo-espacial en un paciente inconsciente.. . . . .	77
8 Beneficio de incentivar verbalmente la confianza en un paciente inconsciente.. . . . .	78
9 Beneficio de incentivar a través del tacto la confianza en un paciente inconsciente. . . . .	79
10 Beneficios de transmitir verbalmente, en un tono de voz apacible, mensajes referidos a los procedimientos que se llevan a cabo a un paciente inconsciente. . . . .	80
11 Importancia de la presencia de los familiares cuando un paciente está inconsciente . . . . .	81

		p.p.
12	Beneficios de transmitir verbalmente, en un lenguaje acorde al nivel de instrucción del paciente inconsciente, mensajes positivos referidos a su condición fisiopatológica.	83
13	Beneficios de reconfortar a un paciente inconsciente haciendo mención a sus creencias religiosas.	84

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLAS</b>	p.p.
1	Beneficio de informar, a un paciente inconsciente, el nombre del personal de enfermería que lo atiende. . . . . 76
2	Importancia de informar, a un paciente inconsciente, su condición temporo-espacial. . . . . 77
3	Beneficio de informar verbalmente rol del personal. . . . . 78
4	Beneficio de los mensajes táctiles. . . . . 79
5	Beneficio de los mensajes verbales afirmativos. . . . . 80
6	Importancia de la presencia de familiares. . . . . 82
7	Importancia de los mensajes verbales basados en los progresos. . . . . 83
8	Beneficios de reconfortar basado en las creencias Religiosas. . . . . 84
9	Promedio de las alternativas de las guías de observación. . . . . 85
10	Resumen de la categorización para los datos de los registros Anecdóticos. . . . . 87

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO</b>		p.p.
1	Resumen de los promedios de las alternativas de las guías de observación. . . . .	86



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



**CUIDADO HUMANIZADO EN EL PACIENTE INCONSCIENTE HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO DEL HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS ARVELO” DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2011**

**Autores:** Chacín, Marianela  
De Berardinis, Carlos  
Pérez, Reyna

**Tutora:**

Prof<sup>a</sup>. Reilly N. Sánchez

**RESUMEN**

Desde su inicio la enfermería ha entendido que su interés a de ser el paciente y los cuidados que se le brindan; distinguiéndose éstos como profesionales y de calidad. El objetivo del presente trabajo fue determinar la cantidad y calidad de información que posee el personal de enfermería que presta cuidados a pacientes inconscientes en el Servicio de Cuidados Intensivos Adulto. Se fundamentó en la Teoría de Enfermería desarrollada por Jean Watson, sobre Cuidado Humanizado, en los aspectos de: provisión de un entorno de protección; relación de ayuda y confianza y cultivo de la sensibilidad. En un marco fenomenológico, ofreciendo un apoyo situacional. El estudio fue exploratorio y llevado a cabo en la metodología cuali-cuantitativa siguiendo la técnica de observación participante, propiamente dicha; apoyándose en registros anecdóticos y un cuestionario aplicado a la muestra, donde finalmente se efectuó un análisis del discurso para las respuestas abiertas, logrando establecer categorizaciones. Los resultados hallados dejan evidencia de la distancia que muchas veces se presenta entre el profesional y la necesidad del paciente en un proceso de no involucramiento; de esta forma las(os) enfermeras(os) pudieran recurrir a la deshumanización, como una forma de resguardar su estabilidad emocional ante el estrés que produce lidiar a diario con el dolor humano y el final de la existencia; tal y como se la conoce. Las conclusiones obtenidas fueron que los profesionales no conocen a fondo la teoría, luego escasamente aplican cuidados humanizados; donde lo anterior depende de las características personales de las(os) enfermeras(os). Se recomienda, implementar estrategias gerenciales que incentiven la práctica de este tipo de cuidado y así optimizar el servicio al paciente.

**Descriptores:** Información, Cuidado humanizado, Paciente inconsciente.

## INTRODUCCIÓN

La disposición teórica de la presente investigación exploratoria, se basa en verificar la información que sobre el estado emocional del paciente inconsciente posee la muestra; así como el efecto de sus acciones sobre éste. Esencialmente esta investigación se sustenta en indagaciones realizadas a partir de los puntos de vista y conclusiones de diferentes autores sobre: Trato Humanizado, conceptos y además teorías en el área; dando base para establecer conexiones con el problema planteado y al mismo tiempo relacionar esto con las causas que justifican la atención brindada al paciente.

La información que maneja un individuo sobre un determinado tema, son los motores de su conducta o manera de actuar; así una experiencia de sensibilización, donde ocurre el intercambio de conocimiento y vivencias entre profesionales, busca la concientización e influenciar sobre una persona para que reflexione y perciba el valor o la importancia de algo. Luego de sensibilizado el individuo, que ejecuta las acciones, pudiera experimentar un cambio continuo hacia la optimización de sus funciones; en miras como lo plantea esta investigación al cuidado humanizado y de calidad al paciente inconsciente.

El personal de salud y dentro de este el profesional de enfermería, según el deber ser, tendría que fomentar la salud y los hábitos de la vida sana; definida como un estado de bienestar: físico, psicológico, afectivo, social y cultural. Sin embargo los empleados de la salud ante un paciente en estado de inconsciencia; quizás no establecen un plan de acción que abarque más allá de los cuidados estrictamente biológicos. Igualmente que cualquier otro individuo que padece una dolencia, el paciente sin noción de su entorno a través de los sentidos, requiere un soporte, donde el profesional ha de promover el bienestar del y para el paciente en un rango amplio.

De igual forma se intenta mostrar al lector la necesidad de establecer con el paciente, privado del estado consciente, que se halla en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), una relación donde el profesional de enfermería solventa esa falta de percepción del usuario, comunicándole los cambios temporoespaciales que ocurren a su alrededor, con la finalidad de estimular su sistema nervioso aun en la mínima actividad que éste pueda registrar.

Para mejor entendimiento de esta investigación, este trabajo se dividió en 5 capítulos, donde en el primero de ellos se expondrá el planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos y la justificación de la investigación; el segundo versará sobre del marco teórico, de éste se puede desglosar: antecedentes, bases teórica, la conciencia, la inconciencia y sus causas, bases legales; el tercero, sobre el marco metodológico se subdivide en tipo de investigación, población y muestra, técnica de recolección de datos, descripción del instrumento, técnica de análisis de datos; el cuarto capítulo tratará acerca de la presentación y análisis de los resultados; y por último la conclusión en el capítulo cinco.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### Planteamiento Del Problema

Existe una concepción holística del ser humano y en ella se contemplan aspectos bio-psico-socio-culturales del mismo individuo; la enfermera(o) atiende al paciente apoyándole con actitudes y comportamientos que demuestran gran preocupación acerca de su bienestar, aceptándole como persona, no sólo como un ser mecánico. Se plantea entonces el aspecto individual del paciente en un rango de acciones que debe trascender e intentar satisfacer todas sus necesidades interferidas para con ello lograr su estabilidad, recuperación y bienestar. Quizás, tal y como lo plantea Kozier, B. (2005), en la búsqueda de un espectro más amplio se puede y debe contemplar el cuidado como un conjunto de acciones que involucren las diferentes facetas del ser humano que recibe dicho cuidado y de esta forma se puede obtener una visión integradora del paciente.

Cuando se habla de cuidado, se ha de entender por cuidar, un apoyo que se brinda en la realización de acciones que el individuo no puede llevar a cabo por sus propios medios; esta labor forma parte de las funciones del profesional de enfermería. Así comúnmente las definiciones, siguen refiriéndose a la enfermería como un conjunto de personas, preparados para cuidar a los enfermos, el colectivo y la comunidad sana. Luego el papel de cuidador en la enfermería ha formado parte fundamental de aquellas actividades que lleva a cabo el profesional en esta área.

Cabe considerar a Kozier, B. (2005), cuando refiere que “El papel cuidador tradicionalmente ha incluido aquellas actividades que ayudan al paciente física y psicológicamente a la vez que preservan su dignidad...pueden suponer el cuidado completo de un paciente totalmente dependiente...” (p. 10). La prestación de los cuidados debería implicar entonces una combinación de conocimientos y sensibilidad, sobre los aspectos que más importan a los receptores del cuidado y a la vez guiarlos hacia el bienestar de su pronta recuperación.

En este orden de ideas se ha de entender como enfermera(o), a la persona que tiene por función asistir a los enfermos, lo cual pone de manifiesto la necesidad de enmarcar a la enfermería como profesión; Balderas, M. (1.998) define la enfermería, profesionalmente, como “el conjunto de conocimientos y acciones necesarias para prestar atención de enfermería a las personas que lo requieran, en actividades de promoción de la salud, diagnósticos de enfermería, tratamiento y

rehabilitación”...(p. 100) luego la conceptualización de lo que quiere decir asistir, conlleva un conocimiento producto del estudio y de la comprensión que se suma a la disposición para ejecutar las acciones. Es claro entonces que asistir pudiera ser un sinónimo de cuidar y al mismo tiempo, acompañar a otra persona en alguna actividad; así por ejemplo se requiere que el profesional de enfermería acompañe, es decir establezca un ritmo similar, y acompañe al paciente en su tránsito por la hospitalización, mientras está a su lado.

A su vez Gadow y Noddings (1984) citados por Kozier, B. (2005) en la relación de los cuidados, el confortar y la comunicación, menciona que enfermería “...puede abarcar o no una intervención o una comunicación verbal...” (p. 467); de esta manera es necesario distinguir que los cuidados a los que se hace referencia, deben cuadrar según un rol profesional y estar plenos de contenidos técnicos. Sin embargo cabe preguntar si sólo se requieren basamentos científicos para brindar cuidados a un ser humano; cuya naturaleza es más amplia que sus aspectos biológicos haciendo referencia a la salud.

Se plantea entonces, que salud es un concepto en continuo cambio y evolución, básico en enfermería. Integrado por diferentes perspectivas y sustentado por diversas acciones ligadas al bienestar que se traduce en, tener salud y no estar enfermo. Sin embargo ahora se ve la salud como una acomodación del individuo; es decir no es algo que se logra de repente, se trata de un proceso continuo, un modo de vida, a través del cual la persona desarrolla y potencia todos los aspectos de su cuerpo, mente y sentimientos, para que exista, en la medida de lo posible, una interrelación armoniosa.

Al respecto Troncoso P., M. y Suazo V., S. (2007) plantean que “...las instituciones hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo, reducen lo humano a lo biológico alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado...” (p. 35). Dentro de este orden de ideas, en las diferentes instituciones que prestan servicios de salud y/o asistencia sanitaria, se llevan a cabo múltiples acciones como: el control de signos vitales; suministro de higiene y confort; administración de medicamentos; y tantos otros, que muchas veces dejan olvidados los procedimientos del contacto humano mediados por la comunicación y el intercambio de opiniones o simplemente palabras y saludos; en el cliente conciente y ubicado en tiempo y espacio.

Antes de continuar; se hace necesario precisar, los términos conciencia e inconsciencia, puesto que son ejes de esta investigación; la conciencia o consciencia, es definida en general como el conocimiento que un ser tiene de sí mismo y de su entorno. Por su parte la inconsciencia es la falta de dicho conocimiento provocado por causas anatómicas y/o fisiopatológicas, consecuencia de un evento traumático en mayor porcentaje o bien causado ese estado por el suministro de fármacos. Gutiérrez L., P. (2003)

Siendo necesario resaltar que el paciente conciente se siente involucrado en su proceso de atención-reestablecimiento de la salud cuando se adopta una postura de escucha activa, al respecto Egan (1998) citado por Kozier, B. (2005)...“destacó cinco modos concretos de prestar atención física, algo que él define como la manera de estar presente para otra persona...Proporcionar formas apropiadas de tacto que refuercen los sentimientos afectuosos...Colocar la mano sobre la del paciente”(p. 478); visto de esta forma el establecer contacto visual, con una postura relajada que permita entender que no se está a la defensiva e inclinarse hacia el interlocutor cuando se desea apreciar mejor su comunicación, son las formas en las que enfermería deja saber al paciente que se está allí para él. Mientras que el contacto físico directo al estrechar una mano o acariciar la cara de un sujeto inconsciente, es como el profesional de enfermería deja saber al paciente que alguien está allí pendiente de él y de sus necesidades.

Entrando en el caso de un sujeto inconsciente, generalmente se puede presentar la duda de como prestarle este apoyo. Pues se debe tratar tal y como si estuviera alerta ante su medio y con posibilidades de comunicarse; es preciso recordar que la condición de persona no se pierde ni luego del fallecimiento, entonces el paciente que está vivo debe recibir un apoyo emocional sin discriminar su condición. Dentro de su inconsciencia puede existir un estado de angustia por la falta de información a su alrededor y el brindar los datos sobre qué y por qué ocurren los hechos podría reducir esa inestabilidad emocional.

El paciente inconsciente, debe recibir de enfermería un soporte en el contacto y la posibilidad de escuchar que hacia él o ella se dirigen con afecto en un tono de voz tranquilizador y de respaldo. El encuentro entre una (un) enfermera(o) y un paciente en cualquier ámbito del cuidado, supone la interrelación de dos seres humanos que ante todo son personas; la comunicación entre ellos se establece mediante diversos códigos y uno de ellos es el lenguaje.

Al señalar el lenguaje se ha de referir el mismo a los modos gestuales, además del hablado propiamente dicho; pues la realidad de los pacientes inconscientes muchas veces implica solo recibir contacto, como por ejemplo un apretón de manos y con ello reforzar el reconocimiento de su entorno y del marco espacial de referencia que le circunda.

Cabe considerar que el cuidado que brinda enfermería ha de ser un canal de comunicación y vinculación entre el prestador y el receptor del cuidado; al respecto Mariner T., A. (2003), sobre el cuidado expresó que:

...es una idea moral mas que una actitud orientada al trabajo e incluye características como la ocasión real de cuidado y el momento de cuidado

transpersonal, fenómenos que ocurren cuando existe una relación de cuidado auténtica entre la enfermera(o) y el paciente...(p. 147)

Igualmente Marine, T. (2003), citando a Watson, J. (1999) de su libro *Enfermería Posmoderna y más allá (Postmodern Nursing and Beyond)*; donde brinda una visión de la Enfermería y el cuidado de salud hacia la mitad del siglo XXI, de esta forma:

...un modelo de prácticas de cuidado y curación que llevan a la medicina, a la enfermería y al público más allá de la medicina occidental tradicional, más allá del enfoque de, curar cueste lo que cueste, y sitúa las prácticas de cuidado y curación en un nuevo paradigma que reconoce la relación simbólica entre la humanidad-tecnología-naturaleza y el universo, más grande y más extenso.

Se trata de una relación vinculada a la trascendencia de los involucrados, mas allá del simple conocimiento físico de los individuos, es llegar al conocimiento de la realidad integral de los mismos y así establecer una ayuda eficaz que pretende realizar un cuidado que mejore la calidad de vida de ambos participantes. Donde el ambiente en el hospital humanizado debe poseer una estructura física o tecnológica, humana y administrativa, que valore y respete a la persona humana, colocándose en su lugar, garantizándole una atención de elevada calidad. Resaltando que el profesional de enfermería debe ser un individuo humano y humanitario que se siente parte de la relación con el otro, también humano, de esta forma manifiesta su sensibilidad, creando empatía, estableciendo relación sujeto / sujeto y transformando el cuidado en una práctica humana y humanizadora.

Debe señalarse que la pérdida del conocimiento es un estado en el cual una persona es incapaz de responder a otras personas y actividades y, a menudo, se lo llama coma o estar en estado comatoso. Diversos estudios han constatado que los pacientes con daños cerebrales que permanecen en un estado de mínima conciencia sí sienten dolor, por lo que deberían recibir analgésicos que palien su sufrimiento. Laureys, Steven (2011), del Grupo Científico Coma del Departamento de Neurología de la Universidad de Liège en Bélgica, afirma a [elmundo.es](http://elmundo.es) que “los nuevos datos están en la misma línea de trabajos previos en los que hemos constatado que los enfermos en MCS estado de mínima conciencia (MCS, siglas en inglés) preservan el procesamiento emocional”.

Considerando que las personas en estado vegetativo persistente poseen una inconsciencia completa, lo que implica que no son capaces de reconocerse a sí mismas ni a su entorno. Por el contrario, los pacientes en estado de mínima conciencia tienen un cuadro clínico que muestra momentos intermitentes de conciencia. Sin embargo, el personal sanitario que los atiende puede experimentar enormes dificultades para confirmar si están o no sufriendo en función de cuál sea su comportamiento; puesto que las señales de dolor, regularmente se interpretan a partir de posturas antálgicas o expresiones verbales del sujeto que sufre y esto puede ocurrir en lapsos de tiempo sumamente cortos.

El paciente hospitalizado en la (UCI), puede experimentar inconsciencia inducida por el uso de fármacos o bien presentarla producto de su estado de salud, coma metabólico o como consecuencia de los traumatismos acontecidos, coma estructural. Al mismo tiempo se pueden tener pacientes ubicados en: tiempo, espacio y persona; elementos éstos que suelen indicar estado de conciencia; a pesar de estar asignados a un servicio que casi siempre dispensa cuidados de dependencia absoluta de enfermería.

La UCI de los diferentes centros hospitalarios, incluida en la semblanza anterior, es donde el paciente puede experimentar: un ambiente ajeno; la sensación de desasosiego e incertidumbre, producto de su estado; miedo a la muerte; desorientación y desconexión por la lejanía del hogar; siendo el enfermero (a) su punto de referencia para conocer la realidad que vive, en esta perspectiva, Koziar, B.(2005) refiere que:

La persona que está inconsciente y es incapaz de responder a la palabra hablada a menudo puede, sin embargo, oír lo que se dice. Por ello es importante que los profesionales de enfermería hablen al paciente aunque parezca que éste no les entiende, usando un tono de voz normal y hablando antes de tocar al paciente... (p. 1037)

Se plantea entonces que existen algunas medidas adicionales, a las estrictamente biológicas, que los profesionales pueden adoptar en el cuidado de un paciente sin conciencia, éstas han de ser relativas a: orientar al paciente inconsciente con relación a sí mismo, al tiempo y al espacio, pues esta práctica puede tranquilizar y establece un trato humano con quien padece; igualmente posar la mano sobre el brazo del paciente inconsciente o acariciar su frente, dirigiéndose a él siempre por su nombre y explicarle con antelación el cuidado que se le suministrará.

Esta estimulación auditiva y táctil favorece al paciente y puede ayudar a restablecer el grado de conciencia.; Koziar, B. (2004) afirma que "...además el mantener una rutina diaria en la realización de los cuidados transmite una sensación de seguridad..." (p.85). Queda claro entonces que el personal de enfermería de la UCI, que piensa en su acción de cuidado como un proceso integral, adoptará un

modelo de atención que sumado al cuidado, implique tratar al paciente o usuario que en este momento es un ser dependiente al máximo para llevar a cabo sus acciones; también como individuo que sigue teniendo condición de persona.

Puede entonces comenzar a esbozarse un término que es el cuidado humanizado; donde además de asistir en el aspecto biológico y psicológico, se acompaña al ser humano que padece en su condición de persona declarando con ello su dignidad ante la situación que enfrenta. El profesional de la enfermería por su trato con otros seres humanos y situaciones de índole socio-cultural, debe especial atención a los valores morales del respeto y la confianza; lo anterior fundamentado en los principios éticos, generaría respeto a la individualidad del usuario y al mismo tiempo elevaría la ética profesional para con otros colegas.

Siguiendo esta línea, a título ilustrativo, se indica aquí lo expresado por Balanza, N. (1997), quien refiere que:

...buscando el significado del cuidado de enfermería en los pacientes de los servicios hospitalarios, se observa a través de su discurso que el cuidado para ellos se compone de preocupación, amor, ánimo, buen trato y atención, acción oportuna, habilitación, poder y dependencia, procesos que realizan los estudiantes de enfermería pero, es poco realizado por enfermeras profesionales... (p. 61)

En la medida que la sensibilidad ante los otros guíe los pasos de la enfermería, el logro de una atención de calidad está asegurado. Por el contrario esta meta será cada vez más complicada de alcanzar mientras la concepción de los cuidados se aparte de la interrelación de ayuda-confianza que vivencian dos personas, profesional y paciente, ante una situación de salud que los afecta por igual en el marco de la asistencia hospitalaria. Los planes de atención y promoción de salud tienen que desarrollarse según las necesidades, los deseos y las prioridades del paciente, logrando en el cuidador empatía hacia el cliente.

En el Servicio de Cuidados Intensivos Adulto (SCIA) del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” se ha evidenciado que ese cuidado se limita, en muchas ocasiones, a lo estrictamente fisiológico y médico; sin abordarse el aspecto psicológico-emocional de apoyo al paciente inconsciente, para dispensar cuidados integrales y humanizados que redunden en un trato humanizado óptimo.

La tendencia observada en el servicio, es a cumplir indicaciones médicas con respecto a la administración de tratamientos y acciones de enfermería versadas en la prestación de higiene y confort; en la mayoría de los casos esta última práctica no se acompaña de una información al paciente

inconciente de que acciones se llevarán a cabo. Quizás se vislumbra una disposición al mecanicismo, realizando las acciones con prontitud y profesionalismo para luego dedicarse a otras de las funciones asignadas al personal; sin embargo queda de lado el aspecto humano de quien presta los cuidados y la dignidad del paciente que los recibe.

De lo anterior se capta que la comunicación física; es decir, contacto y la comunicación verbal no son la práctica común de enfermería con los pacientes y quizás se denota más esta ausencia en el trato con los sujetos inconcientes, cabe preguntarse en este punto, donde queda la concepción de naturaleza humana entendida como más amplia que solamente los aspectos biológicos. En resumen el cuidado holístico se observa en pocas oportunidades, traducido este en: verbalizar al paciente la fecha y hora del día, al momento de realizar alguna acción o como saludo matutino; explicar que al momento del baño diario se tomaron las medidas para resguardar la privacidad del paciente; o cualquier otra práctica de esta índole.

Muchos pacientes hospitalizados en la SCIA, no pueden emplear el lenguaje para la comunicación con el entorno, entre otras razones por estados de inconsciencia, sedación obligatoria o intubación endotraqueal. Si el individuo interpreta el ambiente mediante los símbolos y sus significados y actúa en consecuencia, es de suponer que esta función codificadora-decodificadora puede estar deprimida o abolida en los pacientes con alteraciones de la conciencia. El usuario en la unidad de cuidados intensivos presenta amenaza de muerte, pérdida de la autonomía, separación de la familia y del entorno, no entiende el lenguaje, ni los monitores, pierde el rol, la dignidad, la expresión oral y la actividad.

Ante tal situación surgen las siguientes interrogantes:

¿El trato brindado al usuario, por el profesional de enfermería; que trabaja en el Servicio de Cuidados Intensivos Adulto, es humanizado?

¿Poseen información, los profesionales de enfermería acerca del estado de inconsciencia de los pacientes?

¿Cuáles son los factores que influyen sobre el modo de actuar, para con el paciente inconciente?

¿Qué información posee el profesional de enfermería acerca del cuidado humanizado en el paciente inconciente, hospitalizado en el Servicio de Cuidados Intensivos Adulto Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” durante el primer semestre del año 2011?

## **Objetivos de la Investigación**

### **Objetivo general**

Determinar la información que posee el profesional de enfermería acerca del cuidado humanizado en el paciente inconsciente, hospitalizado en el Servicio de Cuidados Intensivos Adulto Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” durante el primer semestre del año 2011.

### **Objetivos específicos**

Describir el trato brindado al usuario, por el profesional de enfermería; que trabaja en el Servicio de Cuidados Intensivos Adulto.

Identificar la información, que posee el profesional de enfermería acerca del estado de inconsciencia del paciente.

Identificar los factores que influyen sobre el modo de actuar, para con el paciente inconsciente.

## **Justificación**

La presente investigación es importante para resaltar la necesidad de dirigir o desarrollar la acción de enfermería hacia un servicio integral de calidad, que se corresponda con una visión holística del ser humano como persona independientemente de su condición; referida ésta a la posibilidad de estar conciente o inconsciente. Así el individuo que sea recluido en el Servicio de Cuidados Intensivos Adulto, experimentará un trato que lo dignifique en su condición de persona y coadyuve en el reestablecimiento de su bienestar bio-psico-emocional.

Para el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” este trabajo se reviste de importancia, ya que contribuirá a fomentar el mejoramiento continuo en el trato hacia el usuario. Específicamente en el Servicio de Cuidados Intensivos Adulto, cuyo objetivo consiste en proporcionar una atención basada en cuidados de calidad; este trabajo puede optimizar el desempeño del profesional de enfermería, porque les permitirá adquirir y mejorar sus conocimientos en el manejo de los cuidados humanizados al paciente y así poder aplicar las acciones específicas que conduzcan el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) a su optimización, redundando en la calidad del servicio prestado.

Por tales motivos, se considera que esta investigación con sus conclusiones y recomendaciones será, fuente para la realización de otros estudios vinculados al tema; fortaleciendo al mismo tiempo el perfil

de los intensivistas, haciéndolos más humanos en su trato. Por otra parte la investigación contribuirá a contrastar los datos de instituciones públicas, del área metropolitana de Caracas, con otros relativos a la calidad de atención en el contexto planteado; referidos a otros países y/o instituciones; en trabajos futuros. Los otros aportes de la presente investigación, se espera ocurran en cada uno de los profesionales que participaron, como miembros de la muestra en la investigación, esto en el marco de la posible reflexión personal.

En cuanto a la relevancia científica de la presente investigación radica en el conocimiento más amplio, sobre trato humanizado y los requerimientos del estado de inconsciencia, que ella aporte al campo de la enfermería. Así pues los avances que se consigan en las ciencias humanísticas y científicas relativas a los individuos humanos, redundarán en mejores condiciones para el desenvolvimiento y finalmente en mejoras en la calidad de vida para las sociedades.

Finalmente a nivel personal, este trabajo brinda a los autores un cúmulo de satisfacciones como son: elevar el estatus profesional de enfermería, como personal esmerado, objetivo y humano que está dedicado a la satisfacción de necesidades; colaborar para que el ambiente de las unidades de cuidados intensivos se vuelva más un espacio para las relaciones humanas entre los pacientes y el personal que allí labora y aportar un grano de arena en la optimización de nuestro sistema de salud nacional.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### **Antecedentes de la Investigación**

Veiga, J.; González, I.; Vizoso P. y otros (2008), realizaron una investigación sobre el comportamiento del traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos - UCI del Hospital Clínico Quirúrgico Miguel Enríquez, en la ciudad de Santiago de Chile, durante el período de Enero/04 a Diciembre/06. El objetivo de la investigación fue describir como evolucionaban los pacientes, desde su ingreso y hasta el alta.

Metodológicamente se siguió un diseño prospectivo de tipo observacional y descriptivo; para lo cual se tomó una población de 84 pacientes y luego se extrajo una muestra igual a 76 pacientes, con el diagnóstico de Traumatismo Cráneo Encefálico Grave y Glasgow por debajo de 8 puntos; su técnica de muestreo fue no probabilística e intencional. Por su parte la recolección de datos consistió en un examen clínico neurológico e imagenológico completo, en las primeras 24 horas y diario hasta el término de su estadía.

Como resultado, se observó una predominancia del Traumatismo Craneoencefálico Grave en el sexo masculino, en las edades productivas de la vida siendo los accidentes de tránsito la principal causa con un alza en la morbi-mortalidad de esta entidad que se ve superada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UTI) principalmente por los síndromes coronarios y los post operados complejos.

De lo anterior se pudiera extrapolar que la mayoría de los ingresos a la unidad, cursan con estados de inconsciencia luego de un evento como un accidente de tránsito; si a esto se le suma que el mayor índice se le acredita a individuos de sexo masculino y quizás estos pudieran experimentar mayor estrés post-traumático, debido a que culturalmente los hombres adoptan una postura renuente ante la asistencia a los centros hospitalarios; se hace vital el apoyo que brinde el personal de salud y dentro de este enfermería como el agente que establece mayor contacto con el paciente.

Por otro lado, Rodríguez, F. (2007); llevó a cabo un trabajo que se título Cuidado Humanizado de Enfermería en el preoperatorio en la Unidad Quirúrgica del Instituto Oncológico Luís Razetti de Caracas; donde describe la evidencia de este cuidado en dicha unidad, según reporte de los pacientes.

Su marco metodológico fue un diseño descriptivo de campo, contemporáneo-transeccional y univariable, conformando una población de 40 enfermos oncológicos hospitalizados; de ésta con una

técnica de muestreo no probabilística e intencional se obtuvo la muestra, equivalente a 30 enfermos oncológicos hospitalizados representando el 75%; en lo referente a la recolección de datos, se estructuró un cuestionario con una parte de datos sociodemográficos y 38 ítems dicotómicos.

En la investigación anterior el instrumento de recolección contó con una confiabilidad igual a 0,83 según coeficiente de Küder Richarson; arrojando unos resultados donde se ofrece un Cuidado Humanizado en un 61%; es decir que no todos los profesionales de enfermería, asumen como una práctica inherente a su carrera la ejecución de estos cuidados; cabe aquí la interrogante de si los cuidados humanizados se suministran, según las condiciones humanitarias y personales que poseen los profesionales. Así queda claro que este tipo de cuidado se puede dispensar y en esta muestra se evidenció en un porcentaje de nivel medio; posiblemente generándose los beneficios holísticos que apoya y se plantean en la teoría de este tipo de cuidado.

En la misma línea investigativa Reyes, E.; Vargas, G. (2006) efectuaron un trabajo identificado por el título, Calidad del Cuidado Humanizado de Enfermería enfocado en la Teoría de Watson en pacientes hospitalizados en el Instituto Docente de Urología Valencia Estado Carabobo.

Las autoras antes mencionadas, siguieron un diseño no experimental, prospectivo transversal descriptivo; siendo su población los pacientes hospitalizados y la muestra 18 de estos pacientes que representan el 90%. Utilizaron una técnica de muestreo no probabilística tipo accidental y para la recolección de datos se usó un cuestionario, con datos demográficos y 37 ítems con escala de Likert de cinco puntos: totalmente insatisfecho, insatisfecho, ni insatisfecho ni satisfecho, satisfecho y altamente satisfecho; dicho cuestionario fue dejado durante la mañana en la habitación y el paciente contó con dos horas para realizarlo.

La confiabilidad del instrumento fue del 0,90 según coeficiente de alfa de Cronbach; respaldando los siguientes resultados: La calidad del Cuidado humanizado es dado con marcadas limitaciones y diferencias del enfoque teórico; es decir 50 a 60% de los pacientes reportan estar insatisfechos en los ítems que miden cada sub- dimensión; por lo anterior se puede inferir que la práctica de cuidados humanizados exige un patrón de homogenización de criterios y además las instituciones de salud deben sensibilizar a su personal sobre esta materia. Así se hace evidente que no es suficiente brindar los cuidados, es preciso hacerlo con un rango de calidad mayor al denotado por el estudio; quizás buscando adaptarlo al paciente y su estado, esto solamente puede hacerse realidad si constantemente se realizan investigaciones en el área, que muestren cuan importante es el trato humano hacia los individuos enfermos; pues así se lograría satisfacer las expectativas de los pacientes, esto redundaría en su receptividad a las prácticas que aumentan su bienestar y su calidad de vida. Mucho más cuando el

individuo se encuentra inconsciente y sus necesidades se infieren o han de ser satisfechas sin la participación activa del paciente.

Cardoza, M. y Navas, A. (2006), realizaron un estudio sobre, Cuidado Humanizado de Enfermería a usuarios que vivencian enfermedad de Hansen, tratados en la consulta de dermatología del Hospital tipo I “Dr. Juan Aponte” Mcpo. Girardot del Estado Cojedes.

Su marco metodológico, contó con un diseño no experimental, retrospectivo transversal descriptivo; estudiando una muestra de 23 personas, constituyendo el 76,6% de una población igual a 30 personas alfabetos; enfermos que asisten a la consulta externa, del mencionado centro. La selección se hizo con una técnica de muestreo no probabilística intencional y para la recolección de datos fue utilizado un cuestionario de 37 ítems, realizado en los hogares durante las horas de la tarde, presentando una escala de Likert modificada; de tres alternativas: siempre, algunas veces y nunca.

Los resultados encontrados fueron de un mayor porcentaje inclinado a que nunca recibe cuidados humanizados; según una confiabilidad del 0,90 por coeficiente de alfa de Cronbach. Esto evidencia que el suministro de los cuidados humanizados, dependerá de los individuos involucrados como dadores de este tipo de atención y siempre estará inmerso en las características personales de los enfermeros que dispensan la atención.

## **Bases Teóricas**

### **Información**

La información es un fenómeno que proporciona significado o sentido a las cosas, e indica mediante códigos y conjuntos de datos, los modelos del pensamiento humano. La información por tanto, procesa y genera el conocimiento humano. Aunque muchos seres vivos se comunican transmitiendo información para su supervivencia, la diferencia de los seres humanos radica en su capacidad de generar y perfeccionar tanto códigos como símbolos con significados que conformaron lenguajes comunes útiles para la convivencia en sociedad, a partir del establecimiento de sistemas de señales y lenguajes para la comunicación.

En sentido general, la información es un conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje sobre un determinado ente o fenómeno. Así lo expone Norman, Donald A. (1979) “... los procesos intelectuales son el resultado de la operación de ...sistemas senso-perceptuales, de

procesamiento central (pensamiento), de memoria y de respuesta (control motor)...” (p. 56). Cuando se tiene que resolver un determinado problema o se debe tomar una decisión, son empleadas diversas fuentes de información, y como resultado se origina lo que en general se denomina conocimiento o información organizada; tal planteamiento también se puede ver en el material titulado Procesos de Aprendizaje Mediados por las Tecnologías de la Información de González, Nidia A. y Molina V., Ruth; (2002). Para enfermería ha de ser vital organizar su marco de referencia y afrontar determinadas situaciones, como, por ejemplo, el estado de inconsciencia en un paciente.

Los datos se perciben mediante los sentidos, éstos los integran y generan la información necesaria para producir el conocimiento que es el que finalmente permite tomar decisiones para realizar las acciones cotidianas que aseguran la existencia social. La sabiduría consiste en juzgar correctamente cuándo, cómo, dónde y con qué objetivo emplear el conocimiento adquirido. En este orden de ideas, expresa sobre los seres humanos, Bandura, A. (1986) “Al reflexionar sobre sus distintas experiencias y sobre sus conocimientos puede llegar a alcanzar un conocimiento genérico sobre sí mismo y sobre el mundo que le rodea, además de poder evaluar y modificar sus pensamientos” (p. 41); luego es vital que enfermería retome constantemente sus acciones y fortalezca su información así como su banco de experiencias significativas, desarrollando así su capacidad de autorreflexión, para con ello aumentar su capacidad de respuesta ante las necesidades del paciente o el usuario.

El ser humano ha logrado simbolizar los datos en forma representativa (lenguaje) para posibilitar el conocimiento de algo concreto y creó las formas de almacenar y utilizar el conocimiento representado. Existe una relación indisoluble entre los datos, la información, el conocimiento, el pensamiento y el lenguaje, por lo que una mejor comprensión de los conceptos sobre información redundará en un aumento del conocimiento, ampliando así las posibilidades del pensamiento humano.

Dentro de las relaciones humanas existen varios puntos importantes, que originan su completo desarrollo y que están inmersas en el tema, se pueden nombrar los siguientes: personalidad, motivación, comunicación, retroalimentación, autoconocimiento de sí mismo, análisis transaccional e integración de grupos de trabajo. Así Kozier, B. (2005) plantea sobre la teoría de Peplau “...Un aspecto clave es el uso de la relación terapéutica entre enfermera y paciente...El profesional de enfermería entra en una relación personal con un individuo cuando existe necesidad...(p. 41)

El origen, de exaltar las relaciones humanas, se pudiera ubicar en la necesidad de humanizar y democratizar la administración, cuando en ésta surge la idea de desarrollar las llamadas ciencias

humanas dentro de la filosofía pragmática de John Dewey, la psicología de Kurt Lewin y la experiencia y conclusiones de Hawthorne, son capitales para el humanismo en la administración.

Para que el conocimiento enfermero crezca y progrese es importante que se difunda y se entienda, la razón y lógica del mismo. De este modo, se pueden establecer sus implicaciones y el desarrollo de futuras direcciones. El pensamiento enfermero siempre ha utilizado conceptos, hipótesis de trabajo, asunciones y presunciones para comprender el mundo de la Enfermería y de los cuidados enfermeros.

En este orden de ideas, Kozier, B. (ob. cit.), dando referencias de Watson, J. destaca respecto a los valores profesionales en Enfermería, la Creencia en la dignidad y el mérito de cada persona. Igualmente la autora antes señalada, hace mención a la American Association of Colleges of Nursing (AACN, 1998), ésta propone como valor, el de la Dignidad humana, definiéndolo como: "...el respeto por el valor y singularidad inherentes a las personas y las poblaciones..." expresando como conductas profesionales "...Proteger la intimidad del paciente...lo cual demuestra seriedad en sus propias acciones..."(p. 77)

### **Teoría del Cuidado Humanizado**

Es difícil imaginar cómo se puede trabajar sin un pensamiento crítico ni modelos conceptuales que guíen la práctica, la formación, la investigación y la gestión de los cuidados enfermeros. El paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes y constituye la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. Este paradigma ha inspirado nuevas concepciones de la disciplina enfermera entre ellas, la Teoría del Cuidado Humanizado, desarrollada por la Dra. Jean Watson. Reafirmando esto Mariner T., A (2003), refiriéndose a la autora anterior, manifiesta: "Watson se apoyó sólidamente en las ciencias y las humanidades, ofreciendo una orientación fenomenológica, existencial y espiritual". (p. 147)

La teoría del Cuidado Humanizado de J. Watson es una de las claves para lograr este empeño. Su teoría aporta como conceptos principales los factores de cuidado, el momento caring y desarrolla la relación transpersonal. Su teoría guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas. Este compromiso ha de ser un factor motivador esencial en el proceso de cuidado.

El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, sino un punto de inicio del contacto con el paciente, un estadio, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consciente que se manifiesta en actos concretos. El cuidado humano,

como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana.

Cuidar implica conocer a cada paciente, interesarse por él. A su vez interesarse implica, paradójicamente, desinteresarse de uno mismo, algo difícil. Interesarse supone entrar dentro del ser, en este caso dentro del paciente, tener un conocimiento propio de cada uno, un darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones y además de sus conocimientos; requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo. Esto exige entonces un esfuerzo de atención, una concentración que a veces agota más que el esfuerzo físico. Pero el que lo consigue se recrea en ese juego de gran belleza, que si se sabe percibir, consiste en ir descubriendo, poco a poco, un ser cuya riqueza de matices, nunca se acaba de conocer del todo.

Algunos conceptos de enfermería en la teoría del Cuidado Humanizado de Watson, J. (2003) son:

Persona: Desde la mirada existencialista, Watson, J. considera la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el gestalt, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería. Por esto el paciente inconsciente, igualmente que cualquier otro individuo, posee condición de persona humana y requiere se le brinde soporte y atención integral en este estado.

Medio ambiente: Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado). Así es enfermería, en la figura del profesional quien brinda la atención, el eslabón del equipo de salud que atiende al paciente y quizás quienes tienen un contacto más directo con su condición psico-afectiva; y por tanto quienes deben y pueden detectar necesidades y solventar carencias en pro de la recuperación del estado de salud.

Salud: De acuerdo con Cara, Ch. (2000), según documento en línea, cuando hace mención al trabajo de Watson, J. (1979), la salud tiene que ver con la unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado. Aquí es donde el profesional de enfermería, puede transmitir una visión objetiva de su estado al paciente y hacerla entendible por éste según su nivel socio-cultural.

Enfermería: La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. Para Watson, J. (2003) la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante a como la otra persona los experimenta. De esta forma el personal de enfermería adopta una figura donde interviene integralmente en el reestablecimiento del estado saludable para el paciente con una concepción bio-psico-socio-afectivo- familiar y cultural.

Watson, J. (ob. cit.) define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, lo cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración.

Las concepciones de: interacción enfermera- paciente; campo fenomenológico; relación transpersonal de cuidado y momento de cuidado, son quizás por la naturaleza abstracta de los conceptos lo que ha hecho este modelo difícil para evaluar.

Interacción enfermera(o) paciente: El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud–enfermedad, interacción persona–medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. La autora conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera-paciente).

Campo fenomenológico: El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

Relación de cuidado transpersonal: El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trasciende más allá de ellas, el tiempo, el espacio y la historia de vida de cada una. Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera(o) entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson, J. (ob. cit.), la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por dos condiciones: El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana; así como el más profundo/más alto Yo.

El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera(o) va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación e interés hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado, sentido e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual.

El término transpersonal quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

La teoría de Watson, J. (2003) proyecta una reverencia por las maravillas y misterios de la vida, un reconocimiento de la dimensión de la vida espiritual, y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio. Watson, J., en el mismo año, destaca el acto de ayuda de las personas para conseguir más autoconocimiento, autocontrol y disposición para la autocuración independientemente de la condición externa de salud.

Momento de cuidado: Según la teorizante, una ocasión de cuidado es el momento, el foco en el espacio y el tiempo, en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción de persona a persona.

Para la Teoría del Cuidado Humanizado de Watson, J., el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo. Todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson, J. insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

La ocasión del cuidado, en últimas instancias, permite el descubrimiento de sí mismo. Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera(o). Estas influencias y valores

han formado las bases de los diez factores de Cuidado de Watson, J., utilizados por enfermeras en las intervenciones y los procesos de cuidado humano.

Cada elemento asistencial describe el proceso de la forma como un paciente alcanza, mantiene la salud o muere en paz; los tres elementos son interdependientes y constituyen el fundamento filosófico de la ciencia de la asistencia.

Watson, J. (1979), según documento en línea de Cara, Ch. (2000), expone los supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería, como sigue:

El cuidado sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal.

El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.

El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia.

Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser.

Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado.

El cuidado genera más salud que curación. El cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o pro-mover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos. Por lo tanto, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia de la curación.

El cuidado es el eje central de la enfermería.

Como aportes de la teorizante al marco de la investigación en y para la enfermería, Watson, J. invita a las enfermeras a usar enfoques de investigación innovadores como son la fenomenología trascendental, la hermenéutica y la poesía. En la revisión bibliográfica realizada, los trabajos investigativos encontrados abordan la temática de la Percepción del Cuidado humanizado.

Los supuestos de Watson, J. (2003) Relacionados con los Valores del Cuidado Humano son:

1. El cuidado y el amor son lo más universal, lo más misterioso de las fuerzas cósmicas, ellos abarcan la energía psíquica y universal.
2. La asistencia y el amor, con frecuencia subestimados, son las piedras angulares de nuestra humanidad. La cobertura de estas necesidades satisface nuestra humanidad.
3. Desde que enfermería es una profesión que cuida, sus habilidades para mantener el ideal y la ideología del cuidado en la práctica profesional afectará el desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la enfermería a la sociedad.

4. En principio debemos amar y cuidar nuestros propios comportamientos y tratarnos con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros con delicadeza y dignidad. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás.
5. Tradicionalmente la enfermería ha mantenido una postura de cuidado humano y atención hacia las personas en los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad.
6. El cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería; es decir la esencia de la enfermería.
7. El cuidado humano, tanto individual como grupal, progresivamente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario.
8. Los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido sublimados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales.
9. Una cuestión trascendental para la enfermería actual y futura es la preservación y evolución del cuidado humano.
10. El cuidado humano puede ser efectivamente demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales. Los procesos humanos intersubjetivos mantienen vivo un sentir común de humanidad, la identificación de sí mismo con los otros.
11. Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y a la sociedad residen en los compromisos con los ideales humanos en la teoría, la práctica y la investigación

Los elementos o factores del Cuidado de Watson, J (1979), según documento en línea de Cara, Ch.(2000), son:

1. Formación de un sistema de valores humanístico altruista. Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del Yo.
2. Infundir fe y esperanza. Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud.
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante la autoaceptación de la enfermera y del paciente. Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás.
4. Desarrollo de una relación de ayuda-confianza. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva ser real, honesto, genuino y auténtico. Referente a este

aspecto acuña Mariner T., A. (2003) “...La empatía es la capacidad para la experiencia y por lo tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona y para comunicar aquellas comprensiones...La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales”

5. Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual. La enfermera debe reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos. El bienestar mental y espiritual y los planteamientos socioculturales son conceptos importantes para el entorno interior del individuo. Además de las epidemiológicas, las variables externas incluyen el confort, la intimidad, la seguridad y los ambientes limpios y estéticos.

6. Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas. La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior. La alimentación, las eliminaciones y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior, mientras que la actividad/ inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de orden inferior. La realización de la persona y las relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intrapersonal – interpersonal de orden superior.

7. Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas. La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencialista es una ciencia de la existencia humana que utiliza el análisis Fenomenológico.

A manera de compendio resumido, Mariner T.,A (2003), puntualiza “ La evolución del trabajo de Watson continua dejando explícito que los seres humanos no pueden ser tratados como objetos y no pueden ser separados de su personalidad, de los otros, de la naturaleza y del universo, más extenso...”

En la actualidad, cada vez se pone más énfasis en la salud y el bienestar o el término salutogénesis. Así la definición de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad, emitido por la Organización Mundial de la Salud en 1947; aporta una visión holística de la salud y la relaciona con el contexto del entorno.

De igual forma se relacionan los cuidados con la labor de enfermería, al respecto Leininger, M. (1984) citada por Kozier (1991) refiere que “...los cuidados son la esencia de la enfermería y la característica dominante, distintiva y unificadora de la enfermera...” (p. 46); cabe considerar que los cuidados son un conjunto de actividades que buscan la satisfacción de las necesidades del paciente,

fundamentados en un marco conceptual que ha de manejar enfermería y adaptarlo a la individualidad de cada persona que requiere dichos cuidados.

Es vital tener claro que el elemento principal de los centros hospitalarios son los pacientes e igualmente para enfermería el paciente o cliente se convierte en el motivo de existencia de la profesión; así el conjunto de cuidados que se le dispensen sumados a la consideración que se exterioriza por su estado, equivalen a tratarlo como individuo dueño de una realidad única que requiere de los conocimientos necesarios y de la actitud de servicio efectiva para solventar la necesidad interferida. Si lo anterior ocurre de esta manera es posible que el paciente sienta la retroalimentación del profesional y viceversa, creándose una relación de crecimiento mutuo; para ampliar el marco de acción de enfermería hacia los familiares y todo el entorno del usuario.

En el abordaje de este tema, se ha de entender por cuidar el facilitar las tareas y prestar atención, al ritmo en el cual el paciente realiza habitualmente sus procesos, para con ello respetar su modo de vivir. En relación a lo antes mencionado algunos autores exponen que el cuidado ha de ser, un apoyo en las diferentes áreas que se pueden ver afectadas en el individuo o en el ser humano en su condición de persona; según Kozier, B. (2004) refiere que las:

Actividades que ayudan al paciente, física y psicológicamente a la vez que preservan su dignidad...Las actuaciones de enfermería necesarias pueden suponer el cuidado completo de un paciente totalmente dependiente...Los cuidados engloban niveles físicos, psicológicos, de desarrollo, cultural y espirituales...

(p. 10)

Luego las actividades de enfermería no deben desligar o desvincular el hecho que, son acciones realizadas por un ser humano para satisfacer a otro; así esto trae a colación que la interrelación e involucramiento que se desarrolla en la atención al paciente se expresa finalmente en una compenetración mutua entre dos seres que establecen nexos durante su aproximación. En el caso del paciente inconsciente dicha compenetración se expresa en el trato digno dispensado y la condición de persona que resalta para con el usuario, el profesional de enfermería.

Quizás el pensamiento que entiende a la enfermería como sujeto y objeto de su propia investigación y sostiene que la interpretación de los hechos responde a la realidad observada, justifica la relación del paciente con sus cuidadores como una relación humana de compartir espacio y tiempo. Donde esta relación debe estar enmarcada en el respeto, indistintamente de la condición del paciente; así la

comunicación con esa parte del paciente que reposa sobre una cama y sigue siendo un individuo que además tiene condición de persona, es vital para que la atención sea integral y holística.

Es así como un individuo producto de la cultura social donde se formó, posee una creencia sobre un tema o cosa y ésta determina sus acciones e inclusive sus aptitudes. Pues de una u otra forma puede gestionar su visión de la realidad y la interpretación que realiza de ésta. Además juegan un papel importante los antecedentes personales, o por llamarlo de otro modo la cultura personal del sujeto que realiza el hecho o emite la opinión; que al tiempo está sesgada por su creencia e influenciada por la experiencia previa.

La concepción biopsicosocial del ser humano, fundamentada en las necesidades fisiológicas-emocionales-sociales ha de aplicarse al caso de pacientes conscientes e inconscientes; ya que debe ser la forma de establecer los programas de cuidado. Durante la vigilia, se mantiene una interacción constante con otros individuos ya sean familiares, amigos, compañeros de estudio o de trabajo y en algunas ocasiones con extraños. Este es un aspecto vital en el cual se está inmerso desde el nacimiento hasta que sobreviene la muerte. Quizás mucho más para las enfermeras; debido a que este profesional se especializa en prestación de servicios de carácter social y humano, las relaciones interpersonales son inherentes a él.

Dentro de los factores que seguramente influyen en la práctica de la enfermería están: económicos relativos tanto a pacientes o usuarios desposeídos, como a enfermeros que reciben una gratificación inferior a la merecida por su desempeño; demandas de los consumidores, las peticiones directas y/o implícitas de los beneficiarios del servicio prestado; estructura familiar donde la del paciente puede ser tan diversa como el propio individuo e igualmente la del profesional; científicos, tecnológicos, informáticos y de telecomunicaciones que conforman la gran innovación de los recursos con los cuales labora la enfermería día a día; la legislación respectiva al ejercicio de la profesión de la mano con los derechos de los pacientes; permiten vislumbrar una necesidad de preparación y formación cónsona con las exigencias del mundo actual.

Dicho de otro modo los aspectos cambiantes del entorno han llevado a la enfermería tanto o más que a otras disciplinas a la inclusión en sus prácticas de implementos tecnológicos y científicos; sin embargo es la misma naturaleza del objeto de estudio de la enfermería, el ser humano y su idiosincrasia, que reclama una visión humana de su condición y aspectos relacionados.

El impacto que genera en el personal de enfermería encontrarse bajo situaciones de estrés constante en su ambiente de trabajo pudiera estar formando una especie de defensa ante el involucramiento con los pacientes y sus realidades, mucho más en el área de terapia intensiva, donde sumado al estrés por

estar la vida del paciente en riesgo existe una tensión familiar por no poder estar todo el tiempo a su lado;

La comunicación eficaz es un elemento esencial en todas las profesiones que se dedican a ayudar a los demás, entre ellas la enfermería. La comunicación da forma a las relaciones entre los profesionales de la enfermería y los pacientes o usuarios. Kozier, B. (2004) “La comunicación facilita todas las actuaciones que se realizan con las intervenciones” (p. 20). No está por demás mencionar que la comunicación efectiva es esencial para la interacción que se genera en las relaciones interpersonales. Mediante ella, se entra en contacto con las personas y el mundo circundante y es por ella, que se posibilitan la toma de decisiones, la obtención y transmisión de información y la modificación de objetivos.

Bajo esta concepción integradora y participativa se hace necesario involucrar al paciente con su proceso curativo y así será él quien decida, asesorado y bajo la orientación de enfermería, las actividades o intervenciones donde participará para alcanzar los objetivos de salud trazados; la frecuencia y la duración de las actividades y el método de evaluación. Igualmente ha de tomar decisiones sobre los planes de asistencia hospitalaria que se le aplicarán, en lo que contemple el consentimiento informado; siempre y cuando esté conciente y se le atienda de forma humana, integrándole participativamente a su estado de salud y su recuperación. (Kozier, B. 2004)

Retomando ideas el cuidado que enfermería le brinda al paciente se ha de ver como un intercambio entre dos seres en su condición de personas que involucra dignidad y afecto por el bienestar del otro que profesa el profesional de enfermería como parte de sus deberes y el sujeto atendido como un acto recíproco ante el buen trato; luego es la acción recíproca lo que fortalece los lazos afectivos de la relación enfermera(o)-paciente.

## **Bases Conceptuales**

Cuidados de enfermería, se han de entender, como todas las actividades (administrativas y sobre el paciente) realizadas por el personal de enfermería para satisfacer las necesidades del paciente ingresado, los cuidados requeridos vienen determinados por las características clínicas y sociales de los pacientes y el estándar de calidad del hospital. Tilquin, C. (1992).

La provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual. A de entenderse como lo plantea Watson, J., citada por Mariner, T. y col (2003).

La enfermera debe reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos. El bienestar mental y espiritual y los planteamientos socioculturales son conceptos importantes para el entorno interior del individuo. Además de las epidemiológicas, las variables externas incluyen el confort, la intimidad, la seguridad y los ambientes limpios y estéticos...(p. 150)

El contexto es parte integral del ser humano y por ello ante situaciones hospitalarias que inevitablemente descontextualizan al paciente de su realidad, es enfermería la llamada a llevar a cabo prácticas que devuelvan ese entorno de información temporoespacial.

Los caracteres enumerados por Parse (1995) citado por Kozier, B. (2005), sobre Teoría de la Humanización, contribuyen a esclarecer lo expuesto anteriormente pues el autor "...propone tres hipótesis sobre humanización:...proceso intersubjetivo de relacionar valores prioritarios...co-creación de patrones rítmicos...co-superación multidimensional con las posibilidades emergentes". (47 p). La primera hipótesis es relativa al significado, el cual surge de la interrelación de una persona con el mundo y se refiere a los hechos a los que la persona otorga diferentes grados de importancia. La segunda plantea un movimiento hacia una mayor diversidad. Por último la tercera enmarca a la co-superación que es el proceso de extenderse más allá de uno mismo.

#### Relación de ayuda y confianza

El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad teniendo una calidad única y auténtica. El profesional de enfermería está llamado a ayudar al paciente para aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, generando procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos.

Los fundamentos del cuidado humanizado enfatizan el rol integral que sus miembros interactuantes desempeñan en la vida y en el bienestar del paciente, transformando como meta principal la creación de un ambiente de colaboración entre enfermería e individuo, en el cual ambos lados puedan establecer confianza mutua, comunicación efectiva y cooperación que vayan al encuentro de las demandas de cuidado de salud para el bienestar.

La visión humanista del cuidado, es importante por cuanto cambia el enfoque de los cuidados de Enfermería en los sistemas hospitalarios, el cuidado debe adquirir una dimensión profunda que va más

allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o la de una educación rutinaria día a día; es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones. Watson, J. (1979), según documento en línea de Cara, Ch. (2000)

En este orden de ideas el trato entre enfermera(o) y paciente estará pleno de interacciones entre dos seres humanos; tal como lo plantea Watson, J. (1979) citada por Mariner, T. (2003), en el marco de cómo debe ser la relación enfermera(o)-paciente "...Desarrollo de una relación de ayuda-confianza. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos..."(p.151). La enfermera(o) debe estar muy receptiva para detectar las necesidades del paciente y especialmente, cuál es la ayuda que requiere. La forma en que el profesional de la enfermería siente la acción de ayuda de los pacientes, supone diferencia en el resultado de la asistencia, desde un punto de vista de expansión de la personalidad.

Los pacientes se adaptan a la situación o aprenden algo, como resultado de la experiencia de la enfermedad y de la enfermería. Sin embargo, cabe preguntarse frecuentemente, lo que sucede con aquellos pacientes que llegan a los servicios de hospitalización o de cuidados intensivos inconscientes, como consecuencia de lesiones cerebrales o de cualquier índole.

Las situaciones de salud del paciente en estado crítico, enfrentan a todo el personal de salud que participa de su cuidado, a ser recursivo frente a la comunicación, lo cual hace imperativo que los profesionales en el área y entre ellos los de enfermería, busquen los códigos que permitan la interacción con el paciente. El servicio de terapia intensiva es el sitio del hospital donde el cuidado es de tipo clínico y de carácter individual, lo cual determina la interacción permanente entre los enfermeros y un paciente, que presenta características de dependencia en el cuidado en un sistema totalmente compensatorio, para la satisfacción de sus necesidades.

Profundizando en los puntos que resalta la Teoría de Watson, J. (2003) se pueden extraer los siguientes aspectos, que han de ser desarrollados por, los profesionales de Enfermería:

#### Cultivo a la Sensibilidad

Los eventos expuestos requieren un trato humanizado, y este, se ha de entender como la calidez, empatía y amabilidad en la atención y trato a los usuarios y compañeros de labores que brinda el profesional de enfermería. También se le pudiera considerar como un conjunto de afectividad, cariño y cordialidad; vivenciadas en las diversas relaciones humanas que establece el enfermero o la enfermera.

Desglosando y analizando cada factor, se podría decir, que la empatía, llamada también inteligencia interpersonal en la teoría de las inteligencias múltiples de Howard Gardner (s.f.), es la capacidad cognitiva de sentir en un contexto común lo que un individuo diferente puede percibir.

En las ciencias humanas, la empatía designa una actitud hacia el otro caracterizada por un esfuerzo objetivo y racional de comprensión intelectual de los sentimientos de aquel, excluyendo particularmente todo entrañamiento afectivo personal (simpatía, antipatía) y todo juicio moral.

La empatía se diferencia del contagio emocional en que en este último una persona experimenta el mismo estado afectivo que otra sin conservar la distancia que se observa en la empatía. Las teorías modernas distinguen igualmente la empatía de la simpatía; esta última consiste en comprender los afectos de otra persona, pero comporta una dimensión afectiva suplementaria: mientras que la empatía reposa sobre una capacidad de la imaginación, la simpatía reposa sobre una proximidad afectiva con aquel o aquella que es el objeto de ella.

Algunos investigadores prefieren hablar de empatía cognitiva para insistir sobre el hecho de que la empatía reposa sobre un mecanismo cognitivo neutro sin enlace con la relación que se le supone con la persona que es objeto de ella.

Hay numerosas definiciones propuestas para la empatía, a menudo confundida con la simpatía. La empatía implica un proceso de comprensión e inspección intelectual que accede a los estados emocionales de los otros, mientras que la simpatía es un comportamiento reflejo, de tipo reactivo.

Se ha observado, por ejemplo, que un determinado tipo de neuronas, las neuronas espejo, se activan solamente cuando el mismo acto que realiza un primate es efectuado por otro que es observado por el primero. De forma análoga, en los humanos se activa la misma área cerebral en el curso de una emoción observando a otra persona en el mismo estado emocional.

Así pues, la empatía describe la capacidad intelectual de una persona de vivenciar la manera en que siente otra persona; ulteriormente, eso puede llevar a una mejor comprensión de su comportamiento o de su forma de tomar decisiones. Es la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar, y responder correctamente a sus reacciones emocionales.

Las personas con empatía son aquellas capaces de escuchar a los demás y entender sus problemas y motivaciones; por eso poseen normalmente mucho reconocimiento social y popularidad, ya que se anticipan a las necesidades antes incluso de que sus acompañantes sean conscientes de ellas y saben identificar y aprovechar las oportunidades comunicativas que les ofrecen otras personas.

Es preciso resaltar aquí; tal y como lo expresa Watson, J. (1979) citada por Mariner, T. (2003), dentro del aspecto cultivo de la sensibilidad “Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás...” La amabilidad es la manera más sencilla, delicada y tierna de hacer realidad un amor maduro y universal, libre de exclusivismos. Amabilidad se define como calidad de amable, y una persona amable es aquella que por su actitud afable, complaciente y afectuosa es digna de ser amada.

Al hablar de amabilidad, sin duda se encuentran referencias también al amor, pero es preferible tipificar a la amabilidad como valor por su carácter más concreto de actitud, de rasgo firme y definido de la persona que ama. El amor es una palabra demasiado grande, universal y genérica en sus formas. En este marco plantea Kozier, B. (2005) “Los profesionales de enfermería tienen que ser sensibles a las indicaciones de las necesidades espirituales del paciente, y responder de un modo apropiado...”

#### Provisión de un entorno de protección

Por otro lado la fisiología del paciente engloban un cúmulo de aspectos relativos a: la conciencia y la inconsciencia; que se irán tocando más a fondo en los párrafos siguientes. Siempre dejando claro que los de inconsciencia, son procesos donde el individuo pierde el contacto consigo mismo y con su entorno; muchas veces por causas orgánicas y/o psicológicas, o bien suministro de fármacos. (Ver apéndice A, p. 125)

La conciencia es la noción que se tiene de las sensaciones, pensamientos y sentimientos experimentados en un momento determinado. Es la comprensión del ambiente que rodea al sujeto, definida en general como el conocimiento que un ser tiene de sí mismo y de su entorno.

En la especie homo sapiens, la conciencia implica varios procesos cognitivos interrelacionados. La conciencia puede también ser definida como el estado cognitivo no abstracto que permite la interacción, interpretación y asociación con los estímulos externos denominados realidad. La conciencia requiere del uso de los sentidos sensoriales organolépticos como medio de conectividad entre los estímulos externos y sus asociaciones.

Es más, actualmente no existe una guía clínica sobre el cuidado y tratamiento analgésico de los enfermos en estado de mínima conciencia. Y en los enfermos en estado vegetativos los manuales determinan que no se les den analgésicos porque, por definición, no sufren.

Luego como la conciencia, es el estado en que las personas se encuentran alerta y se dan cuenta del ambiente que los rodea; el mantenimiento de este estado es dependiente de la sustancia reticular mesencefálica la cual actúa como un sistema activador ascendente manteniendo el estado de vigilia y alerta del individuo. También Kozier, B. (2005) plantea, sobre el nivel de conciencia “...puede situarse

en cualquier punto entre el estado de alerta y el coma...Un paciente comatoso logra una puntuación de 7 o menos.” Referido esto último a la Escala de Glasgow.

La conciencia puede también ser definida como el estado cognitivo no-abstracto que permite la interacción, interpretación y asociación con los estímulos externos denominados realidad. La conciencia requiere del uso de los sentidos sensoriales organolépticos como medio de conectividad entre los estímulos externos y sus asociaciones. Luego la conciencia es la noción que se tiene de las sensaciones, pensamientos y sentimientos que se experimentan en un momento determinado. Es la comprensión del ambiente que forma el entorno.

El estado de consciencia es aquel en que se encuentran activas las funciones neurocognitivas superiores. El estado de consciencia determina la percepción y el conocimiento del mundo psíquico individual y del mundo que nos rodea. Un estado alterado de consciencia es una condición significativamente diferente al estado de vigilia atenta, es decir, distinta al estado de ondas beta propio de la fase circadiana en la que se está despierto. Esta expresión describe cambios en los estados mentales de un individuo, casi siempre de naturaleza temporal.

Existen muchos fenotipos en el estado de consciencia. Ejemplos claros son el estado de sueño y el estado de vigilia. Los estados de consciencia alterados (o modificados) muestran la existencia de niveles o fases de vigilia distintas. Estos niveles pueden ser inducidos y alterados de forma artificial o patológica.

- Inducidos mediante drogas y alucinógenos, o una práctica: discusión, autosugestión, deporte, hipnosis, meditación, pranayama, arengar, etc.
- Ser producto de una patología: agotamiento, ayuno, deshidratación, drogas, esquizofrenia, intoxicaciones, manía, insomnio, privación de sueño, etc.

Los fisiólogos distinguen al menos tres estados normales de consciencia:

- La vigilia
- El sueño, que a su vez se divide, para su estudio en dos grandes etapas:
  - el sueño lento o sueño de ondas lentas (SOL)
  - el sueño REM o sueño MOR (sueño con movimientos oculares rápidos), etapa en la cual se presentan con mayor frecuencia los sueños, es decir, las imágenes oníricas o ensoñaciones.

Algo importante para recordar es que no se debe confundir estados mentales con estados de consciencia. Los estados mentales son subjetivos (sólo los percibe el propio sujeto), mientras que los diversos estados de consciencia son objetivos (puede percibirlos un observador externo).

La alteración de la consciencia es una constante que aparece en la mayoría de los problemas psiquiátricos y en gran cantidad de problemas médicos. En su estado normal, la consciencia permite al sujeto dar una respuesta apropiada a los estímulos sensitivos y sensoriales. Sobre todo a las más complejas: los estímulos verbales, como escuchar, y las espaciales, como conducir. Difiere de la vigilia en que la vigilia, la capacidad del sistema nervioso de adaptarse a una situación nueva, depende del sistema reticular activador. Los factores causales más comunes incluyen: trauma, accidentes cardiovasculares, drogas y otros envenenamientos, fiebre, desórdenes metabólicos, meningitis, infecciones, tumores cerebrales, desórdenes convulsivos, descompensación cardíaca.

- Alteraciones no patológicas: El sueño es una etapa del funcionamiento del organismo absolutamente necesaria. Tiene dos estados o fases distintas, que son: sueño NREM o sueño NMOR (sueño sin movimientos oculares rápidos) y soñar (sueño con movimientos oculares rápidos o sueño MOR o sueño REM).
- Alteraciones patológicas: cualitativas y cuantitativas.

Cualitativas vienen dadas por actividad motora disminuida o disminución del nivel de consciencia; comprendido por grados, está dividido en 3 grupos principales:

- Coma. Es el más grave de los problemas de la consciencia y de la vigilia. Altera de forma más o menos total las funciones de relación. Un enfermo en coma puede no reaccionar ni a estímulos nociceptivos (que provocan una agresión dolorosa de los tejidos, por ejemplo pincharlos o perforarlos).
- Somnolencia y sopor. Es un oscurecimiento homogéneo de la consciencia, de mayor profundidad que la Obnubilación. Se caracteriza por una disminución de la actividad vigil, siendo la diferencia la mayor intensidad y profundidad del sopor frente a la somnolencia. Frecuentemente se confunde con el Estupor en el que hay consciencia vigil.

- **Obnubilación.** Es un estado menos severo, la persona responde correctamente a las órdenes complejas (ejecuta órdenes escritas, realiza calculo mental) pero con lentitud, fatiga o bastante dificultad de concentración.
  - Grado leve a moderado - comprensión dificultada. Sopor, confusión, estupor, incapacidad de acción espontánea y coma.
  - Grado profundo - imposible cualquier actividad voluntaria consciente y ausencia de cualquier indicio de consciencia.
- **Confusión mental.** Es una alteración global y aguda de las funciones psíquicas, cuyas causas orgánicas o psíquicas son múltiples.

Síndromes psicopatológicos asociados a la disminución del nivel de consciencia:

1. **Delírium:** diferente de delirio, es una desorientación temporoespacial con trazas de ansiedad, de ilusiones alienantes y/o alucinaciones visuales.
2. **Estado onírico:** el individuo entra en un estado semejante a un sueño muy vívido; estado recurrente de psicosis tóxicas, síndromes de abstinencia a drogas y cuadros febriles tóxico-infecciosos.
3. **Alienación:** excitación psicomotora, incoherencia del pensamiento, perplejidad y síntomas alucinatorios oniroides.
4. **Síndrome del cautiverio:** la destrucción de la base del puente promueve una parálisis total de los nervios craneales bajos y de los miembros.

Mientras que por actividad motora incrementada, se puede experimentar: Excitación, Manía y/o Delirio

Cuantitativas

- **Estados crepusculares:** Surgen y desaparecen de forma abrupta y tienen duración variable - de pocas horas a algunas semanas. Ejemplos serían: alucinación, sonambulismo, terror nocturno.
- **Disociación de consciencia.** Pérdida de la unidad psíquica común del ser humano, en la cual el individuo se "desliga" de la realidad para dejar de sufrir.

- Trance. Especie de sueño acordado, con la presencia de actividad motora automática y estereotipada acompañada de suspensión parcial de los movimientos voluntarios.
- Estado hipnótico. Técnica refinada de concentración de la atención y alteración inducida del estado de consciencia.

La alteración de la consciencia es un síntoma. El caso más grave es el de la parada cardiorrespiratoria, que requiere acciones rápidas de los servicios de socorro y emprender una reanimación cardiopulmonar. Si la persona no reacciona pero respira, se tienen que proteger sus vías aéreas, esperando poder determinar la causa de este estado.

Si la persona está consciente pero presenta trastornos de la consciencia: somnolencia fuera del ritmo natural del sueño, palabras incoherentes o incomprensibles, cambios de humor rápidos e incomprensibles, actitud agresiva, se hace necesario tener apoyo de los equipos de emergencia e igualmente una evaluación psicológica y psiquiátrica.

Como referencia a la conectividad del paciente queda evidente el ambiente que le rodea y las personas de apoyo, siendo éstas las que con capacidad y disposición pueden brindar sensaciones conectivas apropiadas; en este orden de ideas lo plantea Kozier, B. (ob. cit.)

Un ambiente extraño, como un hospital, con sus ruidos, luces y actividad, pueden agravar el dolor. Además, la persona solitaria, que carece de una estructura de apoyo, puede percibir el dolor como intenso, mientras que la persona que tiene figuras de apoyo alrededor puede no percibir el dolor de forma tan intensa. (p. 1247)

La pérdida de consciencia o inconsciencia, es el estado en el que el cerebro tiene abolidos determinados actos reflejos y sólo reacciona ante determinados estímulos, en función de la profundidad o grado de inconsciencia alcanzado. En este estado pueden verse afectadas también las reacciones vegetativas.

Existe un estado intermedio, más próximo al de inconsciencia, denominado de semiinconsciencia, en el que el cerebro se encuentra aturdido y no está plenamente capacitado para reaccionar normalmente: sus actos son lentos, torpes y confusos. A una persona que se encuentre semiinconsciente, solemos decir que está desorientada.

Las causas que originan la pérdida de consciencia pueden ser producidas por:

- Traumatismos mecánicos en el sistema nervioso central (SNC).
- Falta de riego sanguíneo en el cerebro (muerte de sus células por falta de oxígeno).
- Intoxicaciones agudas (de cualquier índole).
- Fallos del propio sistema nervioso central.
- Impresiones fuertes.

Dichas causas se dividen en cuatro grandes grupos:

- Traumatismos: tras caídas o golpes violentos sobre la cabeza.
- Intoxicaciones: alcohol, drogas, medicamentos.
- Alteraciones metabólicas: diabetes.
- Alteraciones neurológicas: epilepsia, A.C.V., etc.

En primeros auxilios lo esencial es determinar simplemente la presencia o ausencia de la consciencia (y de las otras constantes vitales) con independencia de la causa que haya motivado su ausencia. La clasificación más simple de las diferentes formas en las que se presenta una pérdida de consciencia son:

Según su grado, se clasifican en:

- Lipotimia: generalmente se trata de un desmayo o desvanecimiento pasajero. Es la pérdida de consciencia breve, superficial y transitoria debida a una disminución brusca del flujo sanguíneo cerebral. Puede estar causada por fatiga, hambre, emoción repentina, lugar poco ventilado, calor, etc. La piel de la cara se vuelve pálida y, generalmente, la víctima nota que se desmaya.

Todo desvanecimiento o desmayo conlleva, como respuesta del mecanismo autónomo de defensa, a una caída; con ello, el encéfalo, pretende asegurar su aporte de sangre, favoreciendo el riego, ante la posible disminución de la presión sanguínea.

- Síncope: se presenta de una manera súbita ya que se trata de un paro momentáneo del corazón que origina pérdida total y repentina de la consciencia. Puede estar causado por una enfermedad

cardiaca u otros motivos de origen nervioso. Normalmente se restablece la circulación en 5 a 20 segundos y entonces la palidez viene sustituida por un enrojecimiento, debido a la entrada de la sangre oxigenada en los vasos dilatados de la piel.

- Shock y colapso: es la paulatina falta de riego al cerebro. Mediante la palabra shock (choque) se trata de determinar un estado grave de trastorno circulatorio que ocasiona una disminución importante del riego sanguíneo en la periferia del cuerpo, pudiendo provocar un funcionamiento renal deficiente. En toda lesión grave (herida sangrante, fractura, quemadura extensa o profunda, enfermedades del corazón, intoxicaciones) es probable que aparezca la complicación del shock. A veces es el único indicio de una hemorragia interna gástrica o intestinal. Este es el llamado shock hipovolémico, es decir, el producido por disminución del volumen sanguíneo.
- Coma: es la pérdida de consciencia prolongada, con disminución o ausencia de los reflejos protectores (deglución, tos, mecanismo del vómito (arcadas), etc.) y de reacción ante determinados estímulos externos. Es un estado del que se sale muy difícilmente. Se puede permanecer en coma durante varios años. Generalmente el coma profundo conlleva a la muerte. Una correcta valoración del grado de profundidad del coma, se han establecido diversos parámetros entre los que se encuentran el Test de Glasgow y el Test Neurológico.

Así, la inconsciencia implica pérdida del estado de alerta y se caracteriza por una depresión profunda y prolongada de las funciones de la vida de relación; los hechos más característicos de este estado son:

- . una depresión general y siempre importante a todas las funciones de vida de relación
- . una depresión menos seria en las funciones de la vida vegetativa
- . una falta de adaptación del organismo a toda serie de estímulos: táctiles, térmicos, visuales, auditivos, olfatorios, verbales y propioceptivos.

Algunos factores de diagnóstico, relativos a las causas de inconsciencia, son:

- . interpretación precisa de signos y síntomas: se fundamenta en establecer inicio del evento o problema neurológico y la evaluación del Glasgow.
- . identificar causa; pues permite una intervención efectiva y eficaz.
- . estudios específicos; entre los cuales se encuentran: rx y electroencefalograma; acompañado por resultados de laboratorio; métodos no invasivos como la tomografía axial computarizada y la resonancia.

En cuanto a tratamiento y manejo de la situación, los pasos a seguir serán: permeabilidad de vía aérea; asegurar ventilación; mantener circulación; disminución de presión intracraneal; detener y/o prevenir convulsiones; tratar infección; restaurar equilibrio ácido básico e hidroelectrolítico; ajustar temperatura corporal; considerar antídoto específico; control de agitación; proteger ojos.

Posibles complicaciones; por afectación de estructuras neurológicas, son:

1. respiratorias: inmovilización; aspiración poco frecuente; mal manejo de sonda y cánula.
2. urinarias: debido a sonda y estasis de orina
3. músculo esquelético: por inmovilidad (úlceras por decúbito o escaras); abscesos por inyecciones; contracturas; enquistamientos; venosas como, tromboflebitis
4. intestinales: estreñimiento

Se plantea entonces la relación de los aspectos anteriores con el tema de estudio, en la labor de enfermería como un mediador frente al paciente, mediante el trato amable, mientras se realizan los exámenes; para informar que ocurre al cliente y además brindar apoyo con datos temporo-espaciales; también dando contacto físico que permite afianzar la sensación de seguridad.

El marco de referencia para la práctica idónea de la profesión de enfermería, implica también un entorno legal que señale los lineamientos de acción permitidos y consonos con las normativas vigentes en la sociedad, donde se lleva a cabo la atención hacia al paciente por parte del profesional.

## **Bases Legales**

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. 1999 (CRBV), en su Título III referente a los Derechos Humanos, garantías y de los deberes; específicamente en el Capítulo V donde se expone sobre los Derechos Sociales y de las Familias. Se sostiene que: Artículo 83 "...El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios..." (p. 21) de esta forma elevar la calidad de vida de la ciudadanía es fomentar un cuidado en las instituciones prestadoras de salud, que sea digno del ser humano como persona; entendiéndose por esto brindar todo aquello que resalte la condición de individuo en forma digna y dignificante, llena de respeto y consideración.

Cuando se habla de un derecho de los ciudadanos y ciudadanas, no se está estableciendo ninguna diferencia entre aquellos conscientes o los inconcientes; es por ello que la carta magna, lo escrito manifiesta:

Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud... El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad...(p.21)

Continuando con el tema quedará claro que el tratamiento oportuno y la rehabilitación de calidad, han de iniciarse durante la estadía del paciente en el centro de salud para asegurar su pronta recuperación y su inserción en la vida que le espera fuera. Así un trato humanizado dispondrá al paciente para asumir su condición actual con mayor seguridad y por supuesto es lo mínimo que como persona merece.

No es menos cierto que los recursos son de vital importancia para solventar los gastos de un personal calificado y con una formación que incluya los requerimientos para humanizar la prestación de servicios de salud; así la CRBV también plantea:

Artículo 85... El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales... El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.(p.21)

Luego en este orden de ideas no solo es vital que los recursos se dispongan al pago del personal, para con ello estimularles a prestar un servicio de alta calidad y enmarcado en la filosofía del cuidado humanizado. También se hace imperativo que la formación de los futuros profesionales se involucre con las exigencias de una sociedad cada vez más automatizada y donde el ser humano y la persona humana reacciona en una búsqueda de acciones que le permitan reconocer su valor como ente individual y ser abordado como un todo holístico.

La Declaración Universal de los Derechos humanos, aprobada el 10 de diciembre de 1948, por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Reza en su artículo 1 lo siguiente: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.”; de esta forma se vislumbra que el trato amable entre los pacientes y enfermería debería ser la regla. Volver el término fraternal una manera de

ocuparse de los pacientes permitiría no solo una relación de crecimiento mutuo entre los individuos; si no que también denotaría un interés personal del profesional por cada uno de sus pacientes.

Igualmente en el artículo 2, se podría extrapolar que la declaración fija postura sobre la discriminación; estipulando lo que sigue:

Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.(p. 1)

Es prudente hacer notar que en la última frase, cualquier otra condición, cabría pensar en referirse a estados de consciencia e inconsciencia; así por qué la persona que no tiene noción de sí mismo y de su entorno, pierde algunos o todos los derechos que se le consagran en la declaración anterior y con ello se supone puede ser tratado como objeto de cuidado; en lugar de cómo una persona que recibe cuidados.

Profundizando aun más en esta postura, cabe preguntarse, es ético pensar y asumir que el sujeto inconciente no merece ni necesita que se le informe sobre las acciones que se tomarán con su cuerpo; de la misma forma es posible y ético suponer que un cuerpo humano pierde dignidad al carecer de consciencia o simplemente es una práctica más sencilla para enfermería automatizarse ante las necesidades humanas de los pacientes.

Siguiendo una línea que involucre a la población de estudio con sus leyes y reglamentos, es preciso revisar la Ley del Ejercicio de la Profesión de Enfermería. Sancionada el 26 de julio de 2005. En su capítulo I; referido a las disposiciones generales, plantea lo que sigue:

Artículo 2. A los efectos de esta Ley, se entiende por ejercicio de la enfermería, cualquier actividad que propenda a:

1. El cuidado de la salud del individuo...debiendo mantener al máximo, el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano.
1. La práctica de sus funciones en el cuidado del individuo, donde ésta se sustenta en una relación de interacción humana y social entre el o la profesional de la enfermería y el o la paciente...contribuir a una vida digna de la persona (p. 3).

Retomando la idea una de las funciones principales, si no la primera función de enfermería, es cuidar al paciente y realizar esto en un marco de respeto a la dignidad del individuo y la condición de

persona que es inherente al paciente que se cuida. Igualmente el cuidado se brinda a la totalidad de los aspectos que integran la concepción holística del ser; ha de contemplarse la visión biopsicosocial y espiritual de la persona que padece y luego requiere de los cuidados para reestablecer su bienestar.

Revisando otros aspectos los tiempos se modifican y las diversas disciplinas deben adaptarse a las exigencias de la actualidad; por esto la ley de ejercicio profesional de la enfermería estipula, como actividad del profesional; ejecutar los procedimientos actualizándose mediante la experiencia y educación continua.

Quizás los conceptos anteriores pudieran sonar extraños en un marco positivista y simplemente nuevos en un marco cuantitativo; en definitiva se constituyen en una forma diferente de abordar la realidad, partiendo de una necesidad por englobar al ser y sus circunstancias en un todo capaz de transmitir información y que permite conocerlo. Mas allá se quiere buscar la manera de comprender su realidad, intervenir en ella y optimizarla en la búsqueda de un bienestar holístico.

Continuando con los aspectos legales para el ejercicio de la enfermería, dicha Ley en su capítulo IV; referido a los deberes y derechos de los o las profesionales de la Enfermería, plantea lo que a continuación se cita:

Artículo 13. ...los o las profesionales de la enfermería están obligados a:

1. Respetar en toda circunstancia la vida y a la persona humana...
2. Proteger al o la paciente, mientras esté a su cuidado, de tratos humillantes o cualquier otro tipo de ofensas a su dignidad como ser humano (p. 5).

Luego en lo anterior se deja claro que enfermería debe velar por el respeto a la persona y a la condición de persona que posee el individuo; lo anterior le hace a creador de una condición digna que amerita entonces un trato humano y humanizante. En apoyo de esta idea, Kozier, B. (2005) expresa:

Los pacientes tienen el derecho a esperar una relación paciente-enfermera basada en el respeto mutuo, la confianza, la colaboración en la solución de problemas relacionados con la salud y las necesidades sanitarias, y la consideración hacia sus pensamientos y sentimientos. (p. 89)

Siendo este trato suministrado por otra persona en igualdad de condiciones y quizás por este mismo principio, capaz de dar el cuidado tal y como le gustaría recibirlo.

## **Sistema de Variables**

**Variable:** Cuidado humanizado al paciente inconsciente, hospitalizado en el Servicio de Cuidados Intensivos Adulto Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” durante el primer semestre del año 2011.

**Definición conceptual:** es la capacidad que posee la enfermera(o) para experimentar y comprender los sentimientos del otro. Watson, J. (1988).

**Definición operacional:** conjunto organizado de datos, que maneja el profesional de enfermería, sobre cuidar; atendiendo las necesidades de otra persona en forma familiar y amable, brindada en el Servicio de Cuidados Intensivos Adulto Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” durante el primer semestre del año 2011; basado en los siguientes factores del cuidado humanizado: Provisión de un entorno de protección; Relación de ayuda y confianza y Cultivo de la sensibilidad.

### **Operacionalización de la Variable**

**Variable:** Cuidado humanizado al paciente inconsciente, hospitalizado en el Servicio de Cuidados Intensivos Adulto Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” durante el primer semestre del año 2011.

**Definición conceptual:** es la capacidad que posee la enfermera(o) para experimentar y comprender los sentimientos del otro. (Watson, 1979).

**Definición operacional:** conjunto organizado de datos, que maneja el profesional de enfermería, sobre cuidar; atendiendo las necesidades de otra persona en forma familiar y amable, brindada en el Servicio de Cuidados Intensivos Adulto Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” durante el primer semestre del año 2011; basado en los siguientes factores: Provisión de un entorno de protección; Relación de ayuda y confianza y Cultivo de la sensibilidad.

## CUADRO No. 1 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Dimensiones	Indicadores	Sub-Indicadores	Aspectos de los Sub-Indicadores	Items				
Manejo	Conoce técnicas de cuidado	Posee información sobre Cuidado Humanizado	CUESTIONARIO (que se pasará al personal profesional de enfermería)	4				
			Definición del Cuidado Humanizado, en el paciente inconsciente del SCIA del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo"		5			
			Características del Cuidado Humanizado, en el paciente inconsciente del SCIA del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo"					
			Importancia del Cuidado Humanizado, en el paciente inconsciente del SCIA del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo"	6				
Cuidado Humanizado	Aplica técnicas de cuidado	Brinda Cuidado Humanizado al paciente inconsciente	Consideración sobre la aplicación de los Cuidado Humanizado	7				
			Beneficio de informar sobre el nombre y rol del enfermero a un paciente inconsciente	8				
			Importancia de la ubicación temporo-espacial en un paciente inconsciente	9				
			Beneficio de incentivar verbalmente la confianza en un paciente inconsciente	10				
			Beneficio de incentivar a través de tacto la confianza en un paciente inconsciente	11				
			Beneficios de transmitir verbalmente, en un tono de voz apacible, mensajes referidos a los procedimientos que se llevan a cabo a un paciente inconsciente	12				
			Beneficios de transmitir verbalmente, en un tono de voz apacible, mensajes referidos a los procedimientos que se llevan a cabo a un paciente inconsciente	13				
			Importancia de la presencia de los familiares cuando un paciente está inconsciente	14				
			Beneficios de transmitir verbalmente, en un lenguaje acorde al nivel de instrucción del paciente inconsciente, mensajes positivos referidos a su condición fisiopatológica	15				
			Beneficios de reconfortar a un paciente inconsciente haciendo mención a sus creencias religiosas					
			Provisión de un entorno de protección(usando la comunicación terapéutica)	Busca informarse sobre su paciente y su condición fisiológica.	Administra el tratamiento, verbalizando los beneficios que éste implicará al paciente.	GUIA DE OBSERVACION (sólo manejada por el investigador)	1	
						Investiga sobre el estado fisiopatológico del paciente inconsciente que recibe		
						Informa, en un tono de voz apacible, al paciente inconsciente del procedimiento que se le efectuará		2
						Cumple higiene y confort, informando al paciente los procedimientos.		3
						Atrae la atención del paciente inconsciente, llamándole por su nombre, al darle información	4	
			Refuerza, a través de información verbal, la concepción de seguridad en el paciente inconsciente					
			Informa al paciente inconsciente sobre los beneficios y la importancia de la dieta que se le suministra	5				
Relación de ayuda y confianza	Ubicación del paciente en tiempo y espacio		Brinda, verbalmente, al paciente inconsciente nociones temporo-espaciales	6				
			Refuerza la noción de seguridad en el paciente inconsciente, mientras dialoga con él sobre sus progresos y/o necesidades en un tono de voz apacible	7				
			Se comunica verbalmente con el paciente inconsciente, para reducir su estado ansioso, ante eventualidades que pudiesen ocurrir	8				
			Utiliza un lenguaje acorde al nivel de instrucción del paciente inconsciente	9				
Sensibilidad	Dar mensajes positivos insertar creencias religiosas		Busca alentar animicamente al paciente inconsciente basado en sus progresos y/o estabilidad	10				
			Busca reconfortar animicamente al paciente inconsciente basado en sus creencias religiosas	11				

**Fuente: Elaboración propia**

## **Definición de términos básicos**

**Información:** Conjunto de datos que están organizados y que tienen un significado. Lanzillotta, A. (2007).

**Profesional de enfermería:** El enfermero/a es una persona que ha completado un programa de educación básica en enfermería y está calificada y autorizada para ejercer la enfermería en su país. Enfermeros ORG. (2006).

**Cuidado de enfermería:** Conjunto de acciones que involucren las diferentes facetas del ser humano que recibe dicho cuidado y de esta forma se puede obtener una visión integradora del paciente. Kozier. (2004).

**Cuidado humanizado:** Capacidad que posee la enfermera(o) para experimentar y comprender los sentimientos del otro. Watson. (1988).

**Inconsciencia:** Estado en el que la capacidad de percepción y de actuar conscientemente están anuladas. El estado más profundo de inconsciencia es el estado de coma. Proyectos fin de carrera. com. (2009).

**Terapia intensiva:** Es un área crítica, que recibe pacientes, con alteraciones vitales de uno o más órganos que ponen en peligro su vida, para ser sometidos a vigilancia, reanimación, mantenimiento de constantes vitales y tratamiento definitivo. Gutiérrez. (2003).

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

Tal y como lo plantea el Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) (2004). El Marco Metodológico, es donde se describen los métodos, técnicas y procedimientos aplicados de modo que el lector pueda tener una visión clara de lo que se hizo, por qué y cómo se hizo... (p. 27) .

Metodológicamente este trabajo está enmarcado en una tendencia cuali-cuantitativa se siguió un diseño prospectivo de tipo observacional y descriptivo contemporáneo-transeccional y univariable; para lo cual se tomó una población constituida por el grupo de profesionales de enfermería que atienden a los pacientes inconscientes, con diagnósticos varios y valores de Glasgow inferiores a 8 puntos; se procedió a trabajar con la totalidad de los sujetos que conformaron la muestra, con una técnica de muestreo no probabilística e intencional. (Ver apéndice B, pag 126)

Desde las últimas décadas del siglo pasado los estudios cualitativos han proliferado en el área de la salud y en particular en Enfermería. Una revisión de lo publicado en este campo muestra una gran variedad de métodos, pero tres sobresalen por ser los más utilizados: la etnografía, la teoría fundamentada y la fenomenología. Así como lo plantea, Carmen de la Cuesta Benjumea (2005) (Profesora Titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.); quien sostiene a las Estrategias Cualitativas, como las más usadas en el campo de la salud dentro del marco de Teoría Fundamentada en los Datos (*Grounded Theory*).

Estos métodos se les pueden considerar producto y proceso. La idea de distinguir entre producto y proceso se toma de Agar (1980) citado por Guber, R. (2001) señala que la etnografía es un proceso que utiliza el trabajo de campo para comprender un grupo humano, y un producto que suele ser una monografía sobre el grupo estudiado. Así, para la etnografía el principal método de recolección de datos es la observación participante: "El etnógrafo participa... de la vida cotidiana de las personas durante un tiempo relativamente extenso, viendo lo que pasa, escuchando lo que se dice, preguntando cosas" Hammersley y Atkinson. (1994, p.15). Por ello, en la etnografía se harán preguntas descriptivas sobre valores, creencias y prácticas de un grupo cultural.

Por lo anteriormente expuesto en el presente trabajo se siguió un tipo de investigación cualitativa donde la observación se convierte en la técnica elemental para el registro de los datos e igualmente una forma de cotejar entre el investigador y su muestra como ocurren los procesos dentro del grupo humano

objeto del estudio. En este trabajo se puede acotar que al referirse a procesos, estos se pueden precisar como actitudes y entre ellas las que la muestra posee hacia su trabajo y la forma de desempeñarlo; así lo expone Hernández Sampieri, Roberto y cols (1996); “Una actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de una manera favorable o desfavorable respecto a un objeto o sus símbolos...Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos”(p. 263)

### **Tipo de Investigación**

Según Hernández Sampieri, R. y cols (ob. cit.), los estudios exploratorios tienen la finalidad de conocer una situación determinada y sus factores. Igualmente en la misma obra, el autor plantea:

...nos sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real, investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área...(p. 60)

Respecto a la metodología; se pretende desarrollar una investigación que tienda a la visión holística e incluso ecléctica, si se quiere, presentando en el instrumento y análisis, elementos producto de las observaciones y también aportes de entrevistas y/o cuestionarios objetivos. Completando la perspectiva, sobre las posibles causas, para el modo de aplicar cuidados que se presenta en el profesional de enfermería estudiado, utilizando medios estadísticos simples, promedios, provenientes de una escala de Likert modificada de cuatro alternativas: siempre, casi siempre, casi nunca y nunca aplicada en la Guía de Observación.

Donde se estableció que el total de las observaciones cumplidas se corresponden con la calificación (3), es decir se consideró que siempre se cumplía la acción; las observaciones cumplidas en oportunidades si y en ocasiones de menor frecuencia no se corresponden con la calificación (2), así se consideró que casi siempre se llevaba a cabo la acción; en forma similar las observaciones cumplidas en oportunidades si y en ocasiones de mayor frecuencia no se corresponden con la calificación (1), así se consideró que casi nunca se llevaba a cabo la acción; finalmente el total de las observaciones no cumplidas se corresponden con la calificación (0), es decir se consideró que nunca se cumplía la acción.

La mencionada observación se realizó durante las horas de 7am a 1pm; es decir, durante el turno matutino del personal de enfermería. Se llevó a cabo por los investigadores en un total de 5 oportunidades para cada miembro de la muestra, lo cual brindó a la investigación 30 horas de registro por sujeto muestral, esto aporta validez sobre la ocurrencia de las conductas y validez sobre resultados obtenidos; el proceso de observación participante directa solo fue del dominio de los investigadores, esto para evitar conductas fabricadas por la muestra al saberse observada. Reportándose lo anterior en la tabla número 9 ubicada en la página 84 y luego en el gráfico número 1 ubicado en la página 85.

Como primer aspecto, en cuanto al tipo de investigación de campo, ésta se llevó a cabo en un centro dispensador de salud en el marco de una realidad sociocultural específica, como lo es la del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Cónsono a lo expuesto en el Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales, (2004) editado por la Universidad Pedagógica Experimental Libertador.

Se entiende por Investigación de Campo, el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia...Los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad; en este sentido se trata de investigaciones a partir de datos originales o primarios.”(p. 14)

Dentro de este marco, se escogió la investigación de campo con el diseño de cuestionarios; que aportaría mayor y más fidedigna información, además así lo explica Tamayo, M. (2006); “Parte de la premisa de que si queremos conocer algo sobre el comportamiento de las personas, lo mejor es preguntárselo directamente a ellas.”(p. 110)

Según Hernández Sampieri, R. y cols (1996), los estudios descriptivos sirven para analizar cómo es y se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Igualmente en la misma obra, el autor plantea: “La investigación no experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, es investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes...observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” (p. 189).

Así se llevó a cabo una Observación participante de tipo directa, la cual definen varios autores en Wikipedia (2010) de esta forma:

La Observación participante es una técnica de observación utilizada en las ciencias sociales en donde el investigador comparte con los investigados su contexto, experiencia y vida cotidiana, para conocer directamente toda la información que poseen los sujetos de estudio sobre su propia realidad, o sea, conocer la vida cotidiana de un grupo desde el interior del mismo...Durante el proceso de investigación, para recolectar la información, el investigador debe seleccionar el conjunto de informantes, a los cuales además de observar e interactuar con ellos...(documento en línea)

Se debe referir y entender como una práctica que implicó vivir entre los profesionales estudiados, llegando a conocerlos, a conocer su lenguaje y sus formas de reaccionar a través de una continuada interacción con ellos en la vida diaria. Consistió en utilizar los sentidos para observar hechos y realidades sociales presentes; así como a las enfermeras y los enfermeros en el contexto real en donde se desarrollan normalmente sus actividades. Durante la observación participante se observó lo que los sujetos de estudio hicieron, recogiendo lo que dijeron entre ellos o como contestación a preguntas realizadas por los investigadores.

Es preciso especificar que fue estructurada una observación participante propiamente dicha del tipo directa; donde se tomó en cuenta tanto las acciones ejecutadas, aquellas que no fueron realizadas y las verbalizaciones emitidas por los profesionales observados, en este orden de ideas los autores en Wikipedia (2010) plantean:

La observación participante propiamente dicha del tipo directa consiste en que el investigador de una forma consciente y sistemática comparte con el individuo o grupo, todo lo que las circunstancias le permitan, las actividades de la vida, e incluso intereses y afectos...Su propósito es la obtención de datos a cerca de la conducta a través del contacto directo y procurando la menor distorsión como consecuencia de ser un agente externo.(documento en línea)

En lo referente a la recolección de datos, se estructuró una Guía de Observación de 11 ítems como adaptación a una escala de Likert; lo anterior fue útil para asentar si la conducta ocurre o por el contrario no se evidencia, con una progresión en su frecuencia; dicho instrumento fue utilizado solo por los investigadores; lo anterior, como ya se mencionó, para evitar viciar o condicionar la actuación de la muestra al sentirse observada. En base al instrumento anterior y otro denominado Cuestionario, constituido por 15 ítems, se midió cuantitativamente el nivel de conocimiento que expresa poseer el profesional y la frecuencia de conductas realizadas en el marco del Cuidado Humanizado.

Siendo la porción del estudio, que responde a lo cualitativo, donde se trabajó con seudoentrevistas no estructuradas que responden a la definición de Registros Anecdóticos y actividades de observación participante, propiamente dicha.

La credibilidad en este estudio cuali-cuantitativo se relacionó con el uso que se llevó a cabo de un conjunto de recursos técnicos, cuyo ejemplo es la triangulación de datos, entendiéndose como el acopio de todos los datos arrojados por las técnicas implementadas y el cotejo posterior de los resultados independientes.

### **Diseño de la Investigación**

Se llevó a cabo una investigación con diseño transeccional o transversal, que tal y como lo manifiesta Hernández Sampieri, R. y cols (1996).

...la investigación se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, o bien en cuál es la relación entre un conjunto de variables en un punto en el tiempo. En estos casos el diseño apropiado ... es el transversal o transeccional.(p. 191)

...recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia o interrelación en un momento dado. (p. 192)

Al mismo tiempo se quiso establecer la posible relación entre variables; por lo anterior se adoptó un diseño, transeccional descriptivo y específicamente correlacional/causal. Así lo promulga Hernández Sampieri, R. y cols (ob. cit.).

Los diseños transeccionales descriptivos tienen como objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables...los diseños transeccionales correlacionales/causales tienen como objetivo describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado...pero no de variables individuales sino de sus relaciones...(p. 193)

La llamada Inducción Analítica, postulada entre otros por Hammersley, (1992), citado por Rincón, D. y cols, (1995) "...se refiere a: desarrollar clasificaciones y tipos...a partir del análisis de un relativamente pequeño número de casos..."(p. 53); esto se aplicó al analizar las actitudes y comentarios de los profesionales de enfermería, tanto en los registros anecdóticos como en el cuestionario y establecer, a partir de éstas, tipos o categorías en las acciones de enfermería. Se logró lo anterior, aplicando una adaptación del Diferencial Semántico, donde partiendo de los adjetivos escritos por la muestra en sus respuestas al cuestionario, se establecen categorizaciones; en este orden de ideas Hernández Sampieri, Roberto y cols (ob. cit), puntualiza; "El diferencial semántico fue desarrollado originalmente...para explorar las dimensiones del significado. Pero hoy en día consiste en una serie de adjetivos extremos que califican al objeto de actitud, ante los cuales se solicita la reacción del sujeto."(p. 273)

Se logró una investigación que tiende a la visión holística, presentando en el instrumento y análisis elementos producto de la libre expresión de los encuestados sobre su realidad y el tema del Cuidado Humanizado. Completando la perspectiva sobre las posibles causas para la presencia o no del trato humanizado al paciente inconsciente, por parte de enfermería; con la observación de las acciones ejecutadas.

### **Población y Muestra**

Se definió como unidad de análisis, al personal de salud que labora en el área de estudio, siendo el universo la totalidad de todos los sujetos (profesionales de enfermería) asignados a servicios de terapia intensiva adulto que laboran en circunstancias semejantes, pudiendo atender a pacientes inconscientes; lo anterior fundamentado tanto en el problema a investigar como en los objetivos de la investigación. Así pues, reforzando este punto, se define población, según Hernández Sampieri, Roberto y cols (ob. cit.) "...una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones..."(p. 209)

En tal sentido, la población está representada por el personal profesional de enfermería en la sala de Cuidados Intensivos Adulto (CIA) del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, zona metropolitana de Caracas. Se consideró a un grupo de 30 enfermeras(ros) en total; con características válidas para ser estudiadas en una investigación como ésta; es decir son profesionales de enfermería y tienen a su cargo pacientes inconscientes. Además se haya delimitada por el criterio de los investigadores, como lo es la proximidad geográfica a los mismos, facilitando el acceso y manejo de los datos.

En este sentido para la investigación, se definió muestra, según Hernández Sampieri, Roberto y cols (ob. cit.); “...La muestra es, en esencia, un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población...” (p. 212). En el mismo orden de ideas, el autor citado; plantea sobre la selección de muestras lo siguiente:

En las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra. Aquí el procedimiento no es mecánico, ni en base a fórmulas de probabilidad, sino depende del proceso de toma de decisiones de una persona o grupo de personas...(p. 213)

Hernández Sampieri, Roberto y cols (ob. cit), plantea sobre la muestra no probabilística lo siguiente:

La ventaja de una muestra no probabilística es su utilidad para un determinado diseño de estudio, que requiere no tanto de una “representatividad de elementos de una población, sino de una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema”...(p. 231)

Por ser representativa cumplirá con la condición de ser profesionales de enfermería, además de trabajar con pacientes inconscientes en el lugar donde se realizó la investigación; lo anterior permitió adjudicar confiabilidad y validez a los datos recolectados.

Quedando representada la muestra, por 10 enfermeros, ubicados en el turno matutino de 7am a 1pm, constituyendo el 33,33% de la población del personal, de donde se extrajeron datos conformados por las características que resultaren representativas para el estudio; este número responde a las necesidades y facilidades de los investigadores.

Debe señalarse lo especificado por Tamayo, M. (2006); “La muestra descansa en el principio de que las partes representan el todo y por tanto refleja las características que definen la población de la cual fue extraída, lo cual nos indica que es representativa”; así la tomada en este estudio es parte del universo donde se ubica la población.

Su selección es no probabilística y sin reemplazo; pues responde al criterio de que sean adscritos al servicio de Cuidados Intensivos Adulto y empleados de la salud, catalogándose como una muestra de sujetos tipos en lo planteado por Hernández Sampieri, Roberto y cols (ob. cit.); “...se utiliza en estudios exploratorios y en investigaciones de tipo cualitativo, donde el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, y no la cantidad, y estandarización.”(p. 232); pues se trata de un estudio con un diseño de investigación exploratorio, es decir, no es concluyente, sino su objetivo es documentar ciertas experiencias.

La muestra que se tomó cumple con la condición, respecto a su número de ser un porcentaje mayor del 30% de los sujetos, lo cual permite sea un cúmulo de unidades de análisis manejable; y es representativa por estar integrada por individuos que son fieles integrantes del conjunto poblacional. Igualmente tiene las condiciones teóricas requeridas de idoneidad, relativa a los objetivos propuestos en la pregunta de investigación; es decir, ser profesionales de enfermería y también trabajar con pacientes inconscientes en la unidad de CIA

### **Validación y Confiabilidad**

Para los objetivos de la investigación la recolección de datos se realizó a través de un instrumento de observación que se aplicó al personal de salud de la institución antes mencionada, con la condición selectiva de atender a pacientes inconscientes, en cinco oportunidades mínimo, para obtener un criterio de permanencia temporal.

Hernández Sampieri, Roberto y cols (ob. cit.), propone sobre el instrumento lo siguiente:

Un instrumento de medición adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente a los conceptos o variables que el investigador tiene en mente...Esa medición es efectiva cuando el instrumento de recolección de los datos realmente representa a las variables que tenemos en mente. (p. 242)

Así la elaboración del instrumento contempló una guía de observación (Ver anexo A, p. 99), complementada con una escala de Likert constituida por alternativas a las cuales se les asignó un valor como sigue: siempre (3); casi siempre (2); casi nunca (1) y nunca (0); que tomando como base la teoría de Watson, J. sobre Cuidado Humanizado; contiene el dominio de los tópicos a medir en las variables como son, las conductas que prueben su aplicación en los pacientes. También en apoyo de lo anterior se realizaron unos registros anecdóticos (Ver anexo B, p. 100) de las acciones de enfermería presenciadas, por los investigadores.

Luego se elaboró un cuestionario de preguntas abiertas (Ver anexo C, p. 111) que revisó, en la versión de la muestra, el conocimiento que maneja sobre la Teoría del Cuidado Humanizado; así como la importancia que le asigna a su práctica y los beneficios que generaría en los pacientes.

Cabe considerar lo dicho por Hernández Sampieri, Roberto y cols (ob. cit);

“Las preguntas “abiertas” son particularmente útiles cuando no tenemos información sobre las posibles respuestas de las personas o cuando esta información es insuficiente. También sirven en situaciones donde se desea profundizar una opinión o los motivos de un comportamiento.”(p. 289)

En el presente trabajo se seleccionaron las preguntas abiertas, a expensas de las dificultades inherentes a su posterior análisis; pues son el medio más idóneo de recolectar la mayor cantidad de información exploratoria al respecto del tema a investigar.

La validación del instrumento se efectuó, de manera subjetiva, a través del juicio de expertos en base a los parámetros teóricos revisados en el capítulo II; éstos serán dos profesionales versados en el área de Metodología de la Investigación; y uno más con experiencia en Enfermería Crítica y Cuidado Humano. (Ver anexos D, E y F; p.p. 113, 116 y 119)

También se realizó una prueba piloto y al respecto indica Hernández Sampieri, Roberto y cols (ob. cit.); “en esta prueba se analiza si las instrucciones se comprenden y si los ítems funcionan adecuadamente...se realiza con una pequeña muestra (inferior a la muestra definitiva).”(p. 262). La prueba anterior fue realizada a 3 enfermeras(ros); con características similares a la muestra de estudio y que son personal adscrito al Servicio de Terapia Intensiva Adulto del Hospital del Llanito “Domingo Luciani”, esto para evitar la contaminación por experiencia previa con el instrumento.

Además luego a la aplicación de la prueba piloto se efectuó una determinación de la confiabilidad del cuestionario, en base al Método de Mitades Partidas (splits-halves). Hernández Sampieri, Roberto y cols (ob. cit), acuña sobre el método anterior lo siguiente:

...el método de mitades-partidas requiere solo una aplicación de la medición. Específicamente, el conjunto total de ítems (o componentes) es dividido en dos mitades y las puntuaciones o resultados de ambas son comparados. Si el instrumento es confiable, las puntuaciones de ambas mitades deben estar fuertemente correlacionadas.(p. 250)

En este estudio se dividió el resultado de la prueba piloto según las dimensiones investigadas: Información, sub-indicador posee información sobre Cuidado Humanizado, y Cuidado Humanizado, sub-indicador brinda Cuidado Humanizado al paciente inconsciente. Se cotejaron las respuestas dadas, con lo planteado por Watson J., autora de la Teoría del Cuidado Humanizado y así se evidenció lo acertado o no de lo expuesto por los profesionales a quienes se aplicó el cuestionario piloto y se estableció la confiabilidad para el instrumento; referida al grado de precisión o exactitud de la medida. (Ver anexo G, p. 122)

## **Procedimiento**

Se redactaron los instrumentos a partir de lo expuesto en la operacionalización de la variable; luego se reformuló la plantilla para recolección de datos, a través de las sugerencias de los expertos consultados. Después se procedió a seleccionar un grupo (3 sujetos), todos profesionales que laboran en el Hospital “Domingo Luciani” del Llanito en el servicio de Terapia Intensiva Adulto, al cual se le aplicó la prueba piloto y de este modo lograr la confiabilidad objetiva del instrumento; es decir determinar sobre la propiedad del instrumento, de ser preciso realmente para medir la variable.

Al finalizar la aplicación de la guía de observación y después de organizada la información se procedió con dichos datos a calcular promedios, a través de una descripción porcentual, lo anterior aunado a los registros anecdóticos brinda una visión bastante clara de las conductas y actitudes del personal. Por su parte, en el caso de los cuestionarios, se ordenaron los resultados según las repuestas que arrojó cada ítem y se les aplicó un análisis de contenido; con todo ello se extrajeron categorizaciones sobre: las actitudes del personal y los niveles de información.

En esta perspectiva Hernández Sampieri, Roberto y cols (ob. cit), deja claro,

El análisis de contenido se efectúa por medio de la codificación, que es el proceso a través del cual las características relevantes del contenido de un mensaje son transformadas a unidades que permitan su descripción y análisis preciso. (p. 303)

Se presentaron los datos en tablas y gráficos; luego se analizaron en un intento por obtener de ellos la información deseada. Lo anterior por un análisis simple inductivo; posteriormente se dio respuesta interpretativa a la pregunta o problema de estudio. Realizando luego la distribución de los datos según dimensiones; sustentando todo con la teoría que comprende el marco referencial de la investigación, esto permitió a los investigadores obtener una acertada apreciación para elaborar las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

En esta sección del trabajo, se presenta en primer lugar un análisis de coincidencia, basado en la revisión de las respuestas que surgieron en los cuestionarios aplicados a los profesionales; luego se trabajó con el resumen de las observaciones realizada a los profesionales, vaciándolas en tablas y gráficos; finalmente se muestran los resultados aportados por las entrevistas y/o experiencias de los investigadores así como de los sujetos de estudio, las cuales fueron plasmadas en registros anecdóticos; Posteriormente se triangulan todos los datos, a través de un análisis simple inductivo, para dar respuesta interpretativa a la pregunta o problema de estudio.

Las primeras tres preguntas del cuestionario, brindan una visión de las características de la muestra en cuanto a: sexo, edad y nivel de estudio. Se trató de un conjunto de profesionales de enfermería donde el 90% estuvo integrado por personal femenino y siendo masculino el 10% restante; en la mayoría de los casos las mujeres en sus diversas profesiones u ocupaciones deben ser al individuo, por cumplir las obligaciones propias de la faena laboral compartida con el hogar. Reflexionando cabe en lo posible que el mecanicismo en las acciones de enfermería ejecutadas, respondan a un estrés de vida, donde la deshumanización aparece como consecuencia.

El rango de edades pone de manifiesto que la muestra posee una media aproximada de treinta y dos años, siendo su distribución: de 23 a 28 años 03 individuos; de 28 a 33 años 04; de 33 a 38 años 02 y solo un individuo mayor de 43 años. Esto permite inferir que su formación en el área profesional quizás no incorporó nuevas teorías de enfermería, como lo es la del Cuidado Humanizado; así

se pudiera explicar la razón de no implementar dicha teoría en un 100%. Se suma a lo anterior, que existiera una falta del cultivo de la espiritualidad en la muestra y también que la identificación con la profesión se haya realizado solamente como un ingreso monetario rápido al final de los estudios; donde la muestra quedó conformada por un 80% de Licenciados y solo un 20%, los dos más jóvenes, con el título de TSU.

A continuación se lleva a cabo el análisis de coincidencia para el resto de las preguntas del cuestionario.

**Cuadro 2****Definición del Cuidado Humanizado, en el paciente inconsciente del SCIA del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, por parte de los enfermeros**

1 Indv	2	3	4	5	6	7	8	9	10
cuidado directo	proceso interpersonal al que involucra bienestar recíproco	cuidado realizado con amor y profesionalismo	ponerse en el lugar del paciente	técnicas y procedimientos aplicados para mejorar calidad de vida	cuidado que se brinda, respetando el entorno y sin causar perjuicios	cuidado que se brinda, al usuario enfocado en su clínica y bienestar	cuidados destinados a preservar la integridad del paciente	protección brindada a un individuo	atención directa que se brinda al usuario

Fuente. Cuestionarios aplicados

Análisis: Los profesionales de enfermería expresan que el Cuidado Humanizado, ante todo es un cuidado del tipo que relaciona a dos individuos desde lo interpersonal y que lleva implícito lograr un beneficio casi siempre fisiológico o referido a su patología; pudiera interpretarse que la muestra asemeja los conceptos del Cuidado Humano con el del Cuidado Humanizado. Luego no se manifiesta que el fin de este cuidado es lograr que el paciente sienta dignificada su condición de ser humano al ser tratado como persona, a través de la transpersonalización aunque su rango de consciencia esté disminuido por causas fisiopatológicas o simplemente como consecuencia de un fármaco. Tampoco se observa el uso de palabras que reflejen comunicación, como demostración de empatía ni aspectos de calidez afectiva; salvo en una respuesta donde se menciona el amor.

**Cuadro 3****Características del Cuidado Humanizado, en el paciente inconsciente del SCIA del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, por parte de los enfermeros**

1 Indv	2	3	4	5	6	7	8	9	10
buen trato	empatía, rapport, compromiso	buen trato, cumpliendo roles necesarios		aplicar técnicas e identificación de problemas	no modificar, creencias ni entorno	sincero, respetuoso de la dignidad humana, comunicativo	buen trato	empatía, rapport, compromiso	buen trato, cumpliendo roles necesarios

Fuente. Cuestionarios aplicados

Análisis: Se puede observar que todos los sujetos incluyen aspectos que destacan la aplicación de valores humanos y términos éticos, dentro de lo que caracterice al Cuidado Humanizado; así parecieran entender que las condiciones que identifican a este cuidado en particular son: el tratar al otro tal y cómo

queremos ser tratados, respetando nuestra condición de personas. Llama la atención que en un cuestionario esté sin respuesta este aspecto, cuando en la pregunta anterior toda la muestra propuso una definición para Cuidado Humanizado; lo anterior pudiera reflejar que no existe un verdadero dominio cognitivo al respecto. Al tiempo que se vislumbra una posible confusión entre el Cuidado Humano, que según su nombre es todo aquel dado por un humano y el Cuidado Humanizado, que hace referencia a un cuidado que tiene características de humanidad y de ética; así lo manifiesta Piña de V., E. y cols, (1995) “..., en razón de lograr una eficiencia de estos servicios...por cumplir con un imperativo ético...(p. 660)

#### **Cuadro 4**

#### **Importancia del Cuidado Humanizado, en el paciente inconsciente del SCIA del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, por parte de los enfermeros**

1 Indv	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a través de él se logra la recuperación	se transmiten: emociones, confianza y seguridad para ayudar al paciente	brindar: mejor cuidado, estadía y buen morir	brinda aliento para salir adelante	cubre necesidades del ser humano	reducir la estadía hospitalaria	establece confianza y evita la depresión del sistema inmunológico	a través de el se logra la recuperación	se transmiten: emociones, confianza y seguridad para ayudar al paciente	brindar: mejor cuidado, reducir la estadía y buen morir

Fuente. Cuestionarios aplicados

Análisis: Es preciso hacer notar que todas las respuestas involucran el manejo de emociones dentro de la importancia de este cuidado y que sin embargo no se exprese esa emoción a través de la comunicación oral con el paciente; se pudiera inferir un divorcio entre la espiritualidad manifestada conductualmente y la cognitivamente asumida, en las respuestas. Lo anterior se puede referir a la categorización de indolencia, con la que algunos miembros del personal de enfermería parecen tratar a los pacientes cuando éstos “no se dan cuenta”, según el personal, de las acciones que reciben.

#### **Cuadro 5**

#### **Consideración sobre la aplicación de los Cuidado Humanizado, por parte de los enfermeros**

1 Indv	2	3	4	5	6	7	8	9	10
si; lo necesita	si; es una persona	si; se le puede hablar	si; lo necesitan más	si; depende por completo del personal	si; depende por completo del personal	si; pues aplico el código deontológico de enfermería	si; lo necesita	si; es una persona	si; se le puede hablar

Fuente. Cuestionarios aplicados

Análisis: Nuevamente aquí se verifica un doble discurso entre las respuestas encontradas y la conducta evidenciada en el profesional de enfermería cuando se trata de trato directo con el paciente, donde la comunicación terapéutica no se observa, en momentos donde la humanidad y condición de persona del enfermo reclama se le: informe de procedimientos y rutinas, pues simplemente le son ajenos y al conocerlos pudiera disminuir su nivel de ansiedad; estimule verbalmente para mantener su actividad cerebral en contexto a su entorno, entendiendo que la región cerebral perceptora de actividad acústica, sigue activa a pesar de los fármacos; aliente y reconforte basado en sus creencias religiosas, así como la proximidad de sus seres queridos, ya que el simple contacto con otros seres humanos que demuestren su interés por su estado y recuperación pudiera hacer que experimente un sentimiento de bienestar. Igualmente pareciera que el paciente es un receptor de acciones, sin posibilidad de transmitir hacia el profesional de enfermería una experiencia nutritiva o simplemente una situación de vida que establezca un crecimiento personal en los seres que protagonizan el cuidado; es decir, el paciente y el profesional de enfermería asignado.

**Cuadro 6**  
**Beneficio de informar sobre el nombre y rol del enfermero a un paciente inconsciente**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Indv</b>									
ninguno; no recordar á nada	trasmitir seguridad y confianza	brindar información	ninguno; pues está inconsciente	trasmitir confianza	trasmitir confianza y seguridad	trasmitir confianza	ninguno; pues está inconsciente	ninguno; no recordar á nada	trasmitir seguridad y confianza

Fuente. Cuestionarios aplicados

**Tabla 1**  
**Beneficio de informar sobre el nombre y rol del enfermero a un paciente inconsciente**

Respuesta	%	No. de Indiv
Información	10	1
Confianza	20	2
Seguridad y Confianza	30	3
Ninguno	40	4

Fuente. Cuestionarios aplicados

Análisis: La tabla No. 1 muestra los resultados de las respuestas dadas por el profesional de enfermería, referidos a la dimensión cuidado humanizado, en donde se evaluaron aspectos como, si se brinda cuidado humanizado al paciente inconsciente, en la cual: el 40% opina que no existe beneficio; un 30% manifiesta que se brinda seguridad y confianza; el 20% indica que se trasmite confianza y finalmente un 10% opina que se logra informar. La interacción entre los seres humanos es una actitud inherente a su naturaleza. Apoyado esto en la relación interpersonal de orientación, planteada por Kozier, B. (2005), al citar a Peplau, H.: "...la enfermera ayuda al paciente a comprender el problema y el nivel de ayuda que precisa."(p. 41). De esta manera el identificarse durante la atención al paciente, genera un trato que dignifica la condición de persona y al mismo tiempo sensibiliza ante la realidad humana del caso clínico que se maneja.

**Cuadro 7**  
**Importancia de la ubicación temporo-espacial en un paciente inconsciente**

1 Indv	2	3	4	5	6	7	8	9	10
no tiene; ellos escuchan pero no recuerdan	brindar noción de tiempo y espacio	brindar noción de tiempo y espacio	ninguno; pues está inconsciente	su subconsciente mantiene sus sentidos activos	lograr la colaboración con el equipo de salud	brindar conexión con la realidad	ninguno; pues está inconsciente	no tiene; ellos escuchan pero no recuerdan	brindar noción de tiempo y espacio

Fuente. Cuestionarios aplicados

**Tabla 2**  
**Importancia de la ubicación temporo-espacial en un paciente inconsciente**

Respuesta	%	No. de Indiv
Información	60	6
Ninguno	40	4

Fuente. Cuestionarios aplicados

Análisis: La tabla No. 2 muestra los resultados de las respuestas dadas por el profesional de enfermería, referidos a la dimensión cuidado humanizado, en donde se evaluaron aspectos como, si se brinda cuidado humanizado al paciente inconsciente, en la cual: el 60% opina que la importancia radica en brindar información, mientras un 40% manifiesta que no es importante. Se debe tomar conciencia de la importancia que tiene informar al paciente de los procedimientos que se le practicarán; esto puede producir un efecto tranquilizador en el paciente, al tiempo que respeta su integridad como persona. Igualmente este aspecto queda claro en los derechos de los pacientes, que expone Kozier, B. (2005), “El paciente tiene derecho a ser informado de las políticas y prácticas...en relación con la asistencia, el tratamiento y las responsabilidades...para con él”. Se conoce lo importante de la Comunicación Terapéutica en los procesos curativos; así lo expone, Delgado A., Juan C. (2005)

Nuestra idea del cuidado suele ser procurar su alimentación, hidratación, descanso, etc, pero normalmente se nos olvida la importancia que tiene la comunicación en dicho cuidado, pudiendo ser la misma comunicación una forma de cubrir las necesidades de la persona enferma o afectada. (p. 80)

Es así como el verbalizar frente al paciente inconsciente, con el fin de informar, por un lado mantiene su condición de individuo y posteriormente estimula sus centros cerebrales de la audición y esto pudiera redundar en la contextualización del usuario e igualmente mantenerlo en contacto con su realidad mientras dure su proceso de inconsciencia.

**Cuadro 8**  
**Beneficio de incentivar verbalmente la confianza en un paciente inconsciente**

1 Indv	2	3	4	5	6	7	8	9	10
no existe; no recordar á	brindar compañía	trasmitir tranquilidad	ninguno; pues está inconsciente	puede colaborar más	una pronta recuperación	trasmitir confianza	ninguno; pues está inconsciente	no existe; no recordar á	brindar compañía

Fuente. Cuestionarios aplicados

**Tabla 3****Beneficio de incentivar verbalmente la confianza en un paciente inconsciente**

Respuesta	%	No. de Indiv
Compañía	20	2
Seguridad y Confianza	20	2
Ninguno	40	4
Otras	20	2

Fuente. Cuestionarios aplicados

Análisis: La tabla No. 3 muestra los resultados de las respuestas dadas por el profesional de enfermería, referidos a la dimensión cuidado humanizado, en donde se evaluaron aspectos como, si se brinda cuidado humanizado al paciente inconsciente, en la cual: el 40% opina que no existe beneficio; un 20% manifiesta que se brinda seguridad y confianza; el 20% indica que se transmite compañía y el 20% restante propone que se obtendrá colaboración y una pronta recuperación. La consideración sobre que el paciente es una persona y cómo tal merece se le brinde la importancia que posee, es algo que enfermería no debe perder de vista. Como lo plantea, Vargas T., Ruby E. (2007), “Las acciones de cuidar pueden ser observaciones positivas, de soporte, de comunicación o de intervenciones físicas de la enfermera. Cuidar es dedicarse a un fin...y a la preservación de la dignidad del otro.”( 2 p.)

**Cuadro 9****Beneficio de incentivar a través del tacto la confianza en un paciente inconsciente**

1 Indv	2	3	4	5	6	7	8	9	10
no existe; no recordará	transmitir tranquilidad y confianza	transmitir seguridad y confianza	transmitir seguridad a través de la empatía	reducido; pues el paciente no capta el tacto	establecer comunicación y transmitir confianza	transmitir confianza y aceptación	ninguno; pues está inconsciente		

Fuente. Cuestionarios aplicados

**Tabla 4****Beneficio de incentivar a través del tacto la confianza en un paciente inconsciente**

Respuesta	%	No. de Indiv
Seguridad y Confianza	50	5
Ninguno	30	3
No responde	20	2

Fuente. Cuestionarios aplicados

Análisis: La tabla No. 4 muestra los resultados de las respuestas dadas por el profesional de enfermería, referidos a la dimensión cuidado humanizado, en donde se evaluaron aspectos como, si se brinda cuidado humanizado al paciente inconsciente, en la cual: un 50% manifiesta que se brinda

seguridad y confianza; el 30% opina que no existe beneficio; el 20% final no respondió. La rutina a que se ve sometido el profesional de enfermería en la UCI lo hace muchas veces actuar con automatismo, quizás restando importancia a dar: una caricia, una palmada afectuosa o un apretón de manos; que transmita al paciente un poco de seguridad al saberse acompañado en un ambiente tan hostil y agresivo. Así lo sustenta, refiriéndose al significado del sentimiento de seguridad, Espino, J. (2001), citado por Mogollón, Carmen y Pinto, Zoila; (2002), "...el enfermo se siente confiado y con garantía de su protección física, así como su protección emocional" (p. 3). Simultáneamente a la comunicación terapéutica táctil y verbal el paciente muestra relajación del cuerpo y las expresiones de su rostro se suavizan notablemente. En tal sentido Kozier, B. (1991) señala que el masaje tiene como objetivo relajar, liberar tensiones y estimular la circulación sanguínea al tejido y a los músculos, pues la fricción produce calor en la superficie cutánea. De ahí que se haga necesaria la estimulación circulatoria a los pacientes encamados.

### **Cuadro 10**

#### **Beneficios de transmitir verbalmente, en un tono de voz apacible, mensajes referidos a los procedimientos que se llevan a cabo a un paciente inconsciente**

1 Indv	2	3	4	5	6	7	8	9	10
podrá saber que se le cuida para brindarle beneficio	disminuir su ansiedad	Transmitir seguridad y confianza	ninguno; pues está inconsciente	aumenta su mejoría	transmitir tranquilidad y confianza	transmitir aceptación	ninguno; pues está inconsciente		

Fuente. Cuestionarios aplicados

### **Tabla 5**

#### **Beneficios de transmitir verbalmente, en un tono de voz apacible, mensajes referidos a los procedimientos que se llevan a cabo a un paciente inconsciente**

Respuesta	%	No. de Indiv
Seguridad y Confianza	60	6
Ninguno	20	2
No responde	20	2

Fuente. Cuestionarios aplicados

Análisis: La tabla No. 5 muestra los resultados de las respuestas dadas por el profesional de enfermería, referidos a la dimensión cuidado humanizado, en donde se evaluaron aspectos como, si se brinda cuidado humanizado al paciente inconsciente, en la cual: un 60% manifiesta que se brinda seguridad y confianza; el 20% opina que no existe beneficio; el 20% final no respondió. A este respecto Kozier, B. (2005), señala lo siguiente: "Una punción venosa puede producir molestias durante algunos segundos..." (p. 1516). Informar del procedimiento al paciente puede ayudar a que este se sienta participe de su tratamiento, además de tomado en cuenta. En este orden de ideas explica Kozier, B., en

el mismo año, "Aclárele que la alimentación no debe producir ninguna molestia pero puede provocar una sensación de plenitud." (p. 1326). El explicar al paciente como se realizará el procedimiento, las molestias transitorias del mismo y los beneficios u objetivos que este persigue, pueden ayudar a que disminuya la respuesta ansiosa del mismo; quedando éste en la posibilidad de colaborar en la ejecución de la intervención terapéutica. Kozier, B., Erb, G.; y Oliver, R. (1993), citados por Mogollón, Carmen y col; (2002), señala que "...la finalidad de la comunicación es obtener una respuesta" (p.325), en la práctica, los profesionales de enfermería, se comunican con los enfermos con intención de iniciar cambios en sus conductas, sean de carácter preventivo o curativo, según el caso, lo importante es que la misma debe ser eficaz para el logro de la respuesta esperada.

### **Cuadro 11**

#### **Importancia de la presencia de los familiares cuando un paciente está inconsciente**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>Indv</b>									
sabrás que no está solo	brindar seguridad y confianza	transmitir seguridad y confianza	ninguno; no entiende ni sabe nada	sentir seguridad	dejar saber que puede contar con su familiar	informar que el paciente no está solo y favorecer que se aferre a la vida	ninguno; pues está inconsciente		

Fuente. Cuestionarios aplicados

### **Tabla 6**

#### **Importancia de la presencia de los familiares cuando un paciente está inconsciente**

<b>Respuesta</b>	<b>%</b>	<b>No. de Indiv</b>
Seguridad y Confianza	50	5
Ninguno	30	3
No responde	20	2

Fuente. Cuestionarios aplicados

Análisis: La tabla No. 6 muestra los resultados de las respuestas dadas por el profesional de enfermería, referidos a la dimensión cuidado humanizado, en donde se evaluaron aspectos como, si se brinda cuidado humanizado al paciente inconsciente, en la cual: un 50% manifiesta que los familiares le proporcionan, al paciente, seguridad y confianza; el 30% opina que no existe beneficio; el 20% final no respondió. El profesional de enfermería ha de cumplir su labor de manera eficiente, dando apoyo emocional y espiritual a esa persona que en su inconsciencia escucha todo lo que está pasando a su alrededor. Kozier B.; Blais, K.; Erb. G. y Wilkinson, J. (1999), citados por Mogollón, Carmen y col (2002), puntualizan lo siguiente "...cualquier habilidad o técnica de la comunicación terapéutica se basa en ocho principios: Aceptación, Interés, Respeto, Honestidad, Concreción, Asistencia, Permiso y

Protección; los cuales sirven de pauta para interacciones eficaces con los enfermos" (p.154). Dichas interacciones podrán ser más efectivas y afectivas, cuando ocurren con los parientes cercanos del usuario; producto del nexos y la familiaridad que exista entre los sujetos de un grupo que posee lazos consanguíneos o filiales de algún tipo.

### Cuadro 12

#### Beneficios de transmitir verbalmente, en un lenguaje acorde al nivel de instrucción del paciente inconsciente, mensajes positivos referidos a su condición fisiopatológica

1 Indv	2	3	4	5	6	7	8	9	10
no existe; no entenderá solo escuchará	reducir su estrés	trasmistir seguridad y confianza	ninguno; pues está inconsciente	mejorar su estado	informarle su estado	hacer sentir cómodo al paciente	ninguno; pues está inconsciente		

Fuente. Cuestionarios aplicados

### Tabla 7

#### Beneficios de transmitir verbalmente, en un lenguaje acorde al nivel de instrucción del paciente inconsciente, mensajes positivos referidos a su condición fisiopatológica

Respuesta	%	No. de Indiv
Seguridad y Confianza	50	5
Ninguno	30	3
No responde	20	2

Fuente. Cuestionarios aplicados

Análisis: La tabla No. 7 muestra los resultados de las respuestas dadas por el profesional de enfermería, referidos a la dimensión cuidado humanizado, en donde se evaluaron aspectos como, si se brinda cuidado humanizado al paciente inconsciente, en la cual: un 50% manifiesta que la información sobre la condición fisiopatológica le trasmite, al paciente, seguridad y confianza; el 30% opina que no existe beneficio; el 20% final no respondió. En este sentido Hallas, Ch.; Fraser, W y Mac Gillivray, R. (1995) señalan que “el enfermo tiene la necesidad de comunicarse con los demás y es necesario que el profesional de enfermería deba adaptarse al nivel de su lenguaje para comprenderlo, además debería observar al enfermo en sus gestos, y descubrir en sus palabras y aun en ausencia de ellas, sus necesidades” (p.102). Tener sensibilidad al ofrecer los cuidados es esencial para conocer los distintos niveles e intensidades de las expresiones y las necesidades espirituales de los pacientes. Tal y como lo plantea Watson, J. (2003) en su tercer factor asistencial “Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y

hacia los demás”. Dicha sensibilidad se debería expresar cuando el profesional de enfermería dispone el 100% de sus sentidos a estar con el paciente y desarrollar un proceso de involucramiento con el otro ser humano participe de sus cuidados.

### Cuadro 13

#### Beneficios de reconfortar a un paciente inconsciente haciendo mención a sus creencias religiosas

1 Indv	2	3	4	5	6	7	8	9	10
no existe; no recordará	reforzar su fe y creencias en favor de su salud	brindar apoyo y confianza	ninguno; pues está inconsciente	mantener su fe	logar armonía	refuerza su fe y sentir que puede recuperarse	ninguno; pues está inconsciente		

Fuente. Cuestionarios aplicados

### Tabla 8

#### Beneficios de reconfortar a un paciente inconsciente haciendo mención a sus creencias religiosas

Respuesta	%	Nº de Indiv
Seguridad y Confianza	50	5
Ninguno	30	3
No responde	20	2

Fuente. Cuestionarios aplicados

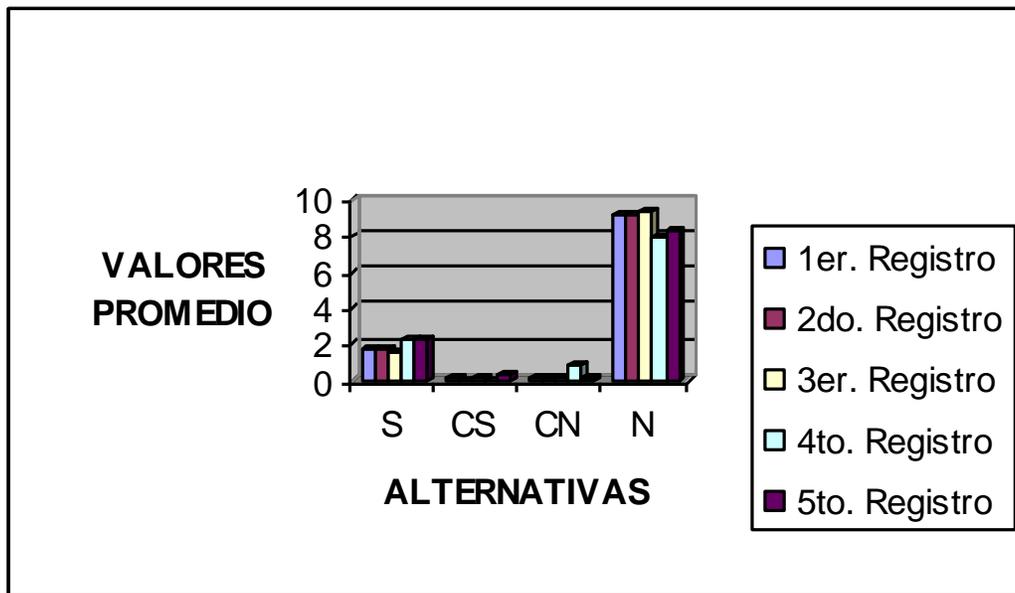
Análisis: La tabla No. 8 muestra los resultados de las respuestas dadas por el profesional de enfermería, referidos a la dimensión cuidado humanizado, en donde se evaluaron aspectos como, si se brinda cuidado humanizado al paciente inconsciente, en la cual: un 50% manifiesta que utilizar elementos de la espiritualidad le trasmite, al paciente, seguridad y confianza; el 30% opina que no existe beneficio; mientras que el 20% final no respondió. El manejo de la vulnerabilidad, que pudiera experimentar el paciente al perder poder para decidir sobre su aspecto físico, es algo a ser considerado al mismo tiempo que se entiende vulnerabilidad como “la incapacidad de resistencia cuando se presenta un fenómeno amenazante, o la incapacidad para reponerse después de que ha ocurrido” así lo expone un reporte del Instituto Internacional para la Prevención de Desastres (2011). Esta cognición, que pudiera experimentar un paciente, se verá aminorada o atenuada, al reconfortarse con los mecanismos que el usuario maneja en la disposición de su fe.

Continuando con el análisis de los datos, llega el turno a los generados por la observación participante; donde se pudiera establecer la existencia y/o modificación de actitudes referidas al trato brindado al paciente, lo anterior se recabó con las Guías de Observación. (Ver anexo H, pag 124)

**Tabla 9**  
**Resumen de los promedios de las alternativas de las guías de observación**

No. de registros	Total Promedio de Ítems Siempre	Total Promedio de Ítems Casi Siempre	Total Promedio de Ítems Casi Nunca	Total Promedio de Ítems Nunca
1er.	1,7	0,1	0,1	9,1
2do.	1,8	0,0	0,1	9,1
3er.	1,5	0,1	0,1	9,3
4to.	2,2	0,0	0,9	7,9
5to.	2,2	0,3	0,2	8,3

Fuente. Guías de observación aplicadas



**Gráfico 1.** Resumen de los promedios de las alternativas de las guías de observación. Guías de observación aplicadas. S = siempre; CS = casi siempre; CN = casi nunca; N = nunca. En base a cinco observaciones realizadas, a cada uno de los profesionales de enfermería que conforman la muestra.

Análisis: El gráfico No. 1 muestra los resultados obtenidos con respecto a las actitudes del profesional de enfermería, referidos a la dimensión cuidado humanizado, en donde se evaluaron aspectos como: búsqueda de información sobre el paciente; verbalización dirigida al paciente; información que se suministra al paciente y la inserción de creencias religiosas a manera de apoyo; en el cual: los promedios de la alternativa siempre van de 1,7 en el primer registro a 2,2 en el quinto registro y en la contraparte la alternativa nunca disminuyó de 9,1 en el primer registro a 8,3 en el quinto registro, permaneciendo sin variación significativa las alternativas casi siempre y casi nunca. Llama la atención que los promedios, representados por el “Siempre”, para las prácticas que tienden a la ejecución de principios correspondientes a la teoría del Cuidado Humanizado hayan experimentado un

ligero incremento mientras duró el estudio; se pudiera hablar de una especie de modelado de la conducta mediada por la presencia e intervención de los observadores participantes; es decir los investigadores.

Apoyando todo lo anterior, seguidamente serán expuestos los Registros Anecdóticos; aquí se llevó a cabo un intento por categorizar además de ejemplificar las conductas observadas en los profesionales de enfermería que participaron en la presente investigación. (Ver anexo I, pag 129)

**Tabla 10**  
**Categorización para los datos de los registros anecdóticos**

<b>Categorías</b>	<b>Frecuencia de Indv./Categoría</b>	<b>Definición*</b>
Indolente	04 40%	<b>Incapacidad de conmovirse o sentirse afectado por algo. Pereza, desidia. Insensibilidad, especialmente al dolor.</b>
Mecánica (o)	04 40%	<b>Rutinario, que se hace sin reflexionar.</b>
Reprochadora o Reprochador	02 20%	<b>Criticar, censurar la conducta de alguien.</b>

Fuente. Tomado del Diccionario de la lengua española © 2005 Espasa-Calpe.\*

Análisis: La tabla No. 10 muestra los resultados obtenidos con respecto a las actitudes del profesional de enfermería, referidos a la dimensión cuidado humanizado, en donde se evaluaron aspectos como: búsqueda de información sobre el paciente; verbalización dirigida al paciente; información que se suministra al paciente y la inserción de creencias religiosas a manera de apoyo; en el cual se generaron tres categorías referidas a conductas evidenciadas: 40% de profesionales con conductas indolentes; 40% de profesionales con conductas mecánicas y 20% de profesionales con conductas reprochadoras. Quizás a manera de triangulación para los resultados y también como reflexión las categorizaciones dejan evidencia de la distancia que muchas veces se presenta entre el profesional y la necesidad del paciente en un proceso de no involucramiento. Así se conoce que el individuo no debe cargarse con los asuntos laborales para llevarlos hasta su vida cotidiana, igualmente no es menos cierto que enfermería requiere ser permeable a esos requerimientos del usuario para lograr: optimizar su calidad de vida; restablecer su estado de bienestar o simplemente apoyarlo en el momento de la muerte.

De esta forma las(os) enfermeras(os) pudieran recurrir a la deshumanización, como una forma de resguardar su estabilidad emocional ante el estrés que produce lidiar a diario con el dolor humano y el final de la existencia; tal y como se la conoce. Así la habituación o asumir las acciones de enfermería como una mera rutina, separan al sujeto que las ejecuta del otro individuo sobre quien se practican y de esta manera el usuario inconsciente se relega a cumplir un papel como, simple receptor de acciones, casi un objeto sin la posibilidad de interactuar desde su humanidad ni desde su dignidad como persona.

También se observa que el reproche hacia el paciente, que surge ante las eventualidades del quehacer diario durante el cumplimiento de la guardia, se infiere aparece como una muestra de la premura en el cumplimiento de las muchas actividades que se le encomiendan en el trabajo a los enfermeros y la necesidad de finalizar las acciones rápidamente; para muchas veces emprender el camino hacia el otro turno laboral.

Evidentemente queda expuesta una incapacidad del profesional para manejar dichas eventualidades de manera sana a nivel de higiene y salud mental, lo cual redundaría en: la estabilidad emocional para la toma de decisiones, su calidez o sensibilidad en el abordaje cuando debe acompañar a los pacientes y por supuesto su actitud al interactuar con otro ser humano, mucho más cuando éste está inconsciente.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

#### Conclusiones

Al describir el trato brindado al usuario, por el profesional de enfermería; que trabaja en el Servicio de Cuidados Intensivos Adulto del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, es necesario enfatizar que se establece un óptimo mantenimiento fisiológico del paciente, conformado por: Higiene y confort general; (baño en cama, aseo perianal, higiene broncopulmonar, oftálmica y bucal); igualmente el suministro de la dieta y el cumplimiento del tratamiento indicado. Así mismo se evidencia la tendencia elevada de los profesionales a no establecer un cuidado humanizado, según los principios de éste investigados en el presente estudio; es decir, que implique la conversación y la espiritualidad para con el paciente inconsciente; conducta característica de los profesionales que pudiera resultar no estimulante para estos usuarios.

Identificando la información, que posee el profesional de enfermería acerca del estado de inconsciencia del paciente, queda claro que a pesar de conocer los posibles beneficios de un cuidado amable y pleno de sensibilidad, en favor del desarrollo de la confianza y elevar la tranquilidad anímica del usuario; no es esto lo que se evidencia al efectuar las acciones de enfermería, los profesionales estudiados, practican el cuidado sobre las bases de: administrar tratamientos; suministrar plan nutricional; realizar higiene y confort; como quien lleva a cabo un hábito producto de los años ejerciendo la profesión o sobre algún otro paradigma.

Por último identificar los factores que influyen en las(os) enfermeras(os) con respecto al modo de actuar, para con el paciente inconsciente; quizás conduce al consabido estigma de ejercer una profesión que no recibe un pago justo y el tener dos o más empleos en el área, produciendo en un estrés laboral y vivencial que termina por deshumanizar a enfermería de su rol primario, dar apoyo a ese otro ser independientemente de sus condiciones, incluida la inconsciencia, consideraciones éstas que se derivan de los registros anecdóticos elaborados con la muestra estudiada.

## **Recomendaciones**

En relación con este trabajo, es importante que el personal de salud desarrolle y se le brinden mecanismos y herramientas con las cuales pueda ampliar su visión sobre el cuidado humanizado, su espiritualidad y salud mental; pues así pudiera solventar situaciones con los pacientes inconcientes. Algunas recomendaciones que pudieran aportar soluciones al problema planteado en el presente trabajo serían:

- 1.-Realizar una evaluación periódica; trimestral con la participación de los profesionales del servicio, sobre la forma en que se está brindando la atención al paciente inconciente por parte de enfermería; con el fin de generar un diagnóstico de necesidades, sobre tópicos para talleres de formación continua y así optimizar la forma en que se llevan a cabo las prácticas humanizadas.
- 2.-Debe fomentarse la moral y motivación del empleado, con refuerzos positivos como las palabras de estímulo emitidas por el supervisor, de acuerdo a las actitudes y aptitudes más cercanas al ideal buscado.
- 3.-Llevar a cabo campañas en base a conversatorios donde participen antiguos empleados de la institución que hayan experimentado los beneficios del trato humanizado o bien que hayan sufrido los efectos de un trato diferente; pudiendo aleccionar al personal dada su cercanía por el tiempo compartido en condiciones similares al desempeñar funciones y actividades afines.
- 4.-Brindar asesoría psicológica estructurada en grupos de apoyo y comunicación terapéutica con especialistas; dos veces o más al año donde el personal drene sus angustias y tensiones laborales.
- 5.- Discutir los resultados de la presente investigación con todos los integrantes de la muestra, para estimular su cognición respecto al tema y abrir un espacio de reflexión sobre las prácticas de los cuidados de Enfermería.

**ANEXOS**

## Anexo A

### GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA SER APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

sólo manejada por la (el) investigadora (or)

1. se documenta sobre el paciente que recibe; a través de la historia y/o por el cambio de guardia  
Siempre\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_ Nunca\_\_\_
  
2. informa al paciente del procedimiento que se efectuará, en un tono de voz apacible  
Siempre\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_ Nunca\_\_\_
  
3. llama al paciente por su nombre y le informa que está cubierto en su humanidad, con lencería, al realizar el baño diario  
Siempre\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_ Nunca\_\_\_
  
4. le informa al paciente que está protegido en el entorno, por ser un lugar seguro y por tener un personal que está pendiente de él(ella)  
Siempre\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_ Nunca\_\_\_
  
5. informa al paciente sobre la importancia de su dieta y la asimilación de esta por su organismo  
Siempre\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_ Nunca\_\_\_
  
6. informa al paciente de: la fecha, hora y lugar donde se encuentran  
Siempre\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_ Nunca\_\_\_
  
7. se dirige al paciente en un tono de voz apacible, inspirando seguridad; al dialogar sobre sus progresos y/o necesidades.  
Siempre\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_ Nunca\_\_\_
  
8. ante cualquier novedad, se comunica al paciente lo que ocurre  
Siempre\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_ Nunca\_\_\_
  
9. se utiliza un lenguaje acorde al nivel de instrucción del paciente  
Siempre\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_ Nunca\_\_\_
  
10. se alienta al paciente basado en sus progresos y/o estabilidad  
Siempre\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_ Nunca\_\_\_
  
11. se recurre a las creencias religiosas del paciente para reconfortarlo  
Siempre\_\_\_ Casi Siempre\_\_\_ Casi Nunca\_\_\_ Nunca\_\_\_

## **Anexo B**

### **REGISTRO ANECDÓTICO**

Profesional de enfermería: T (EN ADELANTE IDENTIFICADA CON EL NÚMERO 1)

Observadora: Marianela Chacín

Fecha: 26-05-09

Incidente o hecho específico observado:

Se recibe a paciente inconsciente por ACV. Una vez efectuado el primer control horario y administración de los medicamentos correspondiente, la enfermera procede a realizar el baño en cama, incluyendo lavado del cabello, una vez efectuado éste, comienza a desenredar el cabello de la paciente el cual es abundante y crespo, además se encuentra muy enredado. Ante la forma de hacerlo, la paciente gesticula dolor, por lo cual se le advierte a la enfermera de lo observado, ésta expresa que “eso no le duele, porque está sedada”, aumentando el goteo del Remifentanyl mientras termina de realizar la actividad

Comentario:

Todo el procedimiento se realizó en el más absoluto silencio. Sin observar al realizar la acción ante descrita la gesticulación de la paciente.

En este sentido Hallas, Ch.; Fraser, W y Mac Gillivray, R. (1995) señalan que “el enfermo tiene la necesidad de comunicarse con los demás y es necesario que el profesional de enfermería debería adaptarse al nivel de su lenguaje para comprenderlo, además debería observar al enfermo en sus gestos, y descubrir en sus palabras y aun en ausencia de ellas, sus necesidades”.(p.102)

Profesional de enfermería: 1

Observadora: Marianela Chacín

Fecha: 07-01-10

Incidente o hecho específico observado:

Se recibe a la paciente y tras verificar métodos invasivos, control de signos, administración de medicamentos se procede a realizar baño en cama. La paciente es una señora obesa por lo cual se dificulta la movilización entre los dos enfermeros asignados. La enfermera encargada, se le escucha decir, al tiempo que pide ayuda, con estas palabras: “Por favor, ayuda necesito 10 voluntarios o una grúa para voltear a esta gordita”. Muchos de sus compañeros, emiten expresiones que muestran su molestia ante tal frase; otros, por el contrario se ríen de la misma, acuden al llamado y prestan la ayuda haciendo comentarios alusivos al peso y volumen de la paciente.

## Comentario:

Siempre debe llamarse al paciente por su nombre y no utilizar calificativos estereotipados de presunta ternura como: "abuelita(o), madrecita, gordita(o), mi amor", los cuales se consideran completamente fuera de su verdadero contexto, los términos en referencia en algunos casos pueden llegar a desorientar y afectar su autoestima, además es una falta de respeto a la persona. En este caso cuando se identifica a la persona por su nombre se le hace sentir valorado y más seguro.

García, R. (1998) indica que "El respeto permite mantener la dignidad del enfermo, en momentos en los que experimenta una mayor desprotección" (p. 48).

Profesional de enfermería: 1

Observadora: Marianela Chacín

Fecha: 22-01-10

Incidente o hecho específico observado:

Se recibe al paciente en condiciones estables presentando: evacuaciones líquidas, abundantes y muy frecuentes. Entre una y otra intervención y cuidados brindados al paciente, se requiere hacer aseo perianal y cambio de pañal, centros e inclusive sábanas. Las enfermeras encargadas en un principio, se les escucha, reír y hacer comentarios alusivos al cambiar al paciente; al avanzar la guardia y aparentemente cansadas las risas pasan a malas caras, gestos de enfado y ante cada evacuación manifiestan al paciente **“otra vez y entonces...vale nosotras tenemos que ir a trabajar en otro sitio”**.

Comentario:

El aseo del paciente ante situaciones como estas, forma parte de los cuidados que ha de prestar enfermería. Por el peso del paciente el trabajo se hace forzado y muchas veces cansa movilizar, para cambiar al paciente a cada momento. Pero es deber del enfermero no solo asear sino dar tranquilidad al paciente que puede, aun en su estado de inconsciencia, sentirse mal ante esta situación pues vulnera su intimidad. Además el traslado a otro puesto de trabajo no es de la incumbencia del paciente.

Kozzier B.; Blais, K.; Erb. G. y Wilkinson, J (1999) enfatizan "...el profesional de enfermería compromete tiempo y energía al querer ayudar al enfermo" (p.157),

Profesional de enfermería: C (EN ADELANTE IDENTIFICADA CON EL NÚMERO 2)

Observadora: Marianela Chacín

Fecha: 27-05-09

Incidente o hecho específico observado:

Cumplido el control de signos vitales y administración de medicamentos la enfermera prepara todo lo necesario para llevar a cabo la higiene broncopulmonar, no se escuchó informar al paciente del procedimiento a realizar ni de las molestias que esta generan de manera momentánea. Cuando se comienza el procedimiento, el paciente da señales de angustia y empiezan a evidenciarse la alteración de las constantes vitales (T.A. y F.C). En ningún momento se escuchó a la enfermera establecer comunicación verbal con el paciente a fin de disminuir su angustia; explicando que se requiere esto para su mejoría y que las molestias serán pasajeras.

Comentario:

El explicar al paciente como se realizará el procedimiento, las molestias transitorias del mismo y los beneficios u objetivos que este persigue, pueden ayudar a que disminuya la respuesta ansiosa del paciente; quedando éste en la posibilidad de colaborar en la ejecución de la intervención terapéutica.

Kozier, B., Erb, G.; y Oliver, R. (1993) que "...la finalidad de la comunicación es obtener una respuesta" (p.325), en la práctica, los profesionales de enfermería, se comunican con los enfermos con intención de iniciar cambios en sus conductas, sean de carácter preventivo o curativo, según el caso, lo importante es que la misma debe ser eficaz para el logro de la respuesta esperada.

Profesional de enfermería: 2

Observador: Carlos De Berardinis

Fecha: 02-08-09

Incidente o hecho específico observado:

Aproximadamente a las 11: 30 am, se escucha a la Dra. Sheyla preguntar a la enfermera: "¿Cómo se llama este paciente?"; luego de guardar silencio, Carmen dijo: "no se Dra., es que he estado pendiente de mis hijos que están en la casa solos"

Comentario:

La identidad del paciente es un aspecto que relaciona al profesional de enfermería con el ser humano que atiende; además asegura que las acciones de enfermería sean administradas a la persona indicada. Es importante reforzar lo anterior con lo planteado por Kozier, B. (2005) "La identificación incorrecta de un paciente puede acarrear graves consecuencias...Los casos de error de identificación son muy costosos para el paciente y convierten a la enfermera en responsable de mala práctica."(65)

Profesional de enfermería: 2

Observadora: Marianela Chacín

Fecha: 10-12-09

Incidente o hecho específico observado:

La enfermera tras recibir al paciente, se limita a cumplir todas las intervenciones de: control de signos vitales, higiene y confort; sin que se le escuche emitir en ningún momento una palabra al paciente, indicándole las acciones. Al disminuir, por orden médica, la dosis del Remifentanyl, para los médicos poder evaluar el estado neurológico del paciente (escala de Gasglow), éste experimenta un estado de agitación, aún así a la enfermera no se le escuchó utilizar, la comunicación terapéutica y lo que dijo fue: “si no te quedas tranquilo tendré que amarrarte las manos y no te van a poder quitar ese tubo”.

Comentario:

A los pocos minutos de este incidente, otra enfermera en tono amable explica al paciente lo importante que es su colaboración y en que consiste el proceso de extubación, el paciente se muestra menos ansioso. Relacionado con esto es lo planteado por Kozier, B. (2005) “La aspiración de una traqueostomía o un tubo endotraqueal es una técnica estéril y traumática...”

Profesional de enfermería: M (EN ADELANTE IDENTIFICADA CON EL NÚMERO 3)

Observadora: Marianela Chacín

Fecha 28-05-09

Incidente o hecho específico observado:

La enfermera llega al cubículo y se dirige directamente a revisar la historia del paciente, hace el primer control de signos vitales y se dispone a cumplir el tratamiento médico. Posteriormente comienza a preparar los implementos para el baño en cama, busca el agua caliente, ya que la temperatura de la terapia está extremadamente baja, sin embargo antes de empezar la labor, recibe una llamada telefónica y se ausenta aproximadamente 10 min. Dejando al paciente a cargo de estudiantes que realizan sus pasantías, a su regreso el agua a perdido temperatura y está ya fría, aun así y alegando que el paciente “NO SIENTE NADA, PORQUE ESTA PLANCHADO”, realiza el baño.

Comentario:

El baño en cama no solo se realiza para asear al paciente, es una manera también de proporcionarle confort, de hacerle sentir a través del tacto la relajación que proporcionan: los masajes, el agua tibia y la hidratación del cuerpo; haciendo su estadía más placentera, en un servicio “tan agresivo y hostil” como lo es la Terapia Intensiva. Además de evitar la resequead de la piel, estimular y activar la circulación del cuerpo, evitando así úlceras por presión. No obstante, la enfermera obvia todo

esto y también la posibilidad de ocasionar una hipotermia que comprometa aun más el estado general del paciente.

Watson (1988) refiere que "La prestación humana de cuidados supone: valores, una voluntad, compromiso con el cuidado, conocimiento, acciones de cuidar y consecuencias." (Pág.29)

Profesional de enfermería: 3

Observador: Carlos De Berardinis

Fecha: 29-05-09

Incidente o hecho específico observado:

Marisol al llegar en la mañana para el cambio de guardia; recibe indicaciones generales, emitidas por las enfermeras del turno de la noche, sobre su paciente asignado y luego procede a la administración del tratamiento que corresponde. Igualmente Marisol cumple los procedimientos como: higiene y confort; extracción de muestras y/o estudios de radiodiagnóstico. Durante este momento se escuchan comentarios variados, entre Marisol y las enfermeras de cubículos vecinos, sobre diversos temas. "Chama estoy buscando otro turno si sabes de algo me lo pasas por el teléfono"

Comentario:

Durante el tiempo que tarda en cumplir las acciones de enfermería, de este turno, no se le escuchó dirigirse al paciente, existiendo conversaciones entre profesionales de cubículos próximos; rememorando lo hecho el día anterior, fuera del lugar de trabajo o bien planificando acciones personales futuras. Igualmente pudiera inferirse que la profesional requiere aumentar su ingreso económico. Se escucharon comentarios, referidos al paciente, como: "Este está feo para la foto";

Como lo plantea, Vargas T., Ruby E.(2007); "Las acciones de cuidar pueden ser observaciones positivas, de soporte, de comunicación o de intervenciones físicas de la enfermera. Cuidar es dedicarse a un fin...y a la preservación de la dignidad del otro."(2 p.)

Profesional de enfermería: 3

Observadora: Marianela Chacín

Fecha: 15-10-09

Incidente o hecho específico observado:

Luego de controlar los signos vitales del paciente, éste gesticula quejidos de dolor; la enfermera aplica con crema hidratante un masaje terapéutico para favorecer la circulación sanguínea, acompañando lo anterior con palabras agradables y mensajes positivos.

## Comentarios:

Simultáneamente a la comunicación terapéutica táctil y verbal el paciente muestra relajación del cuerpo y las expresiones de su rostro se suavizan notablemente.

En tal sentido Kozier (1991) señala que el masaje tiene como objetivo relajar, liberar tensiones y estimular la circulación sanguínea al tejido y a los músculos, pues la fricción produce calor en la superficie cutánea. De ahí que se haga necesaria la estimulación circulatoria a los pacientes encamados.

Profesional de enfermería: C' (EN ADELANTE IDENTIFICADA CON EL NÚMERO 4)

Observadora: Marianela Chacín

Fecha: 03-06-09

## Incidente o hecho específico observado:

La enfermera llega al cubículo de aislamiento, donde se encuentra un paciente que presenta quemaduras por fuego directo en un 80 % de su superficie corporal, al llegar, se le escucha expresar: "este tipo está podrido, tener que calarme este olor toda la mañana, hoy no desayuno". Además tendré que salir más temprano para poder cambiarme el uniforme y no llevarme ese olor al materno. Todos los cuidados los ejecuta con una constante protesta; demostrando verbal y gestualmente su desagrado.

## Comentario:

Ciertamente el olor característico que emana de los tejidos que presentan quemaduras y están invadidos de microorganismos (*Pseudomonas*) es poco o nada agradable; además el aseo del paciente es complicado, por las secreciones y fluidos que su cuerpo produce, el profesional de enfermería ha de cumplir su labor de manera eficiente, dando apoyo emocional y espiritual a esa persona que en su inconsciencia escucha todo lo que está pasando a su alrededor.

Kozier B.; Blais, K.; Erb. G. y Wilkinson, J (1999) señala "...cualquier habilidad o técnica de la comunicación terapéutica se basa en ocho principios: Aceptación, Interés, Respeto, Honestidad, Concreción, Asistencia, Permiso y Protección; los cuales sirven de pauta para interacciones eficaces con los enfermos" (p.154)

Profesional de enfermería: 4

Observador: Carlos De Berardinis

Fecha: 03-07-09

## Incidente o hecho específico observado:

Al cateterizar una vía arterial, se escucha a la enfermera decir: "caramba mira como me salpiqué el uniforme con sangre; cónchale él tiene esa vías difíciles"

**Comentario:**

Se pudo observar una expresión reflejo de algia, en el paciente, luego a ese comentario. A este respecto Kozier, B. (2005), señala lo siguiente: “Una punción venosa puede producir molestias durante algunos segundos...”(p. 1516)

Profesional de enfermería: 4

Observador: Carlos De Berardinis

Fecha: 24-12-09

Incidente o hecho específico observado:

Mientras se prepara una hidratación base, el pasante le comunica al paciente los beneficios que traerá esta solución a su organismo y la enfermera manifiesta: “Para qué tú le cuentas todo lo que haces”

Comentario:

Tener sensibilidad al ofrecer los cuidados es esencial para conocer los distintos niveles e intensidades de las expresiones y las necesidades espirituales de los pacientes. Tal y como lo plantea Watson, J. en su tercer factor asistencial “Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás”

Profesional de enfermería: R (EN ADELANTE IDENTIFICADA CON EL NÚMERO 5)

Observador: Carlos De Berardinis

Fecha: 31-05-09

Incidente o hecho específico observado:

Roselyn llega al servicio sobre las 7: 30 am y se le observa desayunar antes de iniciar sus acciones de enfermería. Roselyn recibe la evolución del paciente de boca de otra compañera y ésta, a su vez, recibió la guardia de cuatro pacientes del servicio, por las enfermeras del turno de la noche, luego procede a la administración del tratamiento que corresponde. Después se le escucha decir a Roselyn mientras impacta, con la planta de su mano, el brazo de su paciente: “Chica quédate tranquila que te vas a caer”. Roselyn antes de cumplir la rutina de higiene y confort, aumenta la sedación a la paciente y no se le escucho informar que procedimientos se llevarían a cabo. Incluso en un momento de la mañana a la paciente se le practicó una evaluación por ginecología y solo se observó como se le suministró más sedante a la paciente.

Comentario:

Durante el tiempo que tarda en cumplir las acciones de enfermería, de este turno, no se escuchó al profesional dirigirse a la paciente, para informar sobre su ubicación o sobre la fecha y hora. Se conoce lo importante de la Comunicación Terapéutica en los procesos curativos; así lo exponen en su libro, Delgado A., Juan C. (2005)

Nuestra idea del cuidado suele ser procurar su alimentación, hidratación, descanso, etc, pero normalmente se nos olvida la importancia que tiene la comunicación en dicho cuidado, pudiendo ser la misma

comunicación una forma de cubrir las necesidades de la persona enferma o afectada. (p. 80)

Profesional de enfermería: 5

Observadora: Marianela Chacín

Fecha: 12-01-10

Incidente o hecho específico observado:

Durante toda la jornada de trabajo la enfermera realiza, con profesionalismo, los cuidados como: control de signos, administración de medicamentos, higiene y confort, alimentación por Sonda naso-gástrica, higiene broncopulmonar y cura de métodos invasivos; en ningún momento se le escuchó dirigir una palabra al paciente, ni lo llama por su nombre. Sus movimientos muy técnicos sin llegar a ser bruscos, no parecen brindar, en ningún momento, el contacto táctil que proporciona a los pacientes seguridad y tranquilidad.

Comentario:

La rutina a que se ve sometido el profesional de enfermería en la UCI lo hace muchas veces actuar con automatismo, quizás restando importancia a dar: una caricia, una palmada afectuosa o un apretón de manos; que transmita al paciente un poco de seguridad al saberse acompañado en un ambiente tan hostil y agresivo. Así lo sustenta, refiriéndose al significado del sentimiento de seguridad, Espino, J. (2001), citado por Mogollón, Carmen y Pinto, Zoila; (2002), "...el enfermo se siente confiado y con garantía de su protección física, así como su protección emocional" (p. 3).

Profesional de enfermería: 5

Observador: Carlos De Berardinis

Fecha: 31-12-09

Incidente o hecho específico observado:

La profesional detecta que su paciente se lastima la palma de las manos al empuñar éstas; pues tiene las uñas largas. Por lo anterior, la enfermera, toma la decisión de cortarle las uñas y luego limarlas; todo lo realiza en silencio, sin participar a la paciente los beneficios que recibirá de esta acción.

Comentario:

El manejo de la vulnerabilidad, que pudiera experimentar la paciente al perder poder para decidir sobre su aspecto físico, es algo a ser considerado al mismo tiempo que se entiende vulnerabilidad como "la incapacidad de resistencia cuando se presenta un fenómeno amenazante, o la incapacidad para reponerse después de que ha ocurrido" así lo expone un reporte de la Instituto Internacional para la Prevención de Desastres. (2011)

Profesional de enfermería: A (EN ADELANTE IDENTIFICADA CON EL NÚMERO 6)

Observador: Carlos De Berardinis

Fecha: 05-06-09

Incidente o hecho específico observado:

Aida, mientras realiza el baño en cama, se le escucha comentar: “Este paciente me recuerda a un enfermero del Vargas”. Posteriormente se llevan a cabo los preparativos para trasladar el paciente a la dependencia, donde se le realizará un TAC y no se escucho a la enfermera informar de esta novedad al paciente; mientras se lo observó bastante agitado. Justo antes de salir se observó cuando se le administró al paciente una dilución sedante(4 cc de Doricum).

Comentario:

Durante el tiempo que se invierte en la preparación del paciente los comentarios escuchados sobre él nunca fueron dirigidos a su persona y se oyó decir en repetidas ocasiones, es preferible llevárselo bien sedado. Para continuar la idea, el autor González M., Ricardo, (2006), propone:

Es importante recordar que las enfermedades producen frecuentemente un regreso a conductas inmaduras superadas durante el desarrollo personal (mecanismo de regresión) y que este fenómeno se manifiesta por inseguridad, cambios afectivos bruscos, incapacidad para tolerar frustraciones y sobre todo, por una demanda permanente de afecto. Estos elementos, entre otros, son los responsables de que en las relaciones con el médico se demuestre irritabilidad, indisciplina, reclamo constante de atención y, sobre todo, una gran sensibilidad ante cualquier manifestación verbal o extraverbal del equipo, que no satisfaga su necesidad de afecto.

Profesional de enfermería: 6

Observador: Carlos De Berardinis

Fecha: 20-09-09

Incidente o hecho específico observado:

Durante la realización de una cura por traumatología, no se escuchó a la enfermera informar de la novedad al paciente y éste durante la realización del procedimiento presentó: movimientos de retirada del miembro y facias de dolor.

Comentario:

Las acciones preferidas por enfermería, en este caso es el suministro de fármacos que minimicen las respuestas de los pacientes, si bien es cierto que la disminución de la sensación dolorosa es útil para facilitar la colaboración del sujeto, no es menos cierto que el tener conocimiento sobre un procedimiento a realizarse sobre la humanidad del mismo puede hacer que adapte su respuesta a la necesidad que amerita la acción que se llevará a cabo. Igualmente este aspecto queda claro en los derechos de los pacientes, que expone Kozier, B. (2005), “ El paciente tiene derecho a ser informado

de las políticas y prácticas...en relación con la asistencia, el tratamiento y las responsabilidades...” para con él.

Profesional de enfermería: 6

Observador: Carlos De Berardinis

Fecha: 05-10-09

Incidente o hecho específico observado:

Durante la realización de una cura por cirugía plástica, no se escuchó a la enfermera informar de la novedad al paciente, quien presentaba quemaduras considerables y éste durante la realización del procedimiento presentó: elevación de sus signos vitales como: FC y TA; además facias de dolor.

Comentario:

Se debe tomar conciencia de la importancia que tiene informar al paciente de los procedimientos que se practicarán; esto puede producir un efecto tranquilizador en el paciente, al tiempo que respeta su integridad como persona. Igualmente este aspecto queda claro en los derechos de los pacientes, que expone Kozier, B. (2005), “ El paciente tiene derecho a ser informado de las políticas y prácticas...en relación con la asistencia, el tratamiento y las responsabilidades...” para con él.

Profesional de enfermería: N (EN ADELANTE IDENTIFICADA CON EL NÚMERO 7)

Observador: Carlos De Berardinis

Fecha: 05-06-09

Incidente o hecho específico observado:

Al realizar un procedimiento de higiene broncopulmonar, el pasante-observador; le manifiesta a la paciente que se encuentra refrenada para evitar que se lastime y que se le practicará el procedimiento anteriormente señalado, igualmente se le solicita a la paciente se relaje y colabore para llevar a cabo la aspiración de secreciones lo mas confortablemente para ella. Se oyó a la enfermera decir: “Ya que te hará caso; le voy a contar a las chicas del llanito”

Comentario:

La interacción entre los seres humanos es una actitud inherente a su naturaleza. Apoyado esto en la relación interpersonal de orientación, planteada por Kozier, B. (2005), al citar a Peplau, H.: “...la enfermera ayuda al paciente a comprender el problema y el nivel de ayuda que precisa.”(p. 41)

Profesional de enfermería: 7

Observador: Carlos De Berardinis

Fecha: 01-10-09

Incidente o hecho específico observado:

Se recibe a paciente, identificado como Narcodependiente, con secreción por su pene y lesiones en el ano y mientras se realiza el aseo perianal se escuchan comentarios, como: “Este no solo le gusta meterse drogas”

## Comentario:

Es vital que en toda relación humana exista respeto y mucho más, cuando se habla, del respeto a la dignidad e intimidad del paciente por parte del personal de enfermería que lo trata. Igualmente este aspecto queda claro en los derechos de los pacientes, que expone Kozier, B. (2005), “ El paciente tiene derecho a todas las consideraciones en cuanto a su intimidad...de forma que se proteja...”

Profesional de enfermería: 7

Observador: Carlos De Berardinis

Fecha: 05-11-09

Incidente o hecho específico observado:

Suministro de dieta por sonda nasogástrica donde no se escuchó decir a la enfermera que se realizaría ese procedimiento

Comentario:

Informar del procedimiento al paciente puede ayudar a que este se sienta partícipe de su tratamiento, además de tomado en cuenta. En este orden de ideas explica Kozier, B. (2005), “Aclárele que la alimentación no debe producir ninguna molestia pero puede provocar una sensación de plenitud.” (p. 1326)

Profesional de enfermería: L (EN ADELANTE IDENTIFICADA CON EL NÚMERO 8)

Observador: Carlos De Berardinis

Fecha: 19-06-09

Incidente o hecho específico observado:

Luisa durante el baño en cama de un paciente masculino, se le escuchó decir: “hay que afeitarlo en sus genitales; pues acá antes se afeitaba a todos los pacientes...continua...Yo a mi novio le quito todo, no me gustan los pelos, hay no”. Al mismo tiempo no se escuchó comunicar al paciente que se estaba resguardando su pudor al usar un paraban y así evitar que fuera visto, por quien circulaba en la zona.

Comentario:

Los pacientes conscientes o no tienen derecho al resguardo de su intimidad. Igualmente este aspecto queda claro en los derechos de los pacientes, que expone Kozier, B. (2005), “ El paciente tiene derecho a todas las consideraciones en cuanto a su intimidad...de forma que se proteja...”

Profesional de enfermería: 8

Observador: Carlos De Berardinis

Fecha: 13-12-09

Incidente o hecho específico observado:

Durante la preparación para extraer una muestra de sangre que servirá en la determinación de gases arteriales y la posterior cateterización de una vía central, el pasante informa a la paciente de los pasos que se realizarán; así mismo manifiesta a la paciente que está en buen estado y condiciones para el procedimiento. Mientras tanto

la enfermera verbaliza: “Tú si eres cómico, ella no te está escuchando y además que entiende ella; anda rápido termina de buscar las cosas que nos faltan”

Comentario:

La consideración sobre que el paciente es una persona y cómo tal merece se le brinde la importancia que posee, es algo que enfermería no debe perder de vista; pues el eje de las acciones debe estar enfocado hacia y por el paciente. A este respecto Kozier, B. (2005), señala lo siguiente: “ Una punción venosa puede producir molestias durante algunos segundos...”(p. 1516)

Profesional de enfermería: 8

Observador: Carlos De Berardinis

Fecha: 12-01-10

Incidente o hecho específico observado:

Ante un paciente en muy malas condiciones: hipertérmico, con hemorragia por vía bucal, descompensado electrolíticamente y con diagnóstico de CA. La profesional manifiesta y se le escucha decir: “Con él eso de hablarle no funciona, pues yo no creo que él se de cuenta de nada de lo que está pasando”; posteriormente le manifiesta a la pasante quien la acompaña: “tú que dices... le hablamos, que tal”. Luego pasados unos minutos, dirigiéndose al observado dice: “Carlos viste el paciente está listo...se murió; lo arreglo rápido, por qué tú sabes que se pone tieso y me voy a cambiar, quiero llegar temprano hoy al otro trabajo”

Comentario:

Se pudiera decir que la profesional desconoce que una de las labores de enfermería es el ayudar a bien morir, dando soporte al paciente en ese momento crítico y no solo ocuparse de las medidas que forman parte del cuidado fisiopatológico o Cuidado Humano. El otro punto que llama la atención es, el significado de la expresión “...el paciente está listo”; mucho más cuando se relaciona con el concepto de dignificar a la humanidad de la persona. También la premura en realizar actividades personales, no brinda espacio a la realidad donde un ser ha muerto y dejado a una familia en duelo.

Profesional de enfermería: A´ (EN ADELANTE IDENTIFICADA CON EL NÚMERO 9)

Observadora: Reyna Pérez

Fecha: 08-12-09

Incidente o hecho específico observado:

Al realizar el procedimiento de lavado peri-anal y cambio de lencería de la cama. La enfermera realizó grandes esfuerzos para movilizar de manera segura a la paciente, en estado inconsciente, cuidando de todos los métodos invasivos; en ningún momento se le escuchó al profesional informarle a la paciente que sería movilizadora, al tiempo que le era realizado un aseo de sus genitales y le sería cambiado el pañal para que estuviese más cómoda.

Comentario:  
 Informar del procedimiento.

Profesional de enfermería: 9  
 Observadora: Marianela Chacín  
 Fecha: 15-01-10

Incidente o hecho específico observado:

En la ejecución del aseo de un paciente con larga estadía en la UTIA, una pasante que ayuda a la enfermera encargada, aplica una crema hidratante al paciente y aprovecha de darle un masaje corporal. La enfermera le dice que no pierda tanto tiempo en eso y que la ayude en otras cosas más importantes.

Comentario:

Ciertamente se debe jerarquizar las necesidades de un paciente, pero en el caso antes expuesto, el paciente estaba estable y no había ningún procedimiento o intervención que impidiera dar el masaje; éste ayuda a la mejor hidratación de la piel y a optimizar la circulación, además de proporcionar: bienestar, relajación y aunado a la palabra puede dar tranquilidad al paciente. En el marco de la comunicación terapéutica, figura la No verbal; referida a transmitir mensajes por medio del: tacto, los gestos, entre otros.

Kozzier B.; Blais, K.; Erb. G. Y Wilkinson, J (1999) "... los mensajes que se envían y reciben sin utilizar las palabras" (p.153), en ello participan los sentidos, es la percepción de contenidos o mensajes que se envían a través de canales distintos al habla o la escritura; es decir, gestos, contacto visual, tacto; lo que está relacionado con signos no lingüísticos.

Profesional de enfermería: 9  
 Observador: Reyna Pérez  
 Fecha: 18-01-10

Incidente o hecho específico observado:

Durante el baño en cama se utilizaron parabanos, para cubrir la humanidad del paciente y sin embargo no se le informó a él del procedimiento. Mientras tanto la profesional narraba un incidente ocurrido en el otro centro donde presta servicios.

Comentario:

Informar del procedimiento.

Profesional de enfermería: J (EN ADELANTE IDENTIFICADA CON EL NÚMERO 10)

Observador: Carlos De Berardinis  
 Fecha: 13-12-09

Incidente o hecho específico observado:

Ante una hipertermia persistente, producto de una cangrena y posterior amputación, de miembro inferior derecho, el profesional manifiesta que una alternativa es colocar compresas húmedas en axilas e ingle; luego cuando se iba a aplicar la medida el enfermero verbalizó: “este paciente si está hediondo y seguro se muere”

Comentario:

Es importante recordar que los comentarios efectuados ante el paciente deben ser en pro de su recuperación y estabilidad y nunca para posiblemente alterar su estado anímico general.

Profesional de enfermería: 10

Observador: Carlos De Berardinis

Fecha: 25-12-09

Incidente o hecho específico observado:

Durante la administración de tratamiento; el cumplimiento de la higiene broncopulmonar; higiene general y confort; los cuidados oftálmicos y la atención directa al paciente. El enfermero y el pasante intercambian información relativa al paciente, dirigiéndose a él, para establecer sus mejorías con respecto al momento de su ingreso; usan comentarios como: “esta laceración ya está sanando y el edema del tobillo ha disminuido también”

Comentario:

Brindar aliento al paciente

Profesional de enfermería: 10

Observador: Carlos De Berardinis

Fecha: 10-01-10

Incidente o hecho específico observado:

Se informa al paciente que será anestesiado para realizar una cura de las áreas quemadas en su cuerpo y así asegurarle que no sentirá dolor durante el procedimiento

Comentario:

Informar del procedimiento

## Anexo C

Universidad Central de Venezuela  
Facultad de Medicina  
Escuela de Enfermería  
Estudios Universitarios Supervisados

### CUESTIONARIO DESTINADO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Un cordial saludo, de antemano reciba nuestra gratitud más sincera por su colaboración al realizar el presente cuestionario; éste se lleva a cabo exclusivamente con la finalidad de recolectar información sobre el Cuidado Humanizado, entre profesionales del área de Enfermería, para la presentación de un Trabajo Especial de Grado, cuyo manejo será estrictamente confidencial.

1.- Seleccione según su sexo: Femenino \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_

2.- Escriba su edad \_\_\_\_\_ años

3.- Señale título universitario que usted posee: TSU \_\_\_\_ Licenciada(o) \_\_\_\_

4.- ¿Qué es el Cuidado Humanizado?

---

---

---

5.- Escriba 2 ó 3 características del Cuidado Humanizado.

---

---

---

6.- Diga la importancia del Cuidado Humanizado.

---

---

---

7.- Considera usted que sus cuidados al paciente inconsciente, corresponden al Cuidado Humanizado. Razone su respuesta.

---

---

8.- ¿Cuál sería el beneficio de informar, a un paciente inconsciente, el nombre del personal de enfermería que lo atiende y que el mismo estará a su lado para solventar sus necesidades y requerimientos?

---

---

---

9.- ¿Cuál es la importancia de que usted le comente, a un paciente inconsciente, la fecha y hora; así como el lugar donde se encuentra?

---

---

---

10.- ¿Cuál sería el beneficio, si usted le deja saber verbalmente, a un paciente inconsciente; que puede confiar en que usted está allí para cuidarlo(a) y que no corre riesgo en ese ambiente?

---

---

---

11.- ¿Cuál sería el beneficio de que usted le deje saber a través del tacto, a su paciente inconsciente; estrechando su mano, por ejemplo; que puede confiar en que usted está allí para cuidarlo(a)?

---

---

---

12.- ¿Cuáles serían los beneficios, al tener un paciente inconsciente, de hablarle en un tono de voz apacible y usando mensajes afirmativos, informándole que la finalidad de los procedimientos que le son practicados, es restituir su salud?

---

---

---

13.- ¿Cuál es la importancia, cuándo su paciente está inconsciente, que usted le diga que sus familiares podrán visitarlo(a) y están pendientes de él (ella)?

---

---

---

14.- ¿Cuáles serían los beneficios, al tener un paciente inconsciente, de hablarle en un lenguaje acorde a su nivel de instrucción, alentándole basado en sus progresos y/o estabilidad, en su estado de salud?

---

---

---

15.- ¿Cuáles serían los beneficios, al tener un paciente inconsciente, de hacer uso de las creencias religiosas del paciente para reconfortarlo, comentándole sobre ellas?

---

---

---

**MUCHAS GRACIAS**

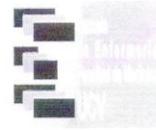






**Anexo E-1****APROBACIÓN DE LAS VALIDADORAS PARA LOS INSTRUMENTOS**

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**APROBACIÓN DE LA (EL) VALIDADORA (OR) PARA EL INSTRUMENTO**

Yo, Nancy Albornoz S., C.I. 2980764; luego de leer los instrumentos que serán utilizados en el Trabajo Especial de Grado, presentado por los T.S.U. en Enfermería: Marianela Chacín Fuentes, C.I. 10.381.543, Carlos De Berardinis, C.I. 6.181.230 y Reyna Pérez, C.I. 6.904.721; considero que todos reúnen los requisitos y condiciones suficientes para ser aplicados.

En la Ciudad de Caracas, a los 26 días del mes de Abril de 2011.

  
Licenciada Nancy Albornoz  
2980764

**Anexo E-2**

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**APROBACIÓN DE LA (EL) VALIDADORA (OR) PARA EL INSTRUMENTO**

Yo, Susana S. Maruri E., C.I. 17756885; luego de leer los instrumentos que serán utilizados en el Trabajo Especial de Grado, presentado por los T.S.U. en Enfermería: Marianela Chacín de Fuentes, C.I. 10.381.543, Carlos De Berardinis, C.I. 6.181.230 y Reyna Pérez, C.I. 6.904.721; considero que estos reúnen los requisitos y condiciones suficientes para ser aplicados.

En la Ciudad de Caracas, a los 02 días del mes de Mayo de 2011.

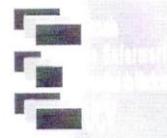
Licenciada Susana Maruri

C.I.: 17756885

### Anexo E-3



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



#### APROBACIÓN DE LA (EL) VALIDADORA (OR) PARA EL INSTRUMENTO

Yo, Alba M. Aguilera H., C.I. 8453899; luego de leer los instrumentos que serán utilizados en el Trabajo Especial de Grado, presentado por los T.S.U. en Enfermería: Marianela Chacín Fuentes, C.I. 10.381.543, Carlos De Berardinis, C.I. 6.181.230 y Reyna Pérez, C.I. 6.904.721; considero que estos reúnen los requisitos y condiciones suficientes para ser aplicados.

En la Ciudad de Caracas, a los 11 días del mes de Abril de 2011.

Alba Aguilera

Licenciada Alba Aguilera

C.I.: 8453899

MSC. Alba M. Aguilera H.  
C.I. 8.453.899  
C.E.C. N° 8591

**Anexo F**  
**DETERMINACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL**  
**CUESTIONARIO, EN BASE AL MÉTODO DE MITADES**  
**PARTIDAS (splits-halves)**

Dimensi ones	Sub- indicad ores	Postulados de la Teoría del Cuidado Humaniza do	Items/ Indivi duos	01	02	03	Conclus iones
				M	F	M	
				36 años	23 años	26 años	
				L	T	L	
Informa ción	Posee informa ción sobre Cuidado o Humani zado	Es una idea moral que incluye la ocasión real del cuidado transperson al, existiendo una relación de cuidado auténtica entre la enfermera y el paciente; con apoyo sólido en las ciencias y las humanidade s, ofreciendo una orientación: fenomenoló gica, existencial y espiritual.*  Valores humanístico	4  5  6	cuidados destinad os a preserva r la integrida d del paciente   continui dad, segurida d, empatía, técnica y dedicaci ón	protecci ón brindada a un individu o  respeto, honestid ad, conscien cia, dedicaci ón	atenci ón direct a que se brind a al usuari o	Las respuest as emitidas por los sujetos no contiene n toda la informac ión de la Teoría y se puede evidenci ar que son más cónsonas con el concepto de Cuidado Humano  Son enunciad as caracterí sticas como empatía

		<p>s, altruistas, Calidez, Autoaceptación, Transpersonalidad, Coherencia, Empatía(capacidad para la experiencia, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona y para comunicar aquellas comprensiones) y Comunicación Eficaz(tiene componentes de respuesta: cognitivas, afectuosas y conductuales).*</p> <p>Permite al tratar a los demás como personas únicas, percibir los</p>		<p>y facilita la recuperación</p>	<p>d y tranquilidad</p>	<p>y sin embargo no se observa la comunicación como un elemento característico de este tipo de cuidado.</p> <p>Se desconoce la significación del trato al paciente como persona individual y dignificando su condición de ser humano. El sujeto 03, que no respondió, da prueba de ignorar</p>
--	--	---	--	-----------------------------------	-------------------------	--

		sentimientos del otro y reconocer su condición de único. Deja explícito que los seres humanos no pueden ser tratados como objetos y no pueden ser separados de su personalidad, de los otros, de la naturaleza y del universo más extenso.*					la Teoría.
Cuidado Humanizado	Brinda Cuidado o humanizado al paciente inconsciente	Práctica efectuada con conciencia; base sólida de humanidad; relaciones interpersonales y conocimiento que alguien necesita cuidado; intención de actuar y	7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15	abarcando cuidados humanos y también intensivos se le transmite seguridad y bienestar al enfermo disminuir la ansiedad	brindar seguridad y confianza calma la ansiedad		Se observa la expresión de las finalidades que ha de tener el cuidado; mas no así de una conducta de comunicación

		acciones basadas en el conocimiento; cambio positivo como resultado del cuidado, juzgado únicamente en función del bienestar de los demás; se busca la forma de establecer una relación que el paciente pueda utilizar para su propio crecimiento personal.*		; tranquiliza y facilita su recuperación permitir que el paciente se ubique en el contexto de su enfermedad			que permita la interrelación transpersonal con el paciente inconsciente. <b>Así el cuestionario muestra congruencia entre las respuestas de la primera y segunda sección para cada individuo; haciendo precisa su medida.</b>
--	--	--	--	---	--	--	---

\* Tomado de: Mariner T., Ann (2003) 145 – 156 pp.

Sexo	Título Universitario
Masculino = M	Licenciada(o) = L
Femenino = F	TSU = T

**Anexo G-1**  
**REGISTROS DE LAS GUÍA DE OBSERVACIÓN**  
**Primer registro**

Indv/Ítems Fecha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total Ítems S	Total Ítems CS	Total Ítems CN	Total Ítems N	Total Ítems
<b>1</b> <b>13/11/09</b>	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	02 – 18,18 %			09 – 81,81 %	11- 10 0%
<b>2</b> <b>01/12/09</b>	3	0	3	3	0	0	0	3	0	0	0	04- 36,36 %			07- 63,63 %	11- 10 0%
<b>3</b> <b>31/10/09</b>	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	01- 9,09 %		01- 9,09 %	09 – 81,81 %	11- 10 0%
<b>4</b> <b>21/11/09</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01- 9,09 %			10- 90,90 %	11- 10 0%
<b>5</b> <b>15/11/09</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01- 9,09 %			10- 90,90 %	11- 10 0%
<b>6</b> <b>05/06/09</b>	3	3	3	3	0	0	0	3	0	0	3	06- 54,54 %			05- 45,45 %	11- 10 0%
<b>7</b> <b>08/11/09</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01- 9,09 %			10- 90,90 %	11- 10 0%
<b>8</b> <b>19/06/09</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01- 9,09 %			10- 90,90 %	11- 10 0%
<b>9</b> <b>13/12/09</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				11- 100	11- 10

<b>09</b>																	%	0%	
<b>10 19/12/ 09</b>	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01- 9,9%	10- 90,90 %	11- 10 0%
<b>Totale s</b>	1 0	17 $\Sigma/10$ =1,7	1 $\Sigma/10$ =0,1	1 $\Sigma/10$ =0,1	91 $\Sigma/10$ =9,1	11 0													

<b>VALOR</b>	<b>ALTERNATIVA</b>	<b>SIMBOLOGÍA</b>
0	Nunca	N
1	Casi Nunca	CN
2	Casi Siempre	CS
3	Siempre	S

## Anexo G-2

### Segundo registro

Indv/Ítems Fecha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total Ítems S	Tot al Íte ms CS	Total Ítems CN	Total Ítems N	Tot al Íte ms
<b>1</b> <b>16/11/</b> <b>09</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01- 9,09 %			10- 90,90 %	11- 100 %
<b>2</b> <b>04/12/</b> <b>09</b>	3	0	3	3	3	0	0	3	0	0	0	05- 45,45 %			06- 54,54 %	11- 100 %
<b>3</b> <b>01/11/</b> <b>09</b>	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	01- 9,09 %		01- 9,09 %	09 – 81,81 %	11- 100 %
<b>4</b> <b>22/11/</b> <b>09</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01- 9,09 %			10- 90,90 %	11- 100 %
<b>5</b> <b>25/11/</b> <b>09</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01- 9,09 %			10- 90,90 %	11- 100 %
<b>6</b> <b>20/07/</b> <b>09</b>	3	3	3	3	0	0	0	3	0	0	0	05- 45,45 %			06- 54,54 %	11- 100 %
<b>7</b> <b>18/11/</b> <b>09</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01- 9,09 %			10- 90,90 %	11- 100 %
<b>8</b> <b>12/07/</b> <b>09</b>	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	02- 18,18 %			09 – 81,81 %	11- 100 %

<b>9 25/12/ 09</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01- 9,09 %			10- 90,90 %	11- 100 %
<b>10 20/12/ 09</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				11- 100%	11- 100 %
<b>Totale s</b>	1 0	18 $\Sigma/10$ =1,8		1 $\Sigma/10$ =0,1		91 $\Sigma/10$ =9,1	110													

<b>VALOR</b>	<b>ALTERNATIVA</b>	<b>SIMBOLOGÍA</b>
0	Nunca	N
1	Casi Nunca	CN
2	Casi Siempre	CS
3	Siempre	S

### Anexo G-3

#### Tercer registro

Indv/Ítems Fecha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total Ítems S	Total Ítems CS	Total Ítems CN	Total Ítems N	Total Ítems
<b>1</b> <b>18/11/09</b>	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	02-18,18 %			09 – 81,81 %	11-10 0%
<b>2</b> <b>08/12/09</b>	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	02-18,18 %			09 – 81,81 %	11-10 0%
<b>3</b> <b>10/11/09</b>	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	01-9,09 %		01-9,09 %	09 – 81,81 %	11-10 0%
<b>4</b> <b>23/11/09</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01-9,09 %			10-90,90 %	11-10 0%
<b>5</b> <b>28/11/09</b>	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		01-9,09 %		10-90,90 %	11-10 0%
<b>6</b> <b>14/11/09</b>	3	3	3	3	0	0	0	3	0	0	3	06-54,54 %			05-45,45 %	11-10 0%
<b>7</b> <b>21/11/09</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01-9,09 %			10-90,90 %	11-10 0%
<b>8</b> <b>13/12/09</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01-9,09 %			10-90,90 %	11-10 0%
<b>9</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01-			10-	11-

<b>15/01/10</b>												9,09 %			90,90 %	10 0%
<b>10 04/01/ 10</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				11- 100 %	11- 10 0%
<b>Totale s</b>	1 0	15 $\Sigma/10$ =1,5	1 $\Sigma/10$ =0,1	1 $\Sigma/10$ =0,1	93 $\Sigma/10$ =9,3	11 0										

<b>VALOR</b>	<b>ALTERNATIVA</b>	<b>SIMBOLOGÍA</b>
0	Nunca	N
1	Casi Nunca	CN
2	Casi Siempre	CS
3	Siempre	S

### Anexo G-4

#### Cuarto registro

Indv/Í tems Fecha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total Ítems S	Tot al Íte ms CS	Total Ítems CN	Total Ítems N	Tot al Íte ms
<b>1</b> <b>23/11/</b> <b>09</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01- 9,09 %			10- 90,90 %	11- 100 %
<b>2</b> <b>27/12/</b> <b>09</b>	3	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	03- 27,27 %			08- 72,72 %	11- 100 %
<b>3</b> <b>21/12/</b> <b>09</b>	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	01- 9,09 %		01- 9,09 %	09 – 81,81 %	11- 100 %
<b>4</b> <b>04/01/</b> <b>10</b>	3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	01- 9,09 %		08- 72,72 %	02- 18,18 %	11- 100 %
<b>5</b> <b>29/11/</b> <b>09</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01- 9,09 %			10- 90,90 %	11- 100 %
<b>6</b> <b>19/11/</b> <b>09</b>	3	3	3	3	0	0	0	3	0	0	3	06- 54,54 %			05- 45,45 %	11- 100 %
<b>7</b> <b>22/11/</b> <b>09</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01- 9,09 %			10- 90,90 %	11- 100 %
<b>8</b> <b>24/12/</b> <b>09</b>	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	02- 18,18 %			09 – 81,81 %	11- 100 %

<b>9 20/01/ 10</b>	3	0	3	0	0	0	3	3	0	0	3	05- 45,45 %			06- 54,54 %	11- 100 %
<b>10 05/01/ 10</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01- 9,09 %			10- 90,90 %	11- 100 %
<b>Totale s</b>	1 0	22 $\Sigma/10$ =2,2		09 $\Sigma/10$ =0,9	79 $\Sigma/10$ =7,9	110										

<b>VALOR</b>	<b>ALTERNATIVA</b>	<b>SIMBOLOGÍA</b>
0	Nunca	N
1	Casi Nunca	CN
2	Casi Siempre	CS
3	Siempre	S

### Anexo G-5

#### Quinto registro

Indv/Ítems Fecha	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total Ítems S	Total Ítems CS	Total Ítems CN	Total Ítems N	Total Ítems
<b>1</b> <b>20/01/</b> <b>10</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01- 9,09 %			10- 90,90 %	11- 10 0%
<b>2</b> <b>02/01/</b> <b>10</b>	3	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	03- 27,27 %			08- 72,72 %	11- 10 0%
<b>3</b> <b>23/12/</b> <b>09</b>	3	0	0	0	0	2	1	2	2	1	0	01- 9,09 %	03- 27,27 %	02- 18,18 %	05- 45,45 %	11- 10 0%
<b>4</b> <b>06/01/</b> <b>10</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01- 9,09 %			10- 90,90 %	11- 10 0%
<b>5</b> <b>19/12/</b> <b>09</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01- 9,09 %			10- 90,90 %	11- 10 0%
<b>6</b> <b>24/11/</b> <b>09</b>	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	03- 27,27 %			08- 72,72 %	11- 10 0%
<b>7</b> <b>01/01/</b> <b>10</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01- 9,09 %			10- 90,90 %	11- 10 0%
<b>8</b> <b>20/01/</b> <b>10</b>	3	0	3	0	0	0	3	0	0	0	0	03- 27,27 %			08- 72,72 %	11- 10 0%
<b>9</b>	3	3	3	0	0	3	3	3	0	0	3	07-			04-	11-

<b>28/01/10</b>												63,63 %			36,36 %	10 0%
<b>10 06/01/10</b>	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01- 9,09 %			10- 90,90 %	11- 10 0%
<b>Totales</b>	1 0	22 $\Sigma/10$ =2,2	03 $\Sigma/10$ =0,3	02 $\Sigma/10$ =0,2	83 $\Sigma/10$ =8,3	11 0										

<b>VALOR</b>	<b>ALTERNATIVA</b>	<b>SIMBOLOGÍA</b>
0	Nunca	N
1	Casi Nunca	CN
2	Casi Siempre	CS
3	Siempre	S

**Anexo H**  
**CUADRO DE CATEGORIZACIÓN PARA LOS DATOS DE LOS**  
**REGISTROS ANECDÓTICOS**

Profesional de enfermería observado	Actividades que realiza el personal de enfermería	Actitud del personal de enfermería	Percepción de la enfermera	Categoría
1	Recibir el paciente; control horario de signos vitales; administración de medicamentos; procedimientos de higiene y confort* * y verificar método invasivos	No se dirige al paciente para informarle de lo que se llevará a cabo; tendencia al suministro de sedantes, que faciliten la manipulación del paciente “Porfa, ayuda necesito 10 voluntarios o una grúa para voltear a esta gordita”	Eso no le duele, porque está sedada  Se irrespeta la dignidad del paciente	Indolente
2	*	No informa al paciente del procedimiento a realizar; apatía ante las facies de algias en el paciente No se informa de lo que identifica al paciente como individuo	No conoce el nombre de su paciente	Mecánica
3	*	Antepone sus necesidades, llamada telefónica, a las del paciente No se dirige al paciente durante	El paciente no siente nada, porque está “planchado” “Está feo para la foto”	Indolente

		toda la guardia Realiza comentarios con las compañeras sobre sus actividades y sobre el paciente		
<b>4</b>	Recibir el paciente; control horario de signos vitales; administración de medicamentos; higiene broncopulmonar; cateteriza vía arterial	Protesta constante al realizar las actividades, por el olor que despiden las quemaduras del paciente Se realiza el procedimiento sin las medidas de barrera requeridas	Asco y repulsión  Sus comentarios, no tienen efecto sobre el paciente; éste no escucha	Reprochadora
<b>5</b>	*  * y alimentación por SNG	Seda al paciente, sin informar sobre el procedimiento Hacer contacto táctil, con el paciente, en forma brusca con el fin de llamar su atención No se dirige al paciente durante toda la guardia	El hablar a un paciente inconsciente no es importante	Indolente
<b>6</b>	*	Realiza comentarios sobre el paciente sin dirigirse a éste	Es preferible trabajar con el paciente bien sedado	Mecánica

<b>7</b>	*	Descalifica la actitud del pasante al informar a la paciente sobre su condición	La paciente no tiene posibilidades de escuchar, luego no vale la pena informarle sobre las acciones. “ya que te hará caso”	Mecánica
<b>8</b>	*	Realiza comentarios sobre el paciente, sin dirigirse a éste e igualmente sobre su propia intimidad	El paciente no tiene control sobre lo que le acontece	Indolente
<b>9</b>	Realiza baño en cama	Dice: “no pierdas tanto tiempo en eso y ayúdame en otras cosas más importantes”	Lo importante es el tratamiento médico	Mecánica
<b>10</b>	Realiza higiene y confort; por repetidas evacuaciones líquidas del paciente	Dice: “otra vez y entonces...”	Yo estoy aquí para hacer otras cosas	Reprochador

Identificación del personal:

Enfermera	Identificación del nombre por iniciales*
1	T
2	C
3	M
4	C´
5	R
6	A
7	N
8	L
9	A´
10	J

\*Nombre solo para ser manejado por los investigadores

**APÉNDICES**

## APÉNDICE A

### TABLA ESTADOS DE CONCIENCIA

<b>Estado</b>	<b>Descripción</b>
<b>Plena Conciencia</b>	Alerta; orientado respecto a tiempo, lugar, persona; comprende palabras habladas y escritas
<b>Desorientado</b>	No orientado respecto a tiempo, lugar o personas
<b>Confuso</b>	Conciencia reducida, fácilmente desconcertados; poca memoria, interpreta mal los estímulos; discernimiento alterado
<b>Estupor</b>	Adormecimiento extremo pero responde a los estímulos
<b>Semicomatoso</b>	Puede despertar por estímulos extremos o repetidos
<b>Coma</b>	No responde a los estímulos

Fuente. Kozier, B. (2005) p. 1026

## APÉNDICE B

### ESCALA DE GLASGOW

#### Apertura de ojos

Espontánea	4
A la voz	3
Al dolor	2
Ninguna	1

#### Respuesta verbal

Orientado	5
Confuso	4
Inapropiada	3
Incomprensible	2
Ninguna	1

#### Respuesta motora

A ordenes	6
Localiza el dolor	5
Retirada ante dolor	4
Flexión inapropiada	3
Extensión	2
Ninguna	1

Una vez obtenido las respuestas a estos tres parámetros se suman y en base a la Escala de Glasgow ( ECG) se diferencian 3 categorías:

#### Categorías del grado de estado del paciente según la escala de Glasgow

Glasgow entre 14-15	<b>Glasgow leve</b>
Glasgow entre 9-13	<b>Glasgow moderado</b>
Glasgow de 8 o menos	<b>Glasgow grave</b>

Fuente. [Publicación en línea]; Disponible: [http://www.tubuenasalud.com/Articulos/Procedimientos/Escala%20de%20Glasgow%20-%20exploraci%C3%B3n%20neurol%C3%B3gica%20-%20traumatismo%20cr%C3%A1neo%20encef%C3%A1lico%20\(TCE\).aspx](http://www.tubuenasalud.com/Articulos/Procedimientos/Escala%20de%20Glasgow%20-%20exploraci%C3%B3n%20neurol%C3%B3gica%20-%20traumatismo%20cr%C3%A1neo%20encef%C3%A1lico%20(TCE).aspx) [Consulta: 2009, Septiembre 21, 3:45pm]

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias, F. (2006). El Proyecto de Investigación: Introducción a la Metodología Científica. Caracas; Episteme.
- Bandura, A. (1986). Pensamiento y Acción. Fundamentos Sociales. Englewood Cliffs, USA. Prentice-Hall, Inc.
- Balderas, M. (1998). Ética de Enfermería. México. McGraw-Hill Interamericana.
- Balanza, N. (1997). El significado del cuidado de enfermería en la perspectiva del paciente adulto hospitalizado. México. Cienc Enferm.
- Cardoza, M. y Navas, A. (2006). Cuidado Humanizado de Enfermería a usuarios que vivencian enfermedad de Hansen, tratada en la consulta de dermatología del Hospital tipo I “Dr. Juan Aponte” Mepo. Girardot del Estado Cojedes. Trabajo especial de Grado para optar al título de licenciado en enfermería no publicado, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Constitución de La República Bolivariana de Venezuela. (1999). Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.453 de la República Bolivariana de Venezuela. 24 de marzo de 2000.
- Cuesta B., C. de la. (2006). Teoría Fundamentada en los Datos (*Grounded Theory*) así como las Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. Nure Investigación, n° 25.
- Diccionario de la lengua española © 2005 Espasa-Calpe
- Delgado A., Juan C.(2005). componentes Hernández Martín, Francisca; Hernández Rivas, Aurora y Nogales, Amparo; Los cuidados del confort en el final de la vida: Responsabilidad enfermera; Espert. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.
- Grif A., J. (2000). Cuidados Intensivos de Enfermería en el Adulto. México. McGraw – Hill Interamericana.
- Guber, R. (2001). Etnografía. Método, campo y reflexividad. Buenos Aires. Norma.
- Gutiérrez L., P. (2003). Procedimientos en la Unidad de Cuidados Intensivos. México. McGraw – Hill Interamericana.
- Guyton, A. C. y col (2003). Manual de Fisiología Médica. Madrid. McGraw – Hill Interamericana.

- Hallas, Ch.; Fraser, W y Mac Gillivray, R. (1995). Cuidado y Educación del Subnormal. Salvat. España
- Hammersley y Atkinson. (1994). Etnografía: Métodos de Investigación. México. Paidós.
- Hernández Sampieri, R. y col (1996). Metodología de la Investigación. México. McGraw – Hill Interamericana de México.
- Kozier B. y col (1991). Fundamentos de Enfermería: Conceptos Procesos y Práctica. Madrid. Mc Graw Hill.
- Kozier B. y col (2004). Fundamentos de Enfermería: Conceptos Procesos y Práctica. Madrid. Mc Graw Hill.
- Kozier B. y col (2005). Fundamentos de Enfermería: Conceptos Procesos y Práctica. Madrid. Mc Graw Hill.
- Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería.(2005) Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 38.263, Septiembre 1, 2005.
- Luckmann, J. (2000). Cuidados de Enfermería. Mexico. Mc Graw Hill.
- Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. (2004). Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL).
- Mariner T. y col (2003). Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona – España. SerVier CIENCIE.
- Merhy EE. (2002). Saúde: A cartografia do trabalho vivo. São Paulo. Hucitec.
- Norman, Donald. (1987) Perspectivas de la ciencia cognitiva. Ed. Paidós. Barcelona.
- Piña de Vásquez, E., Castillo, M., León, D. y Gutierrez, H. (Comps.). (1995). Modulo Concentración de Enfermería en Áreas Críticas. Segunda versión. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. UCV. Caracas: Taboada Costa, F. y Abizanda Campos, R.
- Puente, A., Poggioli, L. y Navarro, A. (Comps.). (1989). Psicología Cognoscitiva. Desarrollo y perspectivas. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA DE VENEZUELA, S.A. Caracas: Norman, D. A.
- Rincón, D. y cols. (1995). Técnicas de investigación social. Ed. Dykinson. Madrid.

- Reyes, E.; Vargas, G. (2006). Calidad del Cuidado Humanizado de Enfermería enfocado en la Teoría de Watson en pacientes hospitalizados en el Instituto Docente de Urología Valencia Estado Carabobo. Trabajo especial de Grado para optar al título de licenciado en enfermería no publicado, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Rodríguez, F. (2007). Cuidado Humanizado de Enfermería en el preoperatorio en la Unidad Quirúrgica del Instituto Oncológico Luís Razetti de Caracas. Trabajo especial de Grado para optar al título de licenciado en enfermería no publicado, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Tamayo, Mario (2006). El Proceso de la Investigación Científica. México, D.F.. LIMUSA Noriega Editores.
- Tilquin, C. y col (1992). Estrategias de medida de los cuidados de enfermería. Madrid. Gac Sanit.
- Treguerres, J. A. F. y col (1999). Fisiología Humana. Madrid. McGraw – Hill Interamericana.
- Troncoso P., M. y Suazo V., S. (2007) Cuidado humanizado: um desafio para enfermeiras nos serviços hospitalares (Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios). Acta Paulista de Enfermagem. Print ISSN 0103-2100 (Acta Paulista de Enfermería) vol.20 no.4 São Paulo Oct./Dec.
- Veiga, J. y otros. (2008). Comportamiento del traumatismo craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos - UCI del Hospital Clínico Quirúrgico Miguel Enríquez, en la ciudad de Santiago de Chile, durante el período de Enero/04 a Diciembre/06. Trabajo especial de Grado para optar al título de licenciado en enfermería no publicado, Universidad de Chile, Santiago de Chile.

## FUENTES ELECTRÓNICAS

- Arenas N., Mario; (2010); Técnicas Cualitativas. Metodología[Documento en línea]; Sitio web de Mario Arenas Navarrete. Disponible: [www.armario.cl/...cualitativa/metodologia%20cualitativa.doc](http://www.armario.cl/...cualitativa/metodologia%20cualitativa.doc) [Consulta: 2011, Febrero 12, 7:10pm]
- Cara, Chantal; (2000); Una vision pragmática de la Teoría del Cuidado de Jean Watson (A Pragmatic View of Jean Watson's Caring Theory); Université de Montréal Faculty of Nursing[Documento en línea]. Disponible: <http://www.humancaring.org/conted/Pragmatic%20View.pdf> [Consulta: 2009, Enero 30, 2:40pm]
- Cisneros G., Fanny; (2002); Introducción a los modelos y teorías de enfermería Universidad del Cauca. Popayan[Documento en línea]. Disponible: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf> [Consulta: 2010, Abril 22, 12:28am]
- de la Cuesta B., Carmen; (2006); "Aquí cuidamos todos": asuntos de individualidad versus colectividad en un estudio sobre cuidado en la casa de pacientes con demencia avanzada; Forum Qualitative Social Research SOZIARFORSCHUNG; Volumen 7, No. 4, Art. 5 – Septiembre [Revista en línea]. Disponible: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/170/381> [Consulta: 2011, Febrero 12, 7:10pm]
- de la Torre F., Julio; (2008); La Observación Participante y La Entrevista. Tipos de Observación[Documento en línea]; Sitio web de Julio de la Torre Fernández-Trujillo. Disponible: [http://club.telepolis.com/torrefdz/enfermero\\_y\\_licenciado8.htm](http://club.telepolis.com/torrefdz/enfermero_y_licenciado8.htm) [Consulta: 2011, Diciembre 2, 2:17pm]
- EnfermerosORG; (2006); Revista ene de enfermería[Revista en línea]. Disponible: <http://enfermeros.org/> [Consulta: 2009, Diciembre 12, 2:37pm]
- García, Mario R.; (1993); Tendencias en comunicación periodística visual. Revista Latina de Comunicación Social 3 – marzo de 1998[Revista en línea]. Disponible: <http://www.ull.es/publicaciones/latina/z8/marz98.mario.htm> [Consulta: 2009, Agosto 17, 10:11pm]
- González, Nidia A. y Molina V., Ruth; (2002); Procesos de Aprendizaje Mediados por las Tecnologías de la Información (Learning Processes Through The Information Technologies)[Trabajo de ascenso en línea]; Línea de investigación de Procesos de pensamiento y metacognición, a partir de la propuesta académica

- de la Especialización de Diseño de Ambientes de Aprendizaje Apoyado en Tecnologías de la Información de la Corporación Universitaria Minuto de Dios. Disponible: [http://www.colombiaaprende.edu.co/html/mediateca/1607/articulos-75595\\_archivo.pdf](http://www.colombiaaprende.edu.co/html/mediateca/1607/articulos-75595_archivo.pdf) [Consulta: 2007, Noviembre 7, 5:07pm]
- González M., Ricardo; (2006); La relación equipo-paciente-familiar cuando la muerte acecha[Revista en línea]; Rev Cubana Salud Pública v.32 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. *versión On-line* ISSN 0864-3466. Hospital Psiquiátrico de La Habana. Disponible: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000200008&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000200008&script=sci_arttext) [Consulta: 2008, Mayo 26, 11:00pm]
- Lanzillotta, A.; (2007). [Página Web en Línea]. Disponible: <http://www.mastermagazine.info/termino/5366.php> [Consulta: 2009, Junio 15, 9:00pm]
- Laureys, Stiven; (2011, Febrero) [Página Web en Línea]. Disponible: <http://noticias.hipnosis.org.es/hipnosis/tag/1%C2%BA-documento-oficial-sobre-hipnosis/> [Consulta: 2011, Marzo 15, 9:23pm]
- Mogollón, Carmen y Pinto, Zoila; (2002, Julio). Estudio de la comunicación terapéutica en la aplicación de los principios de la comunicación y la satisfacción de las necesidades de los enfermos en el postoperatorio inmediato por los profesionales de enfermería en la Unidad de Recuperación del Hospital Central de Maracay, Estado Aragua[Resumen en línea]. Trabajo Especial de Grado presentado para optar al título de Licenciado en Enfermería, Universidad Central de Venezuela. Disponible: <http://www.monografias.com/trabajos15/post-operatorio/post-operatorio2.shtml>[2004, Febrero 19, 11:00am]
- Organización de Naciones Unidas. (1948); Declaración de los derechos Humanos[Página Web en Línea]. Disponible: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>[Consulta: 2008, Enero 24, 10:30am]
- Proyectos fin de carrera.com; (2009); Definición de Incoscienza[Página Web en Línea]; Disponible: <http://www.proyectosfindecarrera.com/definicion/Inconsciencia.htm> [Consulta: 2009, Julio 5, 5:12pm]
- Taringa! Inteligencia Colectiva; (2008); Los enfermos en estado de inconsciencia sienten el dolor[Página web en línea]; LightInTheBox Con 90000 Productos. Disponible: <http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/1687394/Los-enfermos-en-estado-de-inconsciencia-sienten-el-dolor.html> [Consulta: 2010, Abril 7, 1:26pm]
- Tu buena salud.com; (2006); Escala de Glasgow - exploración neurológica - traumatismo cráneo encefálico (TCE)[Publicación en línea]. Disponible:

- [http://www.tubuenasalud.com/Articulos/Procedimientos/Escala%20de%20Glasgow%20-%20exploraci%C3%B3n%20neuro%C3%B3gica%20-%20traumatismo%20cr%C3%A1neo%20encef%C3%A1lico%20\(TCE\).aspx](http://www.tubuenasalud.com/Articulos/Procedimientos/Escala%20de%20Glasgow%20-%20exploraci%C3%B3n%20neuro%C3%B3gica%20-%20traumatismo%20cr%C3%A1neo%20encef%C3%A1lico%20(TCE).aspx)  
[Consulta: 2010, Marzo 16, 11:30am]
- United Nations International Strategy for Disaster Reduction; (2011); ¿Qué significa Vulnerabilidad? [Página web en línea]; © Copyright 2011 UNISDR. Disponible: [http://www.unisdr.org/eng/public\\_aware/world\\_camp/2004/booklet-spa/page8-spa.pdf](http://www.unisdr.org/eng/public_aware/world_camp/2004/booklet-spa/page8-spa.pdf) [Consulta: 2011, Abril 28, 11:49 am]
- Vargas T., Ruby E.; (2007); Cuidado Humano al Paciente Críticamente Enfermo. Enfermería Pieza clave en la Atención [Revista en línea]; Revista Ciencia y Cuidado – Volumen 4 No 4 ISSN 17949831. Disponible: [dialnet.unirioja.es/servlet/fichero\\_articulo?codigo=2534029&orden=0](http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2534029&orden=0) [Consulta: 2009, Marzo 16, 11:30am]
- Watson, J. (1988); Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Enfermería, Chihuahua Julio). “Camino Personal como Acción de Cáritas” [Documento en línea]. Disponible: [http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza\\_Jean\\_Watson](http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson) [Consulta: 2009, Enero 30, 2:00pm]
- Watson, Jean; (2003); Amor y Cuidado: La ética de la cara y las manos-una invitación a volver al corazón y el alma de Enfermería y Nuestra profunda humanidad (Love and Caring: Ethics of Face and Hand-An Invitation to Return to the Heart and Soul of Nursing and our Deep Humanity); Nursing Administration Quarterly: July/August/September 2003 - Volume 27 - Issue 3 - p 197-202 [Revista en línea]; Disponible: [http://journals.lww.com/naqjournal/Abstract/2003/07000/Love\\_and\\_Caring\\_\\_Ethics\\_of\\_Face\\_and\\_Hand\\_An.5.aspx](http://journals.lww.com/naqjournal/Abstract/2003/07000/Love_and_Caring__Ethics_of_Face_and_Hand_An.5.aspx) [Consulta: 2009, Enero 30, 2:40pm]
- Wikipedia; (2008); Teoría de las Inteligencias Múltiples de Howard Gardner [Página web en línea]; Wikipedia Enciclopedia Libre, modificada por última vez el 19 mayo 2008, a las 19:22. Disponible: [http://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADa\\_de\\_las\\_inteligencias\\_m%C3%BAltiples](http://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADa_de_las_inteligencias_m%C3%BAltiples) [Consulta: 2008, Febrero 12, 5:00pm]
- Wikipedia; (2010); La Observación [Página web en línea]; Wikipedia Enciclopedia Libre, modificada por última vez el 28 marzo 2010, a las 16:13. Disponible: [http://es.wikipedia.org/wiki/Observaci%C3%B3n\\_participante](http://es.wikipedia.org/wiki/Observaci%C3%B3n_participante) [Consulta: 2011, Febrero 12, 2:07pm]
- WordReference.com Diccionario de la lengua española; (2010); Definición de Reprochar [Página web en línea]; Copyright © 2010 WordReference.com.

Disponible: <http://www.wordreference.com/definicion/reprochar>[Consulta: 2010, Febrero 21, 7:00pm]