

**UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO**  
**VICERECTORADO**  
**DIRECCIÓN DE POSGRADO**



**TESIS PARA OPTAR LA ESPECIALIDAD ENFERMERÍA EN TERAPIA INTENSIVA**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RELACIÓN ENFERMERO  
PACIENTE, CON UN ENFOQUE BIO-PSICOSOCIAL Y ESPIRITUAL  
EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL Dr.  
ROBERTO GALINDO TERÁN GESTIÓN 2015**

**Postulante:** Lic. Esther Yepes Hurtado

**Tutor:** Msc. Marlene Quispe Ortega

Noviembre 2017

Cobija-Pando-Bolivia

### **DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA RELACIÓN ENFERMERO PACIENTE, CON UN ENFOQUE BIO-PSICOSOCIAL Y ESPIRITUAL EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ROBERTO GALINDO TERÁN GESTIÓN 2015** no ha sido aceptado o empleado para el otorgamiento de título o grado diferente o adicional al actual.

La tesis es el resultado de las investigaciones del autor, excepto donde se indican las fuentes de información consultadas.

El autor otorga su consentimiento a la dirección de posgrado de la UAP, para la reproducción del documento con el fin del intercambio bibliotecario siempre y cuando se indique la fuente.

Cobija, noviembre de 2017

LA AUTORA

---

ESTHER YEPES HURTADO

**DEDICATORIA**

A mi querido esposo, padres e hijos,  
que me apoyaron en todo momento de  
mi formación, muchas gracias querida  
familia.

## **AGRADECIMIENTOS**

A dios y a mis padres por haberme dado la posibilidad de vivir.

A la vida por haberme bendecido con una familia maravillosa.

A la Lic. Marlene Quispe Ortega que ha sido mi apoyo y guía en este duro proceso.

A la Universidad Amazónica de Pando, Dirección de posgrado por haberme acogido y darme la oportunidad de crecer como persona y profesionalmente a través de esta especialidad.

A todos quienes, con su aporte intelectual, material o de gestión me han apoyado para la culminación de la investigación.

## RESUMEN

La comunicación es fundamental en cada interacción enfermero-paciente, se da en la conversación y en el silencio, en lo verbal y en lo no verbal. En el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán de la ciudad de Cobija se realizó un estudio para Identificar los factores que influyen para que el personal de enfermería no tome en cuenta en la relación enfermero - paciente, la dimensión psico-socio-espiritual.

El diseño de la investigación fue realizado con un enfoque cuali - cuantitativo tipo descriptivo, observacional se trabajó con una población de doce (12) profesionales en enfermería que trabajan en el servicio de terapia intensiva; se aplicó un cuestionario con diez y siete (17) preguntas, donde se considera diferentes técnicas de comunicación, desarrollados sobre la relación enfermera paciente, conjuntamente se aplicó una guía de observación donde se tomaron en cuenta cuidados físicos y cuidados psico emocionales y espirituales.

Los resultados obtenidos fueron que el personal de enfermería en un 100 % no realizo cursos de capacitación en materia de relación enfermera/o paciente. En cuanto al tiempo que destinan para conocer al paciente es mínimo; conocen datos generales de sus pacientes en un 100%, no conocen, sus preocupaciones, miedos y angustias en un 92%, esto nos muestra la falta de una atención humanizada con un enfoque integral bio, psicosocial y espiritual. Entre las barreras que identifican en la comunicación están los avances tecnológicos, y las técnicas invasivas como una limitante para una comunicación óptima.

**Palabras clave:** Relación enfermero-paciente

## **ABSTRACT**

Communication is fundamental in every nurse-patient interaction, occurs in conversation and in silence, in the verbal and non-verbal.

At the Dr. Roberto Galindo Teran Hospital in the city of Cobija, a study was carried out to identify the factors that influence nursing staff not to take into account the nurse - patient relationship, the psycho - socio - spiritual dimension.

The research design was carried out with a qualitative, descriptive, observational approach, with a population of twelve (12) nursing professionals working in the intensive care service; A questionnaire was applied with seventeen (17) questions, where different communication techniques were considered, developed on the relation nurse patient, jointly applied an observation guide where physical care and psycho emotional and spiritual care were taken into account.

The results obtained were that the nurses in a 100% did not perform training courses in relation to nurse or patient. As for the time used by nursing professionals to know the patient is minimal; They know the general data of their patients in 100%, they do not know, their worries, fears and anxieties in 92%, this shows us the lack of humanized attention with an integral bio, psychosocial and spiritual approach. Among the barriers identified in communication are technological advances and invasive techniques as a limitation for optimal communication.

**Keywords:** Nursing patient relationshi

## ÍNDICE GENERAL

|                                                       |    |
|-------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN .....                                    | 1  |
| CAPÍTULO I .....                                      | 3  |
| 1 PROBLEMA DE INVESTIGACION.....                      | 3  |
| 1.1 Antecedentes .....                                | 3  |
| 1.2 Planteamiento del problema .....                  | 6  |
| 1.3 Justificación .....                               | 9  |
| 1.4 Objetivos .....                                   | 12 |
| 1.4.1. Objetivo general.....                          | 12 |
| 1.4.2 Objetivos específicos .....                     | 12 |
| CAPÍTULO II .....                                     | 13 |
| 2 MARCO CONTEXTUAL .....                              | 13 |
| 2.1 Historia del Hospital Roberto Galindo Terán ..... | 13 |
| 2.2 Misión .....                                      | 14 |
| 2.3 Visión.....                                       | 14 |
| 2.4 Servicio de Terapia Intensiva .....               | 14 |
| 2.5 Servicios disponibles .....                       | 15 |
| 2.6 Infraestructura .....                             | 15 |
| 2.7 Recursos humanos .....                            | 17 |

|                   |                                                                               |    |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.8               | Recursos materiales .....                                                     | 18 |
| CAPITULO III..... |                                                                               | 20 |
| 3                 | MARCO TEORICO .....                                                           | 20 |
| 3.1               | Generalidades del cuidado Psicosocial .....                                   | 20 |
| 3.2               | Contexto histórico del cuidado de Enfermería .....                            | 20 |
| 3.3               | Comunicación interpersonal en enfermería .....                                | 22 |
| 3.4               | Relación enfermera paciente en la Unidad de Terapia Intensiva. ....           | 25 |
| 3.5               | El Modelo de Peplau.....                                                      | 29 |
| 3.6               | Principales conceptos y definiciones .....                                    | 32 |
| 3.7               | El paciente que ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva .....                | 35 |
| 3.8               | Factores derivados de la hospitalización en Unidad de Cuidado Crítico.....    | 35 |
| 3.9               | Estrés y afrontamiento en la Unidad de Cuidado Crítico .....                  | 39 |
| 3.10              | Indicadores diagnósticos de riesgo psicosocial. ....                          | 41 |
| 3.11              | Psicoterapia en el paciente crítico.....                                      | 43 |
| 3.12              | Cuando efectuar la interconsulta psicológica al paciente crítico.....         | 44 |
| 3.13              | Funciones del personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos .... | 45 |
| CAPÍTULO IV.....  |                                                                               | 48 |
| 4                 | MARCO METODOLOGICO .....                                                      | 48 |
| 4.1               | Enfoque y tipo de investigación .....                                         | 48 |

|      |                                                      |    |
|------|------------------------------------------------------|----|
| 4.2  | Tipo de investigación.....                           | 48 |
| 4.3  | Población.....                                       | 48 |
| 4.4  | Muestra.....                                         | 49 |
| 4.5  | Variables.....                                       | 49 |
| 4.6  | Identificación de variables .....                    | 49 |
| 4.7  | Definición de variables.....                         | 49 |
| 4.8  | Criterios de inclusión .....                         | 50 |
| 4.9  | Criterios de exclusión.....                          | 50 |
| 4.10 | Operacionalización de variables.....                 | 51 |
| 4.11 | Método e instrumentos de recolección de datos.....   | 53 |
| 4.12 | Procedimiento de recolección de la información ..... | 53 |
| 4.13 | Plan de tabulación y análisis .....                  | 54 |
| 4.14 | Alcances y limitaciones.....                         | 54 |
|      | Conclusiones y recomendaciones .....                 | 73 |
|      | Referencias bibliográficas.....                      | 76 |

**INDICE DE TABLAS**

|                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1 Distribucion de profesionales de enfermeria por turnos ..... | 17 |
| Tabla 2 Equipos del servicio de UTI .....                            | 18 |

## INDICE DE GRAFICOS

|                                                                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Grafico 1 Distribucion de profesionales de enfermeria segun sexo y edad uti gestion 2015 ...                        | 55 |
| Grafico 2 Experiencia laboral de las profesionales de enfermeria UTI gestion 2015 .....                             | 56 |
| Grafico 3 Asistencia para capacitarse en matéria de relacion enfermera/o -paciente.....                             | 57 |
| Grafico 4 Percepcion del enfermero/as sobre la importância del conocimiento para relacionarse con el paciente.....  | 58 |
| Grafico 5 Percepcion del enfermero/as acerca la terapêutica que recibe el paciente .....                            | 59 |
| Grafico 6 Conocimiento que poseen los/as enfermeiros/as versus dificultad para relacionarse con los pacientes ..... | 60 |
| Grafico 7Tiempo destinado por los enfermeros/as para conocer al paciente .....                                      | 61 |
| Grafico 8 Formacion de los/as enfermeiros/as para el cuidado del paciente critico.....                              | 62 |
| Grafico 9 Aspectos que conocen de los pacientes los enfermeros de UTI .....                                         | 63 |
| Grafico 10 Valoracion neurologica de los pacientes por los/as enfermeros/as de UTI .....                            | 64 |
| Grafico 11 Identificacion de necesidades del paciente atraves de la comunicación no verbal..                        | 65 |
| Grafico 12 Influencia del estado del paciente para la relación con los/as enfermeros/as de UTI .....                | 66 |
| Grafico 13 Tecnología electro médica como limitante en la comunicación.....                                         | 67 |
| Grafico 14 Asistencia del personal de enfermería en necesidades físicas en la UTI HRGT ..                           | 68 |

|                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------|----|
| Grafico 15 Brinda cuidados y bienestar al paciente en la UTI HRGT 2015 ..... | 70 |
| Grafico 16 Cuidados psicoemocionales y espirituales en UTI .....             | 71 |

**INDICE DE ANEXOS**

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| ANEXO 1 Guía de observación estructurada dirigida a la evaluación | 81 |
| ANEXO 2 Cuestionario .....                                        | 82 |
| ANEXO 3 Guía de observación estructurada .....                    | 85 |
| ANEXO 4 Cronograma de actividades.....                            | 86 |
| ANEXO 5 Presupuesto .....                                         | 87 |

## INTRODUCCIÓN

Las unidades de cuidado intensivo, son escenarios especializados para tratar personas que presentan graves desequilibrios en su estado de salud, y que ameritan cuidado por el personal de salud que trabaja en la misma. Entre este personal se encuentra el profesional de enfermería, quien tiene la responsabilidad del cuidado directo de estas personas en lo referente a: Higiene corporal, cuidado de la piel, permeabilidad de las vías aéreas, la alimentación, la administración del tratamiento, apoyo emocional y espiritual entre otros aspectos. Esta práctica profesional, exige de la enfermera un perfil integrador, no sólo desde el ámbito del conocimiento teórico, tecnológico, destrezas, capacidad de comunicación, sino también sensibilidad y empatía al momento de proporcionar el cuidado a los pacientes en estado crítico. (Cf. MARTÍNEZ, M. 2007: 88).

Según Hernández y otros (2006), la comunicación no sólo debe servir de vehículo para obtener información que los enfermeros necesitan en el cumplimiento de sus funciones, deber emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención durante el proceso de salud enfermedad.

En estos tiempos de globalización, la enfermería no escapa a tal fenómeno, por lo que, entre otros aspectos, se debe tratar de vincular la formación del profesional de enfermería con los problemas que demanda la sociedad, de tal forma que se pueda dotar a este profesional con un potencial en habilidades comunicativas que le permitan lidiar más eficientemente con la problemática que le plantea su profesión en los escenarios reales, complejos en el proceso de atención del enfermo crítico.

Según Flórez (2010), el marco de la relación profesional de la enfermera con el paciente viene delimitado por unas relaciones interpersonales específicas en las que ambos comunicantes son personas ajenas entre sí y trabajan estrecha y conjuntamente en la resolución de un cierto problema determinado, es decir, la enfermedad. Este sistema de relación tiene un carácter terapéutico por cuanto constituye el vehículo a través del cual el enfermo es capaz de clarificar y de reconstruir los sentimientos, pensamientos e ideas que posee. De igual manera, resulta especialmente importante y fundamental que las enfermeras traten de concienciarse acerca de sus valores, juicios, sentimientos y pensamientos que, necesariamente, van a influir en este proceso terapéutico interpersonal.

El presente estudio trata especialmente de las relaciones humanas, y el deseo de la autora es que sirva como estímulo que despierte en la conciencia de los profesionales de enfermería que atienden a enfermos críticos, la necesidad de educarse y formarse en una ética del cuidado humanista que se preocupe de tratar a la persona como ser bio-psico social y espiritual.

## CAPÍTULO I

### 1 PROBLEMA DE INVESTIGACION

#### 1.1 Antecedentes

Según Laín (1985), numerosos estudios han centrado su atención en definir cuál es el papel que debe adoptar la enfermera y el usuario en el momento de la hospitalización. En la década de los sesenta, se diferenciaba dos tipos de relaciones: aquella “centrada en el personal sanitario”, en el que los profesionales tratan la enfermedad, y aquella otra “centrada en el paciente”, en la que se trata al usuario y se establece una relación interpersonal entre dos personas iguales “co-ejecutivas”. La relación más tradicional ha sido la primera de ellas, también llamada modelo biomédico.

Estudios realizados en relación a la comunicación nos muestran la importancia de esta disposición afectiva y actitud empática por parte de la enfermera para conseguir un buen grado de satisfacción y, sobre todo, una actitud terapéutica activa en el enfermo. Dicha relación terapéutica («therapeia»), ya era practicada por los primeros galenos. Su significado básico, por ejemplo, en Platón, era «cuidado», «servicio», etc., en primer lugar, de la divinidad y por supuesto, también del cuerpo humano. El objeto fundamental del tratamiento es el ser humano en todo su ser, en su dimensión biológica, psico afectiva y social; por eso, en esta dinámica de interacción continua en el medio hospitalario durante la enfermedad es necesario seguir diacrónicamente la perspectiva antropológica, teológica y terapéutica. Probablemente, el proceso terapéutico que ahora analizamos encuentra su hipótesis de partida a partir de Pitágoras y Heráclito (siglo VI a.C.); es como si las distintas partículas somáticas y psíquicas, antes diseminadas e independientes en el ser humano, se hubieran concentrado y cristalizado en torno

a dos polos de un campo magnético, integrando en este caso, los dos principios constitutivos del hombre; a saber, el cuerpo y el alma. Platón llamaba «médico del alma al filósofo» e implícitamente «filósofo o amigo de la sabiduría somática» al médico. Efectivamente, en su perspectiva filosófica, los que atienden y cuidan el alma están todos por encima de los cuidadores del cuerpo. A la pregunta: «¿Qué es el hombre?», Sócrates responde: «El hombre es su alma». A primera vista parece como si los griegos hubieran descubierto la realidad de la «naturaleza humana» o, en traducción literal, la «naturaleza del hombre» (physis). Este concepto se extendió rápidamente por la cultura occidental y ha marcado conceptualmente la asistencia y los cuidados sanitarios en pro del «hombre», frente a la tecnología actual agresiva y «deshumanizadora» (Cf. FLÓREZ 2010: 70 – 92).

Por lo tanto, la «identidad de la naturaleza humana» en todos los hombres y el concepto de «persona» con su consecuencia inmediata, la «dignidad de la persona humana», debe presidir el desarrollo de la relación «médico/enfermera-paciente» muy por encima de cualquier otra consideración. Pudiéramos pensar que el profesional médico o de enfermería al ignorar el proceso de las relaciones interpersonales pudiera cometer solamente un error de ética o de cortesía; sin embargo, más bien se trata de un error científico por cuanto se retrasa todo el proceso de recuperación del enfermo y, además, la estructura psíquica también influye claramente como se está demostrando cada vez más intensamente no sólo en el desencadenamiento de la enfermedad, sino también en todo su proceso y curación.

Watson (2007), autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran re - estructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del

aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería.

El ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona, fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas y en sus propias teorías y tecnologías, tiene como fin dar cuidado integral de salud a la persona, a la familia, la comunidad y a su entorno; ayudar a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida (Cf. BELTRAN: 2014 38-54).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social; y no solamente como la ausencia de enfermedad. Cuando el ser humano se ve afectado en una de estas esferas recurre en busca de ayuda profesional del área de la salud y dependiendo de la gravedad de la patología se necesita de una atención hospitalaria pertinente, la cual requiere de la participación de un equipo interdisciplinario conformado por médicos, personal de enfermería, y administrativos, donde cada uno aporta sus conocimientos para llegar a un objetivo común.

Las ideas antes expresadas por los autores, nos hacen reflexionar sobre la importancia de que el profesional de enfermería utilice en la relación enfermera-paciente la: comunicación y presencia física demostrando una actitud de tolerancia, sensibilidad, empatía, apoyo, y solidaridad, es decir una compañía auténtica hacia la persona que cuida. En el caso de la persona críticamente

enferma que está hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo, el profesional de enfermería le demuestra su compromiso y su comprensión al darle respuestas a sus necesidades, hacerla sentir protegida y segura, proporcionarle información precisa y comprensible en el caso de estar consciente. De esta manera, ayudara a fortalecer su autoestima, su sentido de pertenencia; a su vez minimiza los sentimientos de aislamiento y soledad que puedan generarse como consecuencia de su hospitalización.

El fin de la investigación es tratar de identificar las causas para que los profesionales de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, no tomen en cuenta los conflictos emocionales, espirituales y sociales del paciente críticamente enfermo en su relación con el personal de enfermería en busca de una solución para proporcionar al paciente un bienestar biopsicosocial, emocional y espiritual durante su estancia en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán.

## **1.2 Planteamiento del problema**

Durante la estancia hospitalaria el paciente y su núcleo familiar experimenta cambios que alteran su vida cotidiana limitando la parte física y pérdida de algunas funciones básicas causando en ellos ansiedad, miedos, estrés, temores, incapacidad adaptativa, soledad y sensación de muerte. La dimensión psíquica de la salud no siempre se ha tenido en cuenta, pero actualmente es un elemento prioritario para conseguir el bienestar de la persona. El apoyo psicológico al paciente es un instrumento fundamental para afrontar adecuadamente la enfermedad, la recuperación de la salud o el mantenimiento de la misma. Es aquí donde debe intervenir el profesional de enfermería brindando una atención humanizada, para fortalecer la comunicación enfermero – paciente.

En una investigación realizada por la Pontificia Universidad Javeriana del 2010, donde se señala que al explorar a los pacientes sus vivencias acerca de la interacción enfermero- pacientes todos identifican al personal de enfermería como proveedor del cuidado y establecen diferencias entre el desempeño de la enfermera y el del auxiliar de enfermería.

Refieren: "gracias a la toca y a la cinta que hacen parte del uniforme de los profesionales de enfermería, es que las diferencian, además por el grado de responsabilidad frente al cuidado". Reconocen además que hay una diferencia en el tipo de acercamiento y relación que establecen; la enfermera tiene una "actitud distante, fría e impersonal, porque tienen mayor carga administrativa, con responsabilidades de planeación, control y evaluación, que les resta tiempo para atender al paciente". Atribuyen esta actitud al lenguaje especializado que utilizan "las jefes de servicio" y a algunos rasgos propios de personalidad. Algunos pacientes opinan que la relación con los profesionales de enfermería asistenciales fue más cercana por cuanto: "se presentan, son más delicadas y brindan más apoyo emocional". La mayoría de los pacientes identifican en el auxiliar de enfermería una actitud "más cálida, cercana y agradable" que atribuyen a su permanencia y continuidad en "la cabecera del paciente"; sin embargo, algunos consideran que "su labor es un tanto mecánica y hacen acciones rutinarias, brindan un cuidado estándar sin tener en cuenta las diferencias individuales.

Según Flórez (2010), la comunicación no sólo debe servir para obtener información que la enfermera necesita en el cumplimiento de sus funciones, debe emplearse también para que el paciente se sienta escuchado, para comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta copartícipe de su atención. Corresponde a la enfermera identificar desde su práctica diaria, sus propias dificultades y reflexivamente transformarlas para poder incidir

positivamente en el cuidado de la salud de sus pacientes. La enfermera debe tomar en cuenta, no sólo en el aspecto biológico del individuo, sino también en las dimensiones psicológica y social, lo cual le obliga a internarse en aspectos de elevado contenido afectivo para el paciente por lo que requiere tener un espíritu humanista, gran apertura a las necesidades del paciente, disposición para trabajar en equipo, así como transmitir experiencias y conocimientos tanto al paciente como a la familia y al equipo de salud.

En las Unidades de Terapia Intensiva, el personal de enfermería debe tener especial habilidad para establecer las relaciones con los pacientes, a pesar de las dificultades que se presentan debido al estado de salud y a las limitaciones a las que están sometidos, a causa de las manifestaciones del cuadro clínico, de las complicaciones clínicas y de las medidas terapéuticas tales como inserción de tubos, catéteres, administración de medicamentos e incluso la inmovilización física a la que se recurre para evitar retiros accidentales.

La relación enfermero-paciente involucra variados contactos físicos en la realización de procedimientos, la interpretación de gestos, movimientos y posiciones con las cuales los pacientes, sometidos a ventilación mecánica, comunican sus emociones, sentimientos y percepciones, debido a que no pueden expresarlos por medio del lenguaje hablado. Así mismo, los enfermeros deben poseer la habilidad para buscar opciones comunicativas cuando el lenguaje hablado no es posible; negocian movimientos y gestos del lenguaje simbólico, a los cuales atribuyen significados en la comunicación; además, deben recurrir a papeles y elementos para escribir lo que no es posible decir oralmente. El cuidado del personal de enfermería estará relacionado a la asistencia a los pacientes para enfrentar la enfermedad, el sufrimiento y el estrés que estas situaciones generan.

De acuerdo con lo expuesto, surge la motivación de realizar este estudio para determinar los factores que influyen para una adecuada relación enfermero paciente, tomando en cuenta la dimensión bio-psico-socio-espiritual en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo, el segundo semestre de la gestión 2014, por lo que se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son factores que influyen para una adecuada relación enfermero paciente, tomando en cuenta la dimensión bio-psico-socio-espiritual en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo, el segundo semestre de la gestión 2014?

### **1.3 Justificación**

Según Zambrano (2007), una atención basada en la satisfacción de las necesidades es la única forma de brindar una atención de calidad. Se define necesidad como la sensación interna producida por una carencia o defecto de una función imprescindible, lo cual produce un desequilibrio que mueve a conseguir satisfacción a través de conductas para la conservación bio- psico-social.

Cuando una persona se enfrenta a una crisis o sufrimiento, puede sentirse amenazada en su totalidad personal y en su bienestar. No hay diferencia en la dimensión de la vida que esa alteración afecte, porque el cuerpo, la mente y el espíritu están unidos en tal forma que, si se afecta una dimensión, se afecta también las otras.

La espiritualidad es una dimensión que impregna la totalidad del ser y satisface la necesidad humana de buscar repuestas significativas a las cuestiones acerca de la existencia, la enfermedad y la muerte. Lo esencial y distintivo del ser humano radica en la afirmación: si el espíritu no estuviera encarnado y si el cuerpo no estuviera espiritualizado, todo ello en una sola y misma existencialidad, no hubiera hombre.

La finalidad que se persigue al tratar de identificar los conflictos espirituales y de ayudar en la búsqueda de una solución, es lograr una integración equilibrada y dinámica de cuerpo, mente y espíritu, para alcanzar una efectiva influencia en la ayuda espiritual, esa premisa que cada profesional haya elaborado personalmente los grandes planteos sobre el significado de la enfermedad, la vida y la muerte, componentes propios de los cuestionamientos del espíritu y posea una postura definida y clara frente a ellos.

En la práctica diaria de nuestra profesión abordamos al paciente desde el punto de vista fisiológico dejando de lado lo emocional y espiritual, siendo estos factores indispensables para la satisfacción de las necesidades básicas humanas.

Esto es reforzado por lo que considera Vargas (2007), cuando especifica que: "para ofrecer un cuidado humanizado se requiere de principios éticos, conocimientos, destrezas, habilidades y calidad humana".

Alles (2006), considera algunos valores organizacionales que deben estar presentes en el comportamiento del profesional de enfermería que labora en la Unidad Terapia Intensiva entre los cuales se encuentran: el compromiso organizacional, la prudencia o sensatez en todos sus actos, la orientación al usuario, calidad del trabajo, adaptación a los cambios, templanza, integridad, innovación, perseverancia, flexibilidad, el autocontrol y la conciencia organizacional la cual implica reconocer en sus atributos y modificaciones a la organización.

Desde el punto de vista de su relevancia bio - psicosocial y espiritual del ser humano se pretende que este estudio sirva de estímulo para los profesionales de enfermería que atienden a enfermos críticos en el servicio de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán tengan la necesidad de educarse y formarse en la atención del cuidado humanista que se preocupe de tratar

a la persona como ser bio-pico social y espiritual. En la unidad de Terapia Intensiva del HRGT no existen datos tangibles como libro de quejas o instrumentos de satisfacción del paciente crítico y familia.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general**

Identificar los factores que influyen en la relación enfermero paciente, tomando en cuenta la dimensión bio-psico-socio-espiritual durante su estadía en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán, el segundo semestre de la gestión 2014.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Identificar las características socio demográficas de las/os profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital Roberto Galindo Terán.
- Describir los conocimientos de las/os profesionales de enfermería respecto a tipos de comunicación, mediante un cuestionario estructurado para este fin.
- Establecer cuáles son las acciones que realizan los enfermeros para la satisfacción de necesidades bio-pico-sociales y espirituales, mediante una guía de observación estructurada.
- Elaborar una guía de observación estructurada dirigida a la evaluación del cumplimiento de una atención humanizada en la relación enfermero paciente.

## CAPÍTULO II

### 2 MARCO CONTEXTUAL

#### 2.1 Historia del Hospital Roberto Galindo Terán

El Hospital Dr. Roberto Galindo Terán fue creado el 15 de noviembre en 1,950, entonces instalado en la avenida 9 de febrero barrio Progreso, antigua Corporación del Seguro Social Militar (COSSMIL), llevando el nombre en honor al médico pionero al cuidado de la salud, que llevo a trabajar en una posta sanitaria conocida como Sheraton de la población de Cobija Pando.

Con el apoyo del país Japonés, quienes financiaron la edificación de una nueva infraestructura de una sola planta, el Hospital Roberto Galindo Terán, dependiente del Servicio Departamental de Salud, fue refundado el 26 de junio de 1.994, con su actual ubicación, en la avenida 9 de febrero a nivel del Km 2 de la ciudad de Cobija, sobre la calle Roberto Galindo Terán, perteneciente al barrio 11 de octubre, colindante con: oeste, calle Lucio Montero, norte, calle el cedro, este, avenida Manuripi y sur, avenida Tajibos.

Fue acreditado como “Hospital de segundo nivel en primer grado”, durante la gestión 2004. Ampliando y mejorando de esa manera la atención en salud a la población Pandina.

El Hospital Roberto Galindo Terán de II nivel, presta atención medica ambulatoria y de internación, cuenta con los siguientes servicios: Gineco-obstetricia, Pediatría, Neonatología, Medicina interna, Cirugía, Urgencias, Laboratorio clínico, Servicio de Radiología, Ecografía, Tomografía, Endoscopia, Laparoscopía, Unidad de Terapia Intensiva, Fisioterapia, Microcirugía, Traumatología, Neurocirugía, Gastroenterología, Cirugía general, Hemodiálisis y Odontología. (Fuente primaria, GAMC y propia).

## **2.2 Misión**

“Somos un Hospital público que se caracteriza por otorgar prestaciones de salud con calidad y calidez, en busca de lograr las satisfacciones del cliente cumpliendo las normas y reglamentos de atención inmediata, para contribuir en el desarrollo humano del municipio de Cobija”

## **2.3 Visión**

“Queremos ser un Hospital, acreditado, con infraestructura, tecnología avanzada, recursos humanos capacitados y especializados, que brinden atención con calidad y calidez, solidarios, con equidad de género y generacionales, en vías hacia un tercer nivel”

## **2.4 Servicio de Terapia Intensiva**

El servicio de Terapia Intensiva no cuenta con una bibliografía de referencia, por tal motivo todos los datos del servicio se obtuvieron de forma verbal (entrevista) al Lic. Arlindo Polanco (jefe de enfermería UTI).

La Unidad de Terapia Intensiva fue creada el 30 de octubre del 2006, con un médico especialista en Medicina Crítica y 3 licenciadas en enfermería capacitadas para ese entonces, luego más tarde se llegarían a incorporar y capacitar a otros profesionales en enfermería. Con cuatro camas de internación.

La Unidad de Terapia Intensiva tiene la función de brindar cuidados especiales e intensivos a pacientes críticos, las 24 horas del día y los 365 días del año. Se caracteriza por brindar atención a pacientes críticos, mantenerlos hemodinamicamente estables, tratamiento terapéutico a patologías de base, cuidados de enfermería, con permanencia física las 24 horas del día y 365 días del año.

Refieren tener normativas o manual de funcionamiento, pero no se visualiza.

## **2.5 Servicios disponibles**

Los servicios que oferta la Unidad de Terapia Intensiva son:

- Servicios asistenciales: Médicos, quirúrgicos y enfermería.
- Servicios centrales: Diagnóstico por imagen, laboratorio, farmacia, esterilización y hemodiálisis.
- Servicios generales: Administrativo, logística, registros, (facilidades para el personal, visitantes, estudiantes y pacientes.

## **2.6 Infraestructura**

El ambiente del servicio de la Unidad de Terapia Intensiva está diseñado ampliamente, pero no cumple con los requisitos mínimos de funcionamiento según indicadores internacionales y normativas según la organización mundial de la salud (OMS), cuenta con cuatro camas para internación, un cubículo cerrado para pacientes altamente contaminados, con aire acondicionado permanente, un baño y ducha para los pacientes y otro para el personal, un lavamanos para los visitantes, no cuenta con la toma de aspiración y oxígeno central, como tampoco cuenta con lavador idóneo de materiales infecciosos, como también mencionar que no tiene elaborado un plan de emergencia (ej. código azul).

Por la parte exterior de la Unidad de Terapia Intensiva, se pudo observar que se encuentra ubicada en la parte de ingreso al hospital, por tanto se deduce que no es la ubicación correcta para este tipo de servicio (según la OMS), por el motivo que se encuentra en un corredor troncal para el acceso a otros servicios y por ende existe bastante afluencia de personas.

La Unidad de Terapia Intensiva cuenta con accesibilidad a los siguientes servicios: urgencias, quirófano y diagnóstico por imagen, servicio de hemodiálisis poco accesible.

Entre las actividades que realiza la Unidad de Terapia Intensiva se mencionara las actividades más relevantes:

- Cateterismo vía venosa central
- Traqueotomía
- Intubación endotraqueal
- RCP básico y avanzado
- Cirugías menores
- Instalación de sonda nasogástrica
- Instalación de Sonda Foley
- Presión venosa central
- Control de la presión intra abdominal
- Broncoscopia.

La Unidad de Terapia Intensiva es mixta, transicional, polivalente. Actualmente la población se encuentra en pleno desarrollo y a la falta de otros hospitales públicos de II nivel.

Al hospital acude la población de escasos recursos e indigente, a su vez de cierta forma se puede decir que el servicio de la Unidad de Terapia Intensiva es medianamente apto para la atención al paciente crítico, esto por el motivo que si bien cuenta con cuatro camas los equipos de monitorización y asistencia ventilatoria no son suficientes en caso de que estén llenas las cuatro camas. (Fuente primaria).

## 2.7 Recursos humanos

Los recursos humanos de la Unidad de Terapia Intensiva están compuestos por 13 licenciadas (os) en enfermería, 2 en cada turno mañana, tarde, noche, fin de semana y feriado, 1 licenciada en enfermería reemplazante, el 70 % tiene ítem el restante es personal a contrato y eventual que rota según necesidad del servicio. De los 13 profesionales de enfermería 9 son de planta y 4 eventuales.

**Tabla 1**

| Distribución de profesionales de enfermería por turnos |                 |                            |            |
|--------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------|------------|
| Turno                                                  | Lunes a viernes | Fines de semana y feriados | Vacaciones |
| Mañana                                                 | 2               | 2                          | 1          |
| Tarde                                                  | 2               |                            |            |
| Noche A                                                | 2               |                            |            |
| Noche B                                                | 2               |                            |            |
| Noche C                                                | 2               |                            |            |

*Fuente: elaboración propia en base a rol de turnos del servicio.*

La distribución del personal de enfermería de acuerdo al rol de turnos, es de dos licenciadas por turnos, y se tiene un personal que cubre vacaciones.

Con respecto al equipo multidisciplinario del servicio de Terapia Intensiva, cuenta con un médico especialista en terapia intensiva y tres médicos generales que realizan turnos de 24 horas durante los 365 días del año, el resto de las especialidades están de turno ha llamado. No existen residentes en el servicio, también se cuenta con personal de limpieza y camilleros que rotan turnos días, tardes y noches.

## 2.8 Recursos materiales

Con respecto a los recursos materiales con que cuenta la unidad de Terapia Intensiva del HRGT se detallara a continuación:

**Tabla 2 Equipos del servicio de UTI**

| Equipos                               | Cantidad | Buen estado | Mal estado |
|---------------------------------------|----------|-------------|------------|
| Monitores multiparamétricos completos | 3        | 3           | 0          |
| Ventiladores mecánicos                | 3        | 1           | 2          |
| Circuito ventilatorio adulto          | 4        | 4           | 0          |
| Circuito ventilatorio pediátrico      | 1        | 1           | 0          |
| Carro de paro                         | 2        | 2           | 0          |
| Desfibrilador                         | 3        | 1           | 2          |
| Camas Eléctricas                      | 4        | 0           | 0          |
| Bomba de infusión y jeringa           | 2        | 1           | 1          |
| Rayos x portátil                      | 2        | 1           | 1          |
| Esfigmómetro de mercurio              | 4        | 4           | 0          |
| Fonendoscopio                         | 6        | 6           | 0          |
| Electrocardiógrafo                    | 2        | 2           | 0          |
| Balón de oxígeno                      | 15       | 15          | 0          |
| Mascarillas simples                   | 8        | 8           | 0          |

|                                    |    |    |   |
|------------------------------------|----|----|---|
| Mascarilla con bolsa de reservorio | 10 | 6  | 4 |
| Bolsa de reanimación tipo ambú     | 6  | 3  | 3 |
| Cánulas de mayo                    | 12 | 12 | 0 |
| Equipo de venotomía                | 1  | 1  | 0 |
| Equipo de traqueotomía             | 1  | 1  | 0 |
| Equipo de presión venosa central   | 1  | 1  | 0 |
| Equipo de intubación endotraqueal  | 1  | 1  | 0 |
| Equipo de sutura                   | 6  | 6  | 0 |
| Equipo de curación                 | 3  | 3  | 0 |
| Teléfono                           | 1  | 1  | 0 |
| Heladera                           | 1  | 1  | 0 |

*Fuente: Elaboración propia en base a entrevista al responsable de servicio.*

Todos estos equipos y activos fueron traspasados de otros servicios. Para el uso de instrumental que se requiera se obtiene de la central de esterilización.

## **CAPITULO III**

### **3 MARCO TEORICO**

#### **3.1 Generalidades del cuidado Psicosocial**

Según Alberdi y otros, (1983), el cuidado psicosocial es una necesidad humana esencial, y el cuidar es la esencia de enfermería y es un modo de lograr salud, bienestar y la conservación de las culturas y de la civilización.

A pesar de los grandes cambios históricos, socioculturales, hoy en día aún persiste el “Modelo médico” que concibe la enfermedad como un estado puramente fisiológico bajo este modelo, históricamente se han desplegado grandes esfuerzos para tratar de descubrir la etiología de las enfermedades desde diversas vertientes: bioquímica, fisiológica, citológico, microbiología, genética. Sin embargo, se investigaba en función de un modelo simple “cocista” o “fiscalista”; marginando los factores psicológicos y sociales (Cf. FLORES, J. 1999).

La OMS se reúne en 1964, a analizar esta situación, siendo una de sus principales conclusiones la necesidad de incluir las dimensiones física, social y emocional en el concepto de salud. Se redefine la salud como: “el estado de completo bienestar físico, mental y social” y no la mera ausencia de enfermedad o trastorno como se consideraba anteriormente (Cf. FLORES, J.1999).

#### **3.2 Contexto histórico del cuidado de Enfermería**

El cuidado es tan antiguo como el hombre, y enfermería tiene sus orígenes a partir de la especialización misma del cuidado, ha sufrido transformaciones propias de la historia y ha encontrado lugar con el desarrollo y ejecución de los principios científicos y la evolución; ha construido caminos hacia el desarrollo de un cuidado con conocimiento y ejercicio altruista.

El concepto de especialidades de enfermería era literalmente desconocido antes de la influencia de Florence Nightingale y el surgimiento de la enfermería moderna; se espera que cada enfermera se ocupe del paciente sin tener en cuenta el tipo de enfermedad que justificaba los cuidados. Los enfermos no fueron separados por enfermedades hasta las primeras décadas de siglo XX. Puede que este cambio sea el factor desencadenante del movimiento de la especialización, ya que los pacientes eran colocados en áreas específicas de acuerdo con los diagnósticos médicos. Sin embargo, hasta la II Guerra Mundial las enfermeras trabajaban como personal de enfermería general en los hospitales como enfermeras de salud pública (Cf. LÓPEZ 2010: 2-7).

Con el tiempo, la tendencia hacia las unidades de cuidados especializados fue cobrando importancia, y como ella evolucionaron los papeles de enfermería: orientado a los cuidados.

Las primeras especialidades de enfermería surgieron a finales del siglo XIX y principios del siglo XX: la enfermería partera y la enfermería anestésista. En la actualidad siguen vigentes los mismos tipos de lucha por la especialización de enfermería.

Durante la II guerra mundial, se empezó a contratar rápidamente enfermeras para todo tipo de plantas de fabricación, una práctica que, en la mayoría de los casos se continuaría después de la guerra.

La década de los sesenta, fue testigo de otro periodo de notable crecimiento de la especialización de enfermería, que ha continuado hasta la actualidad. En los hospitales se desarrollaron todo tipo de campos de especialización (Unidades de cuidados coronarios, unidades de cuidados intensivos quirúrgicos y médicos, unidades de quemados, unidades de diálisis, unidades de oncología, etc.), que obligaron a un cambio en los papeles de enfermería, determinando a

empezar a experimentar con el papel de “especialista clínica” o “enfermera clínica”. Este nuevo concepto permitió que las enfermeras utilizaran sus saberes para la práctica de la enfermería avanzada.

Con el desarrollo de altas tecnologías este cuidado se ha especializado cada día más y la interacción enfermero – paciente ha adquirido un engranaje más fino y holístico, permitiendo un abordaje del cuidado en un contexto físico y emocional obedeciendo a las demandas del paciente, familia y sociedad.

### **3.3 Comunicación interpersonal en enfermería**

Aguilar V. (2014) define la comunicación como un intercambio de información entre dos o más personas, con el objetivo de provocar una respuesta, con lo cual no únicamente es un mero intercambio sino que es un proceso en el cual se debe producir un retorno continuo de la información para que sea procesada por los participantes de dicho proceso, “un mensaje a un receptor con la intención consciente de afectar a su conducta posterior”, entendemos que la forma en que a las personas les llega la información influye en su posterior manera de actuar, o también que una persona bien informada se siente considerada, valorada y respetada y por tanto, es posible que su conducta sea de colaboración y de integración al equipo.

Apoya esta idea el concepto definido por Shannon y Weaver, ya que postulan que comunicación es “todo aquello que sucede entre dos o más mentes. Dado que la conducta es aquello que perciben los demás, toda conducta es comunicación y toda comunicación

Por otro lado, según las posturas teóricas de Peplau, King y Trevelbee consideran la comunicación interpersonal de enfermería como un proceso recíproco que se da en situaciones de encuentro o desencuentro por lo que se comunican pensamientos, sentimientos y actitudes,

y se comparten subjetividades, lo que permite ver el cuidado de enfermería como una labor humanitaria que facilita el crecimiento de cada uno en un proceso que difiere en cada caso en particular (Cf. SALAZAR M. 2008: 107 – 115).

Asimismo, Morse dentro de sus cinco categorizaciones ontológicas consideran el cuidado de enfermería como una relación interpersonal e interacción personal en ésta hay comunicación, confianza, respeto y compromiso de uno con el otro. Este autor considera que la interacción permite la integración de los sentimientos entre las dos partes permite establecer la posibilidad de dar o recibir ayuda. Esta integración de sentimientos y acciones en el encuentro, de tal manera que la interacción enfermera-paciente es cualitativamente diferente a un encuentro sin cuidado. Desde este punto se cree que la interacción enfermera-paciente y/o familia es la esencia del cuidado y abarca sentimientos y comportamientos que ocurren en la relación, esta interacción con el paciente y la familia, la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva se constituye en un escenario para el encuentro con el otro, y es el eje para desarrollarse y ser con otros, es decir, es un elemento fundamental del cuidado (Cf. SALAZAR M. 2008: 121 – 125).

Según Rocha O, (2013) al relacionarse con el paciente, la familia y la comunidad, la enfermera marca su presencia profesional al expresar el cuidado dialógico. Así, la comunicación es una de las herramientas básicas para sostener el proceso de “cuidar”, se revela como un eslabón esencial del cuidado al aproximar los sujetos proporcionando momentos de intercambio, de interés y preocupación con el otro. Esto evidencia la interdependencia entre la comunicación y el cuidado, toda vez que no hay acción de cuidar que no se constituya en una acción comunicativa. La importancia de la relación en el cuidado está constituida por la esfera subjetiva

cuando se refiere a sensibilidad, creatividad, intuición, vivencia relación y expresiones afectivas. En la esfera objetiva hay desarrollo de técnicas, procedimientos y acciones instrumentales.

Esta acción de cuidar involucra la comunicación con el paciente por medio de palabras, gestos, posturas y hasta incluso el silencio. Esto contrasta con lo dicho por Trevelbee en su teoría de interacción donde considera que el personal de enfermería planea, dirige y guía la interacción de tal manera que se desarrolle la relación que es primordialmente una experiencia o serie de experiencias subjetivas entre la enfermera y el paciente o un miembro de la familia. Esta experiencia (proceso comunicativo) se caracteriza por una manera particular de comportamiento, percibida, pensada, sentida y actuada recíprocamente (Cf. SALAZAR M. 2008: 212).

En cuanto a la comunicación interpersonal, al relacionarnos con los demás se utilizan dos tipos de comunicación:

- **Comunicación verbal**

Admite el contenido del mensaje y ésta dada mediante una lengua con estructura sintáctica o gramatical o con una lengua con código de signos por ejemplo la duración, generalidad, formalidad, veracidad, humor y turnos de palabras.

- **Comunicación no verbal**

Es expresada mediante el cuerpo y señales de voz por ejemplo la expresión facial, mirada, gestos, proximidad, tono postural y apariencia (Cf. GARCÍA R, 2012: 49-61).

La comunicación en sus aspecto verbal y no verbal es uno de los instrumentos básicos de la

práctica de enfermería así como la destreza, la habilidad manual, el conocimiento Travelbee hace hincapié en la importancia que tiene la comunicación ,interacción persona a persona, como parte del proceso de enfermería que permite conocer e identificar las percepciones, pensamientos y sentimientos de los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo; al igual que recuperar el valor de la interacción en el cuidado de enfermería se constituye un desafío para los profesionales por cuanto generalmente lo visible del cuidado son los procedimientos y las técnicas y lo que no es visible pero si es percibido por los pacientes y familiares son la exploración de sentimientos temores, frustraciones, inquietudes que van a constituir y dejar huella es sus vidas y harán parte de las vivencias y de sus experiencias (Cf.VANEGAS, 2008: 43).

Para concluir se puede decir que la comunicación interpersonal en enfermería involucra la subjetividad de sentimientos en donde se involucra el afecto, la empatía, la cordialidad y humanización del cuidado; cuando la enfermera establece la relación a través de la comunicación cumple la finalidad del cuidado, así, sin comunicación no ahí cuidado enfermero.

### **3.4 Relación enfermera paciente en la Unidad de Terapia Intensiva.**

Joyce Travelbee (1966), define la enfermería como “un proceso interpersonal, por el cual el enfermero ayuda a una persona, una familia o una comunidad a prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesarios, a dar sentido a estas experiencias”. El proceso interpersonal involucra una serie de contactos que los enfermeros llevan a cabo con los pacientes, que van desde contactos verbales hasta la interpretación de gestos y movimientos que son utilizados para informar y comunicar cuando no es posible hacerlo mediante el lenguaje hablado. Otro atributo de la interacción enfermero-paciente

consiste en que genera cambios en ambos participantes; el enfermero influye sobre el paciente, lo mismo que éste lo hace sobre el enfermero; este hecho permite al enfermero apoyar a los pacientes y contribuir para el bienestar por la vía de prevenir la enfermedad, la inhabilidad y el sufrimiento, y contribuir al mantenimiento de la salud, o a una muerte con tranquilidad y dignidad (Cf, FLOREZ L. 100:120).

Joyce Travelbee (1969), en sus afirmaciones teóricas sostiene que “es responsabilidad del profesional de enfermería ayudar a las personas y las familias a encontrar un sentido a la enfermedad y el sufrimiento (si fuera necesario)”; pero se debe tener en cuenta que en la asistencia a los pacientes en estado crítico se presentan condiciones específicas que demandan del enfermero un abordaje especial, con características propias y que ofrece mayores dificultades en muchas ocasiones. En este tipo de pacientes la enfermedad está presente hasta el grado de poner en peligro la vida; el cuidado de enfermería debe estar dirigido a preservar la vida y a la resolución de los problemas más apremiantes; a enfrentar la enfermedad y el sufrimiento; en otras palabras, a devolver la salud o a lograr el más óptimo nivel de salud posible. La preocupación de la enfermería estará relacionada entonces con asistir a los pacientes para enfrentar la enfermedad, el sufrimiento y el estrés que estas situaciones generan; a prevenir complicaciones; a reconocer tempranamente los signos de enfermedad; a participar en un tratamiento oportuno, y a recuperar la salud (Cf, FLOREZ L. 2002:105).

Ida Jean Orlando (1978), sostiene que “la enfermera tiene la responsabilidad de ayudar al paciente a evitar y aliviar el malestar que se deriva de las necesidades no satisfechas”. Así el ejercicio enfermero debe girar hacia apoyar, animar y brindar confianza respecto a la recuperación, pero cuando se está frente a aquellos pacientes que no recuperan la salud

completamente, se hace necesario enseñar a vivir con enfermedades crónicas, a controlar los síntomas de la enfermedad, a realizar técnicas y procedimientos para el mantenimiento de la salud; además de promover la adherencia a los tratamientos, ayudar a enfrentar los sentimientos de desesperanza y a explorar las percepciones y contribuir al entendimiento de la enfermedad. Para enfrentar las necesidades de cuidado de los pacientes, los enfermeros deben tener un método lógico para enfocar los problemas; conocimiento sobre conceptos y principios de física, biología, psicología, y de ciencias médicas y de enfermería; pero también “es fundamental poseer la habilidad para usar sus conocimientos en el cuidado de los pacientes y la capacidad para convertir el pensamiento en acciones inteligentes orientadas a resolver los problemas del paciente”, como lo expresa Jean Watson (1988), (Cf, FLOREZ L. 2002:110).

García R, (2012), indica que la relación enfermero-paciente involucra variados contactos físicos en la realización de procedimientos, la interpretación de gestos, movimientos y posiciones con las cuales los pacientes, sometidos a ventilación mecánica, comunican sus emociones, sentimientos y percepciones, debido a que no pueden expresarlos por medio del lenguaje hablado. Así mismo, los enfermeros deben poseer la habilidad para buscar opciones comunicativas cuando el lenguaje hablado no es posible; negocian movimientos y gestos del lenguaje simbólico, a los cuales atribuyen significados en la comunicación; además, deben recurrir a papeles y elementos para escribir lo que no es posible decir oralmente. La preocupación de la enfermería estará relacionada con asistir a los pacientes para enfrentar la enfermedad, el sufrimiento y el estrés que estas situaciones generan. Los contactos con los pacientes en estado crítico son más frecuentes, y el tiempo de permanencia de los enfermeros al lado de la cama es más prolongado; los pacientes requieren frecuentes procedimientos que hacen que los enfermeros permanezcan más tiempo con ellos. Pero también, las intervenciones

que generan dolor y sufrimiento son frecuentes y los pacientes ponen en manos de los enfermeros su propia seguridad, su confort y comodidad, aun cuando ellos en la práctica del cuidado también contribuyen al sufrimiento; el riesgo aquí consiste en la despersonalización que se deviene de la tecnología avanzada de los cuidados. Al respecto Leininger (1960) señala: “cuanto mayor es la evidencia de dependencia de la enfermera en las labores y actividades tecnológicas, mas importantes serán los signos de distanciamiento interpersonal y menor la satisfacción del paciente”.

La contribución de los enfermeros a la superación de los problemas de los pacientes parte de la identificación e interpretación de múltiples signos clínicos aportados por monitores, ventiladores mecánicos, reportes de laboratorio y examen físico con los cuales los enfermeros construyen el “perfil clínico” de los pacientes, que luego servirá de base para la toma de decisiones; las fuentes de información son múltiples, incluso se puede llegar a pensar que el paciente es quien menos información aporta; lo que no debe olvidarse es que es el paciente, en coordinación con los aparatos e instrumentos, quien en realidad genera la información y expresa sus necesidades (Cf. VANEGAS, 2008: 68).

Según Vanegas, (2008), la satisfacción de sus necesidades, los pacientes en estado crítico requieren de un cuidado de enfermería riguroso, permanente, ético y empático, brindado por enfermeros comprensivos, tolerantes y bien entrenados en el uso de sus conocimientos.

Tan solo seres humanos que necesitan atención, servicios y asistencia de otros seres humanos a quienes se supone capaces de prestar los cuidados necesarios”. Así mismo, plantea que “el ser humano es un organismo biológico, afectado, influenciado y transformado por factores hereditarios, culturales y por experiencias previas; es una criatura de contradicciones y

confrontaciones constantes, que debe enfrentar conflictos y opciones para tomar decisiones; es un organismo pensante, con la habilidad de tener pensamientos lógicos y racionales, pero también puede tornarse emocional e ilógico” (Cf. SALAZAR M. 2008: 130 – 135).

Según Flórez L. (2002), la comunicación con los pacientes en ventilación mecánica no es fácil; ellos tiene claras limitaciones para expresarse, y para los enfermeros es difícil entender lo que los pacientes quieren; la capacidad para entender los mensajes se logra con la práctica, con los repetidos intentos por hacerse entender, con el desarrollo de códigos y señales mediante el movimiento de los dedos, de las manos, de los ojos, de la cara, de los labios y de la cabeza; incluso en algunas ocasiones los pacientes pueden escribir lo que quieren decir.

Las habilidades comunicativas como leer, observar, escuchar, interpretar, hablar y expresar son requisitos ineludibles para la práctica de la enfermería, debido a que en muchos casos la comunicación enfermero-paciente se lleva a cabo bajo circunstancias que ofrecen barreras y distorsiones; pero estas mismas circunstancias llevan a que la comunicación no verbal – mediante el silencio, los gestos, las expresiones faciales, los movimientos, el llanto o por el contacto o el olor adquiera un lugar preponderante. Mediante la comunicación y la observación el enfermero conoce a los pacientes y obtiene de ellos la información necesaria acerca de sus necesidades, respuestas y sentimientos para tomar decisiones respecto a las estrategias de comunicación o de la terapéutica requerida (Cf, FLOREZ L. 202:205).

### **3.5 El Modelo de Peplau**

Proponen resultados menos abstractos y más específicos en la práctica que las grandes teorías. Son propias del ejercicio de la enfermería y delimitan el campo de la práctica profesional, la edad del paciente, la acción o intervención de la enfermera y el resultado propuesto.

### **Teoría psicodinámica de la Enfermería:**

Relaciones interpersonales:

1. Psicodinámica de relaciones interpersonales
2. Teoría psicoanalista.
3. Teoría de las necesidades humanas
4. Concepto de motivación y desarrollo personal.

En su modelo de enfermería psicodinámica, describe su teoría de las relaciones interpersonales, en la que analiza la relación de enfermera/o-paciente; en las que identifica y describe cuatro frases: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución.

Esta teoría permite que los profesionales de enfermería dejen de centrarse en la atención biofísica de la enfermedad, y acercarse a los sentimientos y los comportamientos frente a la enfermedad, ellos pueden ser explorados e incorporados a las intervenciones de enfermería. Conseguiremos, que surja una relación entre enfermera/o - paciente que permita afrontar los problemas que aparezcan de manera conjunta. Integró en su modelo las teorías psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad, al mismo tiempo que el crecimiento de la teoría enfermera era algo relativamente novedoso (Cf, HERRERA ARCE 2003: 202 - 205).

Los cuidados en enfermería psicodinámica exigen ser capaz de comprender nuestra propia conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas y aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen a todos los niveles de experiencia. La enfermería es un importante proceso interpersonal y terapéutico

Peplau empleó conocimientos tomados de la ciencia conductual, el modelo psicológico. Este permite al enfermero situarse fuera de la concepción de enfermedad hacia otra orientación e incorporar el significado psicológico de los acontecimientos, sentimientos y conductas a las intervenciones de enfermería. Esto nos permite enseñar a los pacientes cómo debe experimentar sus sentimientos y explorar con ellos la forma de asimilar estos sentimientos. El sistema conceptual de las relaciones interpersonales está encaminado al desarrollo de la capacidad de los enfermeros/as para emplear estos conceptos.

En esta época se describían la conducta dentro de una teoría enfocada al psicoanálisis. Los principios del aprendizaje social, concepto de la motivación humana y el concepto del desarrollo de la personalidad.

Peplau define al paciente como un ser humano, como una persona o cliente. Define la enfermería como un proceso interpersonal terapéutico. Este funciona cooperativa-mente con otro proceso humano que hace posible la salud para individuos y comunidades. La enfermería es un instrumento educativo cuyo objetivo es asistir al paciente para que esté consciente y solucione los problemas que interfieren en su vida diaria, el paciente y la enfermera contribuyen y participan en la promoción de la interacción que se descubre entre ellos. Ambos son concebidos como seres humanos, cada uno con percepciones constituidas por sentimientos, pensamientos, deseos, pre suposiciones, expectativas y actividades. La interacción de estos es el centro del proceso de enfermería; se caracteriza por ser una comunicación de carácter lingüístico y terapéutico. Para la autora, la comunicación humana, las actitudes profesionales, la información son los elementos centrales del cuidado puesto que la enfermera es un profesional, con conocimiento, competencia que se traduce en servicios que los pacientes requieren o necesitan

dada su condición, para los cuales la enfermera puede proporcionar intervenciones adecuadas, y es fructífera cuando el método de comunicación significa que se está trabajando en la situación (Cf, HERRERA ARCE 2003: 302 - 306).

### **3.6 Principales conceptos y definiciones**

Enfermería psicodinámica: Según Peplau la enfermería psicodinámica es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia.

#### **Relación enfermero/Paciente**

Peplau describe cuatro fases en la relación enfermero paciente, en la cual se va produciendo a lo largo de la relación una interacción entre ambos para entender su problema y a determinar qué tipo de ayuda necesita.

Orientación: el individuo tiene una necesidad insatisfecha y precisa apoyo profesional.

Identificación: El paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarle (relación) El enfermero/a permite una exploración de los sentimientos que ayuda al paciente enfermo a reorientar dichos sentimientos y a desarrollar fuerzas positivas de su personalidad para satisfacer sus necesidades.

Explotación: el paciente obtiene todo lo que se le ofrece a través de la relación. Pueden proyectarse nuevos objetivos, alcanzables a través del esfuerzo personal.

Resolución: De una forma progresiva, los antiguos objetivos van siendo desplazados por otros nuevos. Durante este proceso, el paciente se libera de su identificación con el enfermero/a.

## **Papeles de la Enfermería**

Peplau" describe seis papeles diferentes de la enfermería que surgen durante las distintas fases de la relación enfermero/a-paciente

Papel del extraño: Durante la fase de orientación, el individuo tiene una "necesidad insatisfecha» y precisa apoyo profesional. El enfermero/a ayuda al paciente a reconocer el papel de extraño. El primer papel del enfermero/a es el papel de un extraño. Debido a que el enfermero/a y el paciente no se conocen, el enfermero/a debe tratar al paciente como si su capacidad emocional fuera normal, aunque las pruebas indiquen lo contrario.

Papel como persona a quién recurrir: el enfermero/a proporciona respuestas específicas a las preguntas, especialmente sobre información sanitaria, y explica al paciente su tratamiento o su plan médico de cuidados. Estas preguntas surgen generalmente en el contexto de un problema mayor.

El enfermero/a determina qué tipo de respuesta resulta adecuada para un aprendizaje constructivo, bien sean respuestas fácticas directas o respuestas que proporcionan apoyo.

Papel docente

El papel docente es una combinación de todos los papeles y procede siempre de lo que el paciente conoce y desarrolla en función de su interés y su deseo de ser capaz de emplear información»

### **Separa la enseñanza en dos categorías:**

Instructiva, que consiste mayormente en dar información y experimental, que implica la experiencia del paciente como base a partir de la cual se desarrolla, los productos del aprendizaje.

Papel conductor, el enfermero/a ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y de participación activa.

Papel de Sustituto, el paciente asigna al enfermero, un papel de sustituto. La función del enfermero/a es ayudar al paciente a encontrar similitudes entre él/ella y la persona recordada. Luego debe ayudar al paciente a ver las diferencias entre su papel y el de la persona recordada. En esta fase, tanto el paciente como el enfermero/ra definen áreas de dependencia, independencia y. finalmente interdependencia

Papel de Asesoramiento: El asesoramiento de la relación enfermero/a -paciente se manifiesta en la forma en que los enfermeros/as responden a las demandas del paciente Peplau afirma que el propósito de las técnicas interpersonales es ayudar al paciente a recordar y comprender plenamente qué es lo que le ocurre en la situación actual, de modo que pueda integrar esa experiencia en vez de disociarla de las demás experiencias de su vida.

Supuestos y afirmaciones teóricas principales:

### **Supuestos principales**

Peplau identifica dos supuestos explícitos:

Un supuesto implícito sería que "la profesión de la enfermería tiene la responsabilidad legal de aplicar de forma eficaz la enfermería y de sus consecuencias sobre los pacientes".

### **Afirmaciones teóricas**

Peplau se refiere a la relación paciente-enfermero/a, al paciente y su conciencia de los sentimientos, y al enfermero/a y su conciencia de los sentimientos (Cf, HERRERA ARCE 2003: 310).

### **3.7 El paciente que ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva**

El ingreso a una unidad de cuidados intensivos, genera en el paciente un cambio de ambiente, que en muchas ocasiones se traduce en perturbación, angustia, dolor ansiedad, temor, poca capacidad de adaptación a su nuevo rol, los pacientes que han egresado de estas unidades manifiestan que no es fácil adaptarse y depende mucho del equipo sanitario lograr facilitar y educar en esta situación (Cf. BESSO, José y otros.2006).

Según el consenso de cardiología en Argentina en el año 2001, cuando se habla del paciente crítico se deben considerar dos condiciones que le acompañan durante su internación:

- Un sistema interindividual, juegan aspectos psíquicos y físicos dentro del mismo sujeto, facilitando o dificultando la recuperación de su enfermedad.

Un sistema interindividual, donde es importante la relación del paciente con el mundo, y en este caso particular, el mundo del paciente se reduce al personal de la unidad donde se encuentra hospitalizado y el ambiente físico de ésta. Al entrar en interacción estos dos sistemas, surge la relación “asistente-paciente”, esta relación posee y genera energía propia capaz de producir influencia positiva ó negativa en el paciente.

Para el paciente que ingresa a la Unidad de Cuidado Crítico (UCI), constituye una experiencia nueva, única a veces terrorífica, estar enfermo en un ambiente de éste tipo, cobra especial relevancia la adaptación a este nuevo estado y sistema de vida.

### **3.8 Factores derivados de la hospitalización en Unidad de Cuidado Crítico**

Según Buggedo, Guillermo (2005), las consecuencias de estar sometido al ambiente de la unidad de cuidado intensivo generan en el paciente una serie de transformaciones que se convierten en

gatillos generadores de estrés y poca capacidad de adaptación; los más comúnmente relatados por los pacientes y descritos en diferentes estudios dirigen a:

- ❖ Deprivación sensorial
- ❖ Deprivación afectiva
- ❖ Alteración del sueño

En la Unidad de Cuidado Crítico (UCI) hay deprivación sensorial en el ambiente que varía según la construcción e implementación con la que cuente la institución, por otro lado, el personal tiene que preocuparse tanto de los dispositivos de vigilancia y atención física que es limitado el tiempo para atender el paciente en sus necesidades psicológicas, afectivas y en su aislamiento del exterior.

Desde el punto de vista del paciente éste tiene el peligro real de morir, la terapia técnica es necesariamente agresiva, invasora, dolorosa, pierde la privacidad respecto a su corporalidad, hay exposición constante a extraños, manipulación de su cuerpo por múltiples manos, la interrupción del sueño por permanentes y necesarios controles, una posición corporal no usual, dificultad para adoptar posiciones cómodas como las cotidianas, la no ingesta de comida, o comida distinta, a veces la inmovilidad de su cuerpo o parte de él, el olor a medicamentos y elementos químicos usados, el olor humano al natural propio ó ajeno, la conexión con aparatos técnicos, la escasa visión de sólo la pared, el techo y el personal que lo atiende, en lo auditivo, el ruido de los respiradores artificiales, alarma de otros monitores, sonidos de instrumental, quejidos, voces desconocidas, preguntas e instrucciones del personal, etc.(Cf. CERASO, H Daniel y otros : 2007).

Todo esto es una situación de absoluta necesidad por su condición de enfermo crítico a merced

de estas nuevas personas, de las cuales depende absolutamente y a las cuales debe entregarse, sin alternativas posibles. Se puede notar que la larga lista enumerada corresponde a la disminución de estímulos sensoriales, estímulos positivos con connotación afectiva, hay monotonía sensorial, presencia de estimulación negativa que alarma al paciente. En este contexto se produce una variada gama de trastornos psíquicos en los pacientes en situación crítica.

Hay trastornos de tipo psicorreactivo y trastornos de base somática. Los trastornos de tipo psicorreactivo, se caracterizan por la presencia de sentimientos y temores depresivos y constituyen un tipo de reacción emocional. Al choque provocando por la vivencia de la “enfermedad de catástrofe”, los sentimientos de depresión se exteriorizan por disforia, situación deprimida, acentuada tendencia a llorar, situación de resignación apática (en forma de desesperación ó desesperanzada) estos signos aparecen como agotamiento.

Los temores depresivos se exteriorizan en forma de tensión, angustia, agravamiento de los síntomas y temor a la muerte.

La autora Ana Gómez (2011), en su conferencia de atención integral al paciente crítico y a su familia, muestra como el paciente elabora una reacción psíquica que se manifiesta así:

Trazo de infantilismo acentuando: este se manifiesta por sentimientos de total abandono y dependencia, que se acompaña con deseos acentuados de apoyo y auxilio, la reactualización de la conducta de la primera infancia representa una condición psíquica esencial para aceptar los procedimientos terapéuticos, la aceptación incondicional de los mismos hace en realidad necesaria una actitud infantil de creencia y de supresión de capacidad de crítica, poco habitual en los adultos.

“Junto al infantilismo se observan rasgos de hipocondrías, secundarias, como una expresión de un segundo proceso psíquico de elaboración, Se entiende por hipocondría secundaria, la tendencia del paciente a convertir el órgano enfermo, el objeto preferido de auto observación temerosa. A consecuencia de la enfermedad que pone en peligro la vida se retiran afectos del mundo exterior y se vuelcan el propio cuerpo, éste se convierte en un fragmento del mundo exterior que es sometido a una ocupación emocional. Un tercer proceso de elaboración psíquica, son las tendencias al engaño, representa una conducta elemental de defensa del paciente y funciona de forma óptima frente a las enfermedades con amenaza vital. este engaño sirve para disminuir o suprimir la vivencia consientes de percepciones corporales desagradables y también de circunstancias externas repulsivas, así le es posible al paciente tolerar su grave enfermedad, a la amenaza vital, que implica y al grado objetivo de la gravedad de la enfermedad, a la amenaza vital que implica al grado objetivo de dependencia respecto al grupo de médicos, enfermeros y asistentes. Por otra parte, actúa también sobre los sentimientos depresivos y los temores, de forma tal que los pacientes llegan a aparecer en situaciones extremas como despreocupadas o alegres, junto a éste engaño claramente perceptible se mantiene, excepto consecuente y agresiva (a menos que exista graves trastornos de conciencia).

Merecen particular consideración, los procesos de defensa en los estados de temor de la muerte, estos procesos se manifiestan desde el punto de vista sintomático en una inquietud y agitación muy intensas, al parecer inmotivadas con deseos y temores de auxilio, también por otra parte en las siguientes ilusiones, acompañadas a menudo de pánico, se cree sufrir graves enfermedades en otros sistemas, no se puede vivir entre cuatro paredes, se teme perder la razón o volverse loco, todos estos estados pueden combinarse con intensos esfuerzos de huida, los factores coadyuvantes en los trastornos psico reactivos son: conciencia de la enfermedad, reducción de

los estímulos sensoriales, privación afectiva, incomprensión involuntaria de médicos y personal asistente (hay razones de peso, exceso de trabajo, escaso personal, turnos pesados, desconocimiento, limitación de recursos materiales y humanos).

Trastornos de base somática: se denominan síndromes de transición, se refiere a la psicosis funcional, y sus fases previas no psicóticas, llamadas alteraciones funcionales, se trata de trastornos psíquicos en los que predominan trastornos psicopatológicos de la conciencia de cantidad y calidad distintas. Estos trastornos psíquicos son más frecuentes y acentuados en las unidades de cuidados intensivos. Las diferencias cuantitativas se refieren a transiciones de trastornos leves, como abatimiento, inquietud motora temerosa, pérdida de conciencia y delirio.

### **3.9 Estrés y afrontamiento en la Unidad de Cuidado Crítico**

López-Espinoza, A. (2010), refiere que un progreso importante en este siglo fue la diferenciación de los efectos estresantes en generales y específicos. Hans Selye insistió en la influencia de estresantes generales en muchas enfermedades. Walter B. Cannon, cuyos trabajos sobre emoción y respuesta psicológica precedieron a los estudios de Selye, documentó el efecto estresante específicos sobre los sistemas corporales.

Se observó en el estrés reciente, que el sujeto que percibe el evento de alerta como desafiante, produce elevaciones significativas de las catecolaminas séricas sin cambiar las concentraciones séricas de prolactina o cortisol. En cambio, sí lo percibe como abrumador, inductor de conductas de sumisión y derrota, produce elevaciones acentuadas de cortisol y la prolactina sérica, sin cambios de las catecolaminas. La investigación incluyó a otras disciplinas, como neurobiología, epidemiología, medicina interna, sociología, fisiología y psicología, describiendo la relevancia de las defensas psicológicas y las alteraciones de la conducta, destacando que el procesamiento

del estrés suele ser secuencial y predecible. Un modelo de estrés y afrontamiento fue diseñado por Richard Raje. Este modelo determina seis pasos importantes para el procesamiento físico y mental de la experiencia estresante. Son diferentes pasos que ocurren entre la experiencia inicial de estrés reciente significativo y el registro final de una enfermedad (Cf. LÓPEZ 2010: 2-7).

Según Vargas, Ruby Elizabeth (2007), mayoría de los sujetos pueden afrontar los pasos: percepción, defensas psicológicas, y control de la respuesta. Sin embargo, cuando las defensas psicológicas son ineficaces y los intentos de afrontamiento fracasan, el sujeto tiene un riesgo elevado de enfermar en el futuro próximo. Como Bien expresó J. Przybylski es evidente que los síntomas psicológicos son altamente individuales, dependiendo de factores constitucionales, ambientales y culturales, que en conjunto determinan el prisma psicológico donde se refractan los eventos diarios, en forma única e individual. Aquello que resulta ser agobiante para unos, puede ser placentero para otros.

El estrés o emocional provoca cambios en el sistema cardiovascular capaz de inducir eventos patológicos. Que ocurran o no estos eventos dependerá del aparato psíquico, mediador entre el mundo externo y el cuerpo o soma, con reacción del sistema autonómico-endocrino. Así el impacto de cualquier estrés dependerá de la sensibilidad o percepción individual.

Para el sistema autonómico-endocrino, la realidad percibida es la decisiva. El concepto de estrés es interdisciplinario. No se puede estudiar aisladamente sus efectos sobre el sistema cardiovascular sin tener en cuenta los aspectos psicosociales que hacen que un individuo ante un estímulo reaccione con toda una cadena de mecanismos. Este individuo no está “aislado” como una célula artificialmente colocada en un medio que le permite “vivir”, donde puede estudiarse sus reacciones eléctricas, bioquímicas y otras individualmente.

La vida es una maquina compuesta por millones de células que se interrelacionan a través de múltiples mecanismos hormonales, neurogénicos, inmunológicos.

Se da en un organismo con “experiencia” con” memoria”, o sea la capacidad de recordar hechos anteriores y esa memoria se va constituyendo en un ser vivo a lo largo del tiempo. Desde que es una sola célula y se divide en dos ya empieza el mecanismo de la vida, ésta es la base inicial de lo que Maturana y Varela llamaron “autopoiesis” o sea que la creación de un límite, una “membrana” va a separar a esas dos células y así sucesivamente (Cf. FLÓREZ 2010: 78-80).

### **3.10 Indicadores diagnósticos de riesgo psicosocial.**

Para Fink, P. Mitchell 2011, existen indicadores que permiten un diagnóstico de riesgo psicosocial durante la hospitalización.

Hostilidad:

- Irritabilidad
- Actitud rechazante
- Agresividad, enojo
- Percepción constante de injusticia

Depresión-Ansiedad:

- Ideas de muerte
- Temores
- Trastornos del sueño.

Autorreproches

- Limitada o nula interacción con otros

- Nerviosismo

- Agitación

- Inestabilidad

Alexitimia:

- Dificultad para identificar y describir sentimientos y sensaciones

- Limitada capacidad imaginativa

- Estereotipias de la conducta

Sobre adaptación

- Marcada necesidad de conformar a los demás

- Permanente actitud de “cumplimiento” con las obligaciones

- Alto nivel de exigencia

- Desatención de las propias necesidades

Negación:

- Trivialización de síntomas.

- Trivialización de la enfermedad

Estadios de la conducta ante la enfermedad

Para Cabanillas (1999), la conducta en la enfermedad y el rol de enfermo son influenciados por la experiencia previa y por las creencias culturales de la persona sobre la enfermedad, catalogándose así:

- Experiencia del síntoma: donde se decide que algo no marcha bien.

- Asunción del rol de enfermo: cuando el paciente se reconoce enfermo y necesita ayuda

profesional.

-Contacto con los servicios médicos: en los que se busca ayuda profesional.

Rol paciente-dependiente: quien transfiere el control al médico y sigue el tratamiento prescripto.

-Recuperación o rehabilitación: el paciente comienza a tomar un rol activo en su recuperación.

El instrumental médico que se utiliza es la comunicación, que deberá o no ser apoyada por la farmacología y/o la implementación de las prácticas intervencionistas. El avance tecnológico de esta última década es asombroso, los procedimientos de rehabilitación física también han progresado enormemente, pero es imprescindible tener en cuenta la díada Médico Paciente.

El autor Scott, señala la importancia para que el médico se haga cargo de esta responsabilidad.

Es necesario el enfoque interdisciplinario, que implica un abordaje médico y un abordaje psicosocial. Estos dos abordajes presentan importantes sustanciales diferencias en cuanto a: objetivos, lenguaje técnico y conductas terapéuticas.

### **3.11 Psicoterapia en el paciente crítico**

Se conoce de unidades donde el servicio de psicología ofrece apoyo terapéutico a los pacientes desde el ingreso, como una estrategia preventiva; es el caso de Venezuela, Chile o Argentina, aunque se debe aclarar que no es en todas las unidades, de las demás se da uso del servicio de psicología sólo como servicio interconsultante, tanto para la familia, como para el paciente y el equipo médico.

Según Flórez, Lozano (2010), la psicoterapia en las unidades es casi inexistente en América latina, la psicoterapia aplicada consiste en mantener metas, las metas del tratamiento limitadas

al alivio de los síntomas o a la restauración de un nivel previo de funcionamiento, inicio temprano del tratamiento, tan pronto después de la aparición de los síntomas como sea posible. Lain, Entralgo (1985), menciona que Hicam, Cargill Y Golden, estudiaron la reacción cardiovascular a los estímulos emocionales y demostraron que en la mayoría de las personas ejerce efectos sobre el sistema circulatorio similar al producido por pequeñas dosis de epinefrina.

### **3.12 Cuando efectuar la interconsulta psicológica al paciente crítico**

Zambrano, Alba. (2007), indica que, en el consenso chileno de atención al paciente quirúrgico crítico de 1989, La interconsulta psicosocial, es la interacción orientada hacia una mejor comprensión psicosocial del paciente; implica la participación del equipo interdisciplinario (Psiquiatra, psicólogo, asistente social, enfermeros entrenados en unidad intensiva). Surge como consecuencia de la percepción del médico tratante de la existencia de otros fenómenos que no son adecuadamente entendidos por él.

-Si se detectan indicadores de riesgo psicosocial.

-Si el paciente no responde a las prescripciones médicas.

-En caso de considerar indicada la utilización de antidepresivos o ansiolíticos por el grado de depresión o ansiedad.

El especialista no solo interroga al enfermo, sino que éste a su vez lo hace de diversas maneras; con su mirada, el gesto y la palabra.

El paciente está pendiente de cualquier actividad médica, atento al rostro de los profesionales, quiere saber si está en riesgo de muerte, que le van a hacer, teme que se le oculte información, o el efecto de las distintas prácticas que se realizan. Objetivos de la intervención.

### **3.13 Funciones del personal de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos (UTI)**

La enfermera que labora en las unidades de cuidados intensivos debe tener un perfil acorde a la complejidad de la tensión que allí se proporciona, de modo que lo esencial de ella tienda a resolver los problemas del paciente. Sus conocimientos deben ser fundamentados en la experiencia clínica y entrenamiento específico para la UCI de tal manera que participa en la toma de decisiones. Es por ello que el profesional de enfermería es un pilar fundamental en la atención que se brinda al paciente en estado crítico ya que con sus cuidados y procedimientos oportunos hace que la recuperación del paciente sea lo más exitosa posible.

Entre las funciones tenemos:

#### **a.-Función Administrativa**

Esta función le corresponde a la enfermera coordinadora de la UCI y en la ausencia de esta a las enfermeras profesionales de acuerdo al turno asignado, Conocer y dar a conocer la filosofía, misión, metas, objetivos y actividades de la institución y de la UCI. Velar por el cumplimiento de las políticas y normas de la institución y de la UCI.

Mantener informada a su jefe inmediato de las novedades y cambios del personal y situaciones especiales que así lo ameriten. Evaluar el personal a cargo según formato establecido. Cumplir y hacer cumplir las medidas en el comité de infecciones, con el fin de disminuir y evitar las infecciones en la UCI. Mantener comunicación con los servicios encargados de proveer los materiales y equipos. Participar en la ronda médica diariamente. Coordinar las funciones y las actividades en la UCI.

#### **b.- Funciones Asistenciales**

Dar asistencia directa a los pacientes.

Realizar la valoración y reconocimiento del estado de salud de los pacientes.

Evaluar el efecto de las actividades de enfermería.

Velar por el cumplimiento de indicaciones médicas.

Dar atención directa en procedimientos como:

- ✓ Toma de gases por punción
- ✓ Curaciones mayores e infectadas
- ✓ Instalar sostenimiento ventilatorio
- ✓ Instalación de monitoreo hemodinámica

Colaborar al médico en la realización de procedimientos invasivos y velar porque se cumplan las normas de asepsias.

Instalación de catéter venosos periféricos y sondas naso gástricas.

Aplicación y preparación de drogas especiales como la estreptoquinasa.

Instalar al paciente sometido a cirugía con circulación extracorpórea en la unidad preparada para tal fin.

Preparar el equipo necesario para los procedimientos especiales.

Determinar las prioridades en la atención directa del paciente crítico.

### **c.-Funciones Educativas**

Participa en las reuniones académicas programadas por la sección educativa de la UCI.

Colaborar con el jefe de educación en el entrenamiento del personal de enfermería de la UCI.

Participar en las reuniones con el personal y sesiones educativas.

Dar instrucciones en los procedimientos y manejos de equipo al personal de salas.

Dar orientación al paciente y a la familia sobre actividades específicas encaminadas a la recuperación y a su participación en el tratamiento y rehabilitación con el fin que se tengan elementos para el egreso.

Mantener actualizado al personal a cargo.

#### **d.-Funciones Investigativas**

Participar en las investigaciones que se determinen en la UCI.

Programar actividades que faciliten la investigación en la UCI.

## CAPÍTULO IV

### 4 MARCO METODOLOGICO

#### 4.1 Enfoque y tipo de investigación

**Enfoque** La presente investigación tiene un enfoque cuali-cuantitativo porque se fundamenta en los aspectos observacionales y susceptibles de cuantificar, permite valorar las actitudes de los enfermeros en relación con el paciente y su entorno, se sirve de la estadística para el análisis de los datos, mismos que se representan en gráficas; se presentó los datos obtenidos en porcentajes sobre los factores que influyen para que el personal de enfermería no tome en cuenta en la relación enfermero - paciente, la dimensión psico-socio-espiritual durante su estadía en Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán.

#### 4.2 Tipo de investigación

El tipo de investigación es analítico descriptivo, observacional porque se describe, observa y analiza situaciones y eventos como factores que influyen para que el personal de enfermería no tome en cuenta en la relación enfermero - paciente, la dimensión psico-socio-espiritual durante su estadía en Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán, Cobija – Pando. También corresponde a un estudio de tipo prospectivo y transversal, pues la relación de datos se realizó a partir de un momento determinado en el presente, realizando las mediciones futuras en un tiempo establecido por el investigador.

#### 4.3 Población

La población de estudio fue constituida por todo el personal de enfermería de la unidad de Terapia Intensiva del hospital Roberto Galindo Terán un total de 12 licenciadas en enfermería

durante el periodo de estudio.

#### **4.4 Muestra**

La muestra está constituida por el total de enfermeros de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán correspondiente a 12 profesionales de enfermería distribuidos por los diferentes turnos.

#### **4.5 Variables**

##### **4.6 Identificación de variables**

Variable independiente: Relación enfermera paciente

Variable dependiente: Dimensión bio- psico social espiritual.

##### **4.7 Definición de variables**

Relación enfermera paciente: contactos variados, físicos en la realización de procedimientos, la interpretación de gestos, movimientos y posiciones con las cuales los pacientes, comunican sus emociones, sentimientos y percepciones, debido a que no pueden expresarlos por medio del lenguaje hablado en algunas ocasiones.

Proceso complejo, continuo y dinámico entre dos personas enfermera paciente en el que el emisor debe dejar claro lo que quiere transmitir, además qué espera del receptor al transmitirle dicha información.

Dimensión bio-psico-social y espiritual: componentes biológicos, psicológicos, y espirituales en interacción constante con el entorno en el cual está inmerso el ser humano. Esta concepción implica la existencia de una relación de dependencia e influencia entre los distintos componentes de la persona.

#### **4.8 Criterios de inclusión**

Personal de enfermería que trabaja en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán Cobija.

Personal de enfermería que acepta participar del estudio, predisposición.

#### **4.9 Criterios de exclusión**

Personal de licenciadas en enfermería sin formación en Terapia Intensiva, requisito para trabajar en la Unidad de Terapia Intensiva.

Personal auxiliar en enfermería porque no es su ámbito de trabajo la Unidad de Terapia Intensiva.

#### 4.10 Operacionalización de variables

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS                                                                                                                                    | VARIABLES                                                                   | DEFINICIÓN CONCEPTUAL                                                                                                                                   | DEFINICIÓN OPERACIONAL                                                                                                             | DEFINICIÓN INSTRUMENTAL          | FORMAS DE PRESENTACIÓN |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| Identificar las características socio demográficas de las/os profesionales de enfermería que laboran en las UTI, 2do nivel.                              | Datos Socio-Demográficos                                                    | Son valores que reflejan las características específicas de los profesionales                                                                           | Edad<br>Sexo<br>Experiencia laboral                                                                                                | Cuestionario                     | Gráficos               |
| Describir los conocimientos de las/os profesionales de enfermería respecto a tipos de comunicación, mediante un cuestionario estructurado para este fin. | Conocimiento de las enfermeras de la UTI Técnicas de comunicación en la UTI | Información adquirida por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica respecto a: Técnicas de comunicación | Preguntas referentes a:<br>Valoración biológica<br>Valoración Psicológica<br>Valoración social y familiar<br>Valoración espiritual | Cuestionario                     | Gráficos               |
| Establecer cuáles son las acciones que realizan los enfermeros para la satisfacción de                                                                   | Acciones de enfermería para la satisfacción de                              | Cuidado Emocional que implica una actitud empática que predispone a la                                                                                  | Cumple<br>No cumple                                                                                                                | Guía de observación estructurada | Gráficos               |

|                                                                                                                                                                                     |                                                  |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              |  |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|
| necesidades bio-<br>pico-sociales y<br>espirituales,<br>mediante una guía<br>de observación<br>estructurada.                                                                        | necesidades<br>emocionale<br>s                   | enfermera a captar los<br>sentimientos, deseos,<br>intereses y<br>necesidades de la<br>persona que cuida,<br>para vivir en cierto<br>modo<br>su experiencia, sin<br>confundir nuestros<br>propios sentimientos |                                                                                                                              |  |                       |
| Elaborar una guía<br>de observación<br>estructurada<br>dirigida a la<br>evaluación del<br>cumplimiento de<br>una atención<br>humanizada en la<br>relación<br>enfermero<br>paciente. | Guía de<br>observación<br>de eventos<br>adversos | Conjunto de<br>procedimientos<br>destinados a<br>estandarizar un<br>comporta-miento<br>humano u sistémico<br>artificial frente a una<br>situación específica                                                   | Guía:<br><br>Satisfacción de<br>los cuidados<br>físicos<br>realizados<br><br>Cuidados psico<br>emocionales y<br>espirituales |  | Guía<br>estandarizada |

#### **4.11 Método e instrumentos de recolección de datos**

Los instrumentos utilizados para obtener la información de los sujetos de estudio son:

Cuestionario, porque ayuda a recabar, cuantificar, universalizar y finalmente, comparar la información recolectada. Como herramienta, el cuestionario permite llegar a un mayor número de participantes, facilitando el análisis de la información (anexo N° 1).

Guía de observación, porque ayuda a registrar observaciones sistemáticas realizadas en forma directa o indirecta. Permite estimar la presencia o ausencia de una serie de características o atributos relevantes en el proceso de atención del paciente crítico en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán (anexo N°2).

Los instrumentos fueron validados por criterio de expertos, corrección y mejorar el cuestionario y guía de observación estructurada (verificación de actividades de enfermería), para cumplir con el objetivo de las variables de estudio.

#### **4.12 Procedimiento de recolección de la información**

Para la recolección de datos, se procedió de la siguiente manera:

Solicitar la autorización y permiso para la aplicación del cuestionario al personal profesional de enfermería que trabaja en el servicio de terapia intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán, tanto al director médico como al jefe de enfermeros. Obteniendo su aceptación y aplicación del cuestionario y guía estructurada de verificación de actividades.

Se aplicó el cuestionario, se verifico actividades y procesos de los profesionales que trabajan en la UTI-HRGT en los diferentes turnos para recabar información requerida.

#### **4.13 Plan de tabulación y análisis**

Los datos se codificaron y etiquetaron en función de la definición y diseño de las variables en estudio.

La información que se recolectó se ingresó a una base de datos en una hoja electrónica de Excel Windows 2007. La Tabulación de los datos, se realizó según tablas de salida.

#### **4.14 Alcances y limitaciones**

##### **Alcances**

Este estudio está enmarcado en el área de relación enfermera - paciente en su dimensión bio-psicosocial y espiritual centrado en los factores que influyen para que el personal de enfermería no tome en cuenta en la relación enfermero - paciente, la dimensión psico-socio-espiritual durante su estadía en Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.

De tal manera que los resultados obtenidos en la investigación pueden servir como estímulo que despierte en la conciencia de los profesionales de enfermería que atienden a enfermos críticos, la necesidad de educarse y formarse en una ética del cuidado humanista que se preocupe de tratar a la persona como ser bio-pico social y espiritual.

##### **Limitaciones**

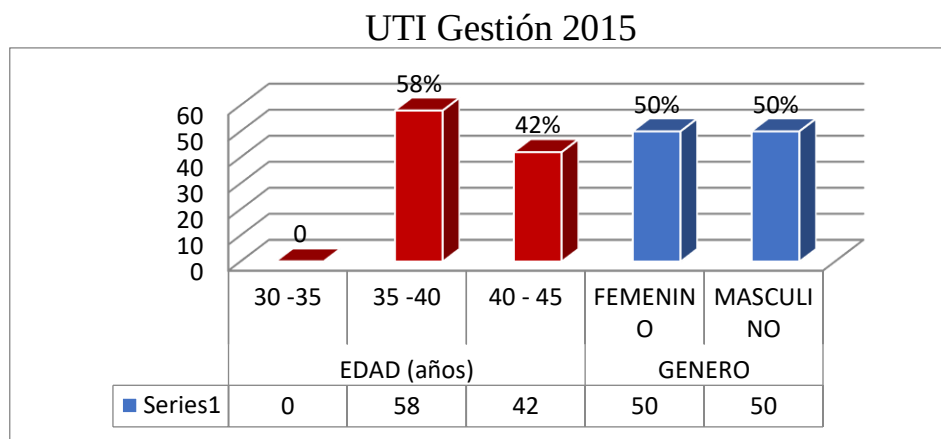
En cuanto a las limitaciones se puede destacar la falta de interés y cooperación por parte de algunas licenciadas del grupo a estudiar.

## CAPÍTULO V

**PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

## Características socio demográficas

Gráfico1 Distribución de profesionales de enfermería según sexo y edad

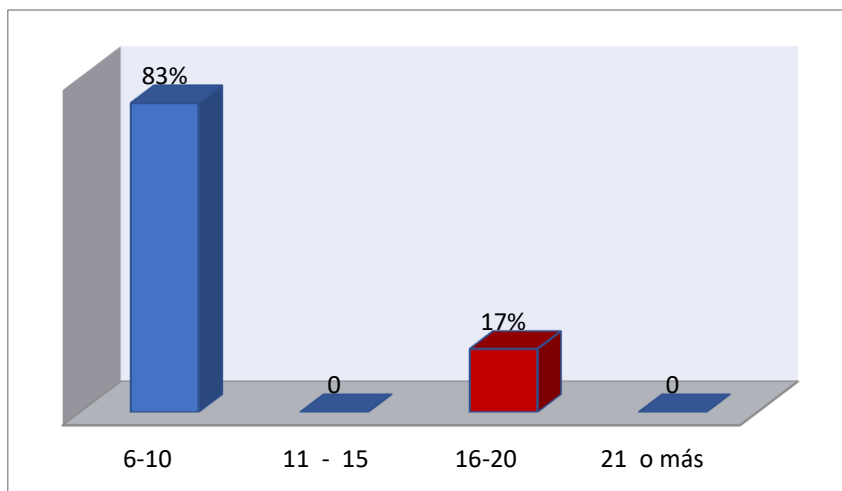


**Fuente:** Elaboración propia 2015

**Análisis:**

En la gráfica N° 1 se observa la distribución de las (os) profesionales según género y la edad, donde un 50% pertenece al género femenino y un 50% al género masculino y la edad se tiene como resultado que un 58% se encuentran en el rango de 35 – 40 años, un 42% de 40 – 45 años. La población del género femenino (50%) tiene cualidades específicas, como responsabilidad, tanto a nivel profesional, como personal, realiza múltiples trabajos como mujer, madre, ama de casa y profesional, en este sentido la enfermera se identifica como un grupo especial. La edad y los años de experiencia trabajando en el servicio de terapia intensiva es crucial, deben tener experiencia y madurez que permitan enfrentar la toma de decisiones frente al paciente crítico con diferentes patologías e inestabilidad hemodinámica que amenazan la vida de estos enfermos.

Gráfico 2 Experiencia laboral de las profesionales de enfermería UTI  
Gestión 2015



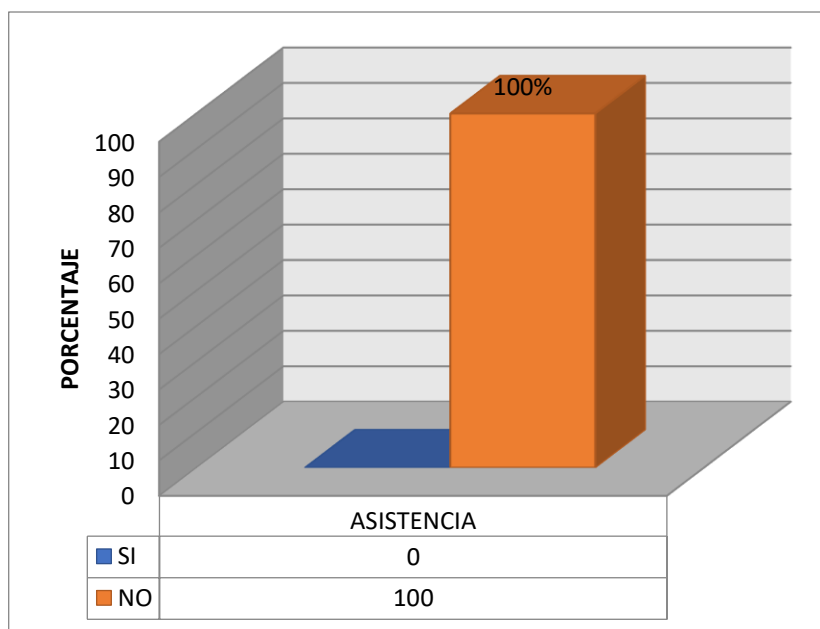
**Fuente:** Elaboración propia 2015

#### Análisis:

La gráfica N.º 2 contiene información sobre la experiencia laboral de las profesionales de enfermería de la UTI del Hospital Roberto Galindo Terán, el mayor porcentaje corresponde al 83% con un rango de 6 a 10 años de experiencia, seguido del 17% de los profesionales que corresponden entre 16 y 20 años de experiencia lo que demuestra experiencia de los profesionales en esta área de UTI de estos profesionales es relativamente amplia. Los profesionales deben tener experiencia y madurez que les permitan enfrentar la toma de decisiones frente al paciente crítico.

Por otro lado, el cuidado que exige una interrelación interpersonal demanda habilidades, que se adquieren con la experiencia de ser cuidador, para trascender y establecer la relación persona a persona con el paciente inconsciente en estado crítico. Según Meyer y Schwager (2007: 89-99) la experiencia es base fundamental del conocimiento y conjuntamente con los estudios garantiza el ser un excelente profesional.

Gráfico 3 Asistencia para capacitarse en materia de relación enfermera/o - paciente UTI gestión 2015



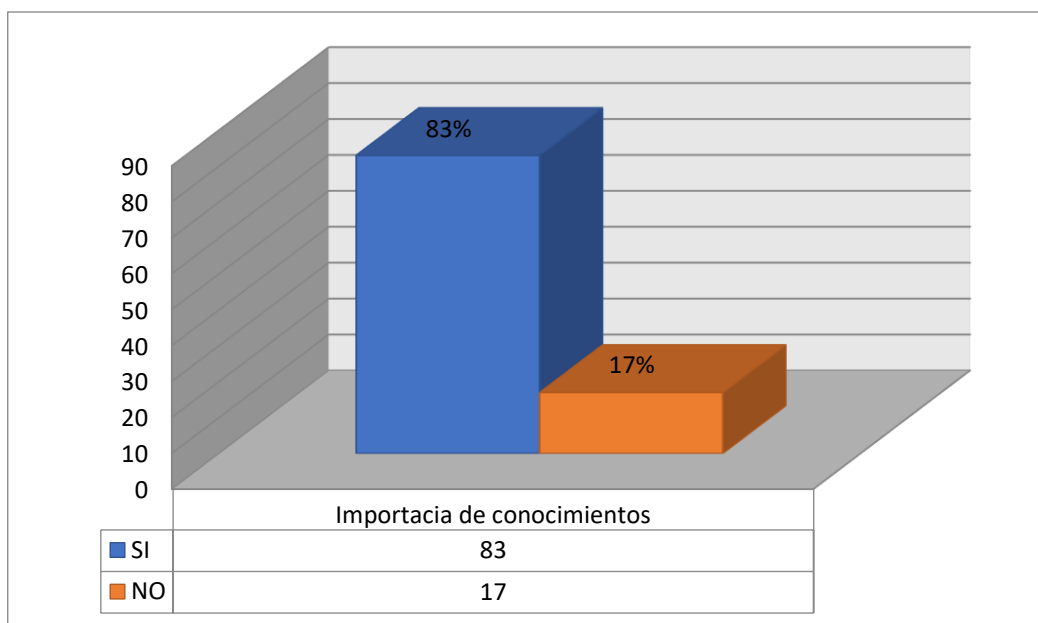
Fuente: Elaboración propia 2015

#### Análisis:

La presente gráfica representa la frecuencia de formación continua en materia de relación enfermera/o paciente en el servicio de UTI del HRGT, teniendo como resultado que un 100% no realizan cursos de capacitación, lo cual podría repercutir en la realización del cuidado, puesto que determina una práctica humanizada, en la cual ocurre un intercambio de mensajes compartidos, enviados y recibidos.

Para que la comunicación sea efectiva, el enfermero necesita comprender al ser humano como un ser activo y al cuidado como finalidad en las más variadas situaciones de la vida. La capacitación es un instrumento que permite favorecer los cambios de procesos mediante la ampliación del conocimiento, destrezas y habilidades que favorezcan el cuidado de la salud del paciente, buscando la mejora continua de los servicios de salud, que se generen de ellos se traduzcan en acciones innovadoras y factibles de aplicar en la labor diaria (Leon, 2010).

Gráfico 4 Percepción del enfermero/as sobre la importancia del conocimiento para relacionarse con el paciente UTI Gestión 2015



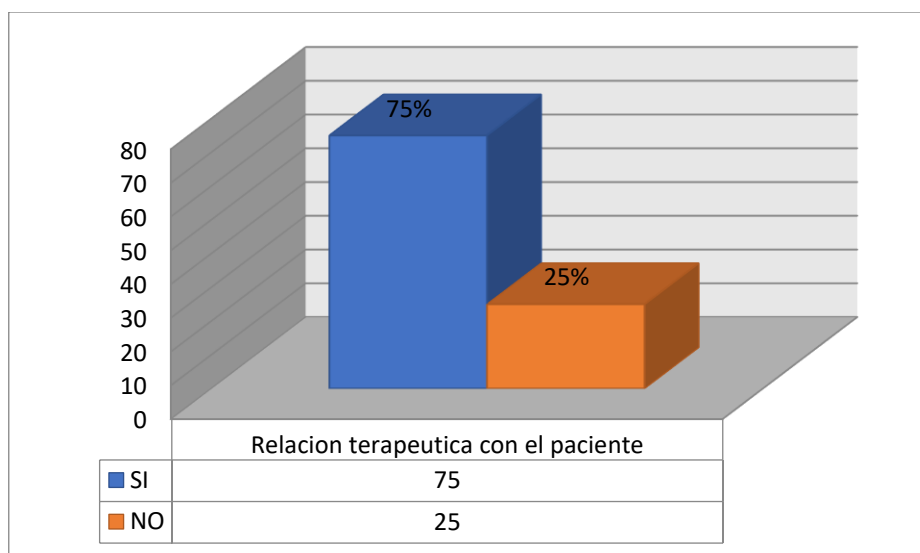
**Fuente:** Elaboración propia 2015

#### Análisis:

La gráfica muestra la percepción de los profesionales de enfermería sobre la importancia de relación enfermera paciente, el 83% de la población ha referido que, si es importante, un 17% indica que no es importante.

La proximidad y cercanía de los profesionales de enfermería de forma permanente y continuada con los problemas relacionados con la salud y la enfermedad hacen necesaria una profundización de conocimientos acerca de las características de la comunicación y de las relaciones humanas, así como del papel del colectivo en la atención de los ciudadanos

Gráfico 5 Percepción del enfermero/as acerca la terapéutica que recibe el paciente



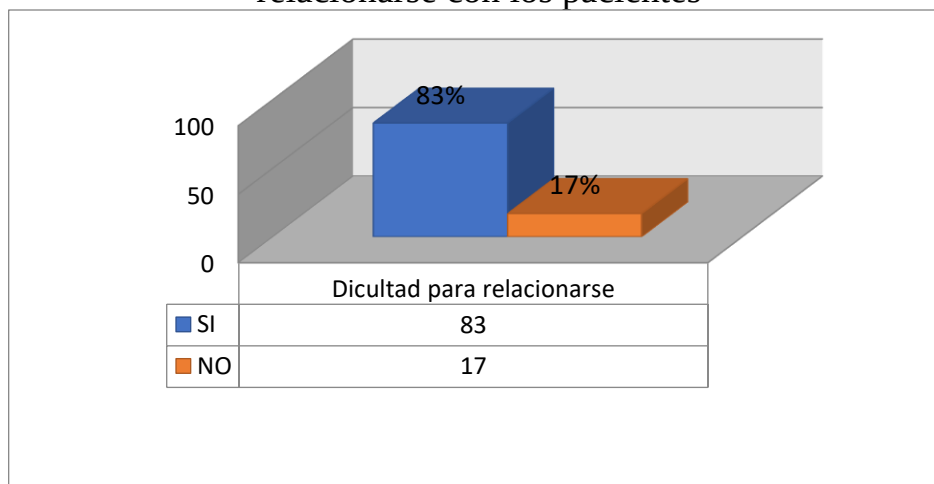
Fuente: Elaboración propia 2015

#### Análisis:

Con la siguiente gráfica se interpreta que un 75% de los profesionales que trabajan en la UTI del HRGT consideran que mantienen una adecuada relación terapéutica entendiendo esta relación como moderadora, respetuosa de la privacidad del paciente, y un 25% indican que no mantienen esta relación terapéutica.

Según López (2010), en el proceso de cuidar y ser cuidado, la comunicación se presenta como un vínculo entre el paciente y el enfermero, un elemento indispensable en la calidad de las relaciones, en la identificación del proceso salud-enfermedad y en la realización del cuidado, puesto que determina una práctica humanizada, en la cual ocurre un intercambio de mensajes compartidos, enviados y recibidos. Para que la comunicación sea efectiva, el enfermero necesita comprender al ser humano como un ser activo y al cuidado como finalidad en las más variadas situaciones de la vida

Gráfico 6 Conocimiento que poseen los/as enfermeros/as versus dificultad para relacionarse con los pacientes



Fuente: Elaboración propia 2015

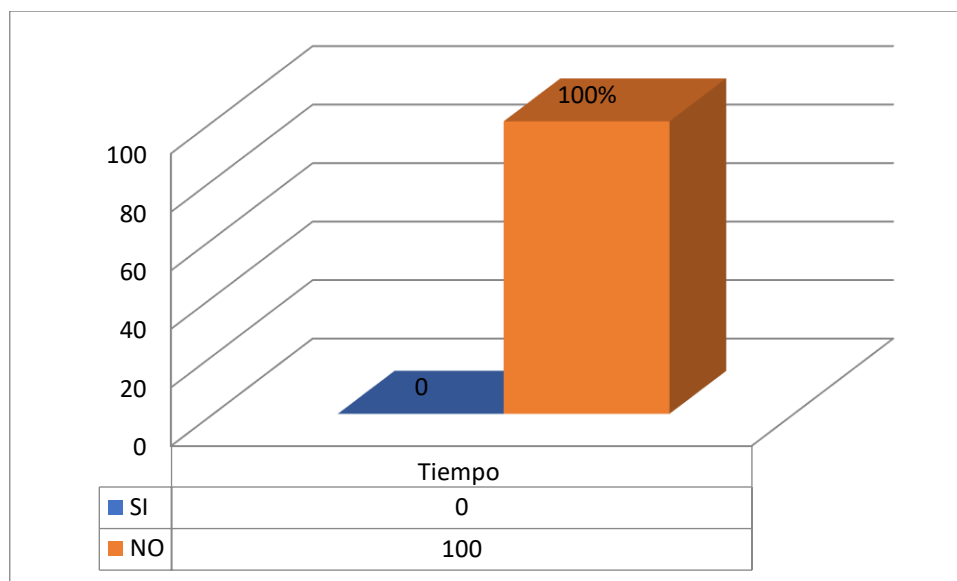
#### Análisis:

La gráfica N° 6 describe los conocimientos de los profesionales en enfermería como dificultad para relacionarse con el paciente crítico, él 83% si considera el déficit de conocimientos sobre comunicación una dificultad para su relación con el enfermo crítico, en cambio el 17% no considera una dificultad el desconocimiento de las técnicas de comunicación con este tipo de pacientes.

Existen cualidades del profesional de enfermería que son recomendables en sus relaciones interpersonales durante los cuidados de los pacientes, como son: una actitud cálida y empática, la capacidad de escuchar y acoger al paciente en sus estados emocionales, basada en la confianza y el respeto.

La interacción, por tanto, con pacientes en estado crítico, se convierte en una circunstancia a la que el profesional de enfermería, con creciente frecuencia, se verá obligado a enfrentarse. desde las técnicas y habilidades de comunicación, podemos encontrar una serie de recursos que nos facilitaran resolver las situaciones comprometidas a las que nos podemos enfrentar.

Gráfico 7 Tiempo destinado por los enfermeros/as para conocer al paciente



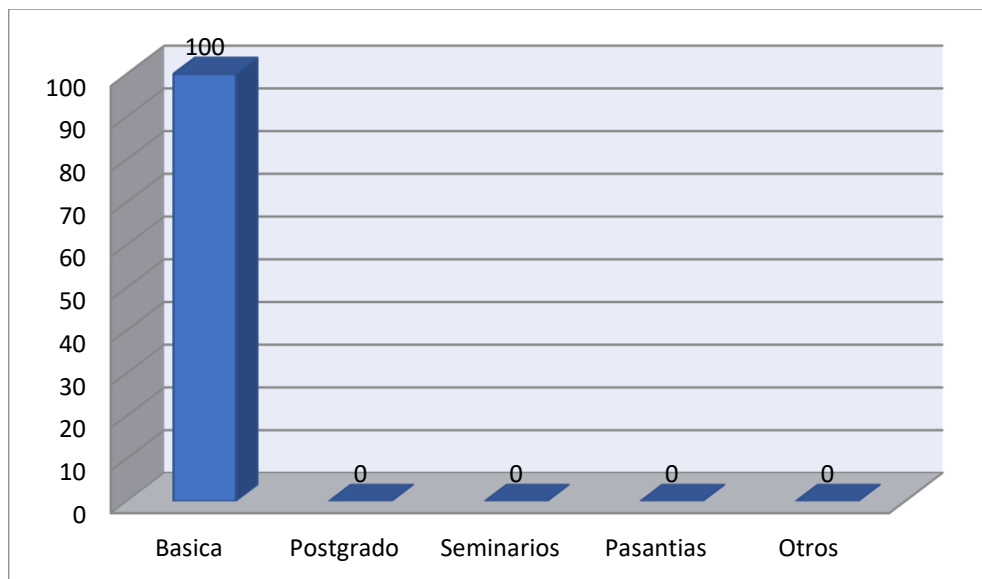
**Fuente:** Elaboración propia 2015

#### Análisis:

La gráfica muestra que el 100% del personal de enfermería respondió que sí, asigna un tiempo al planificar la jornada de trabajo para conocer al paciente por tanto al aplicar el proceso de atención de enfermería simultáneamente deberá planificar un tiempo para la comunicación puesto que: mediante la comunicación y la observación el profesional de enfermería conoce a los pacientes y obtiene de ellos la información necesaria acerca de sus necesidades, respuestas y sentimientos para tomar decisiones respecto a las estrategias de comunicación o de la terapéutica requerida.

La comunicación permite ir más allá del signo o del síntoma, para determinar sus verdaderas implicaciones en el ser humano y la forma como los vive, y establecer su significancia. Identificar las necesidades es el primer paso en el proceso de atención del paciente (Cf. LÓPEZ, 2010).

Gráfico 8 Formación de los/as enfermeros/as para el cuidado del paciente crítico



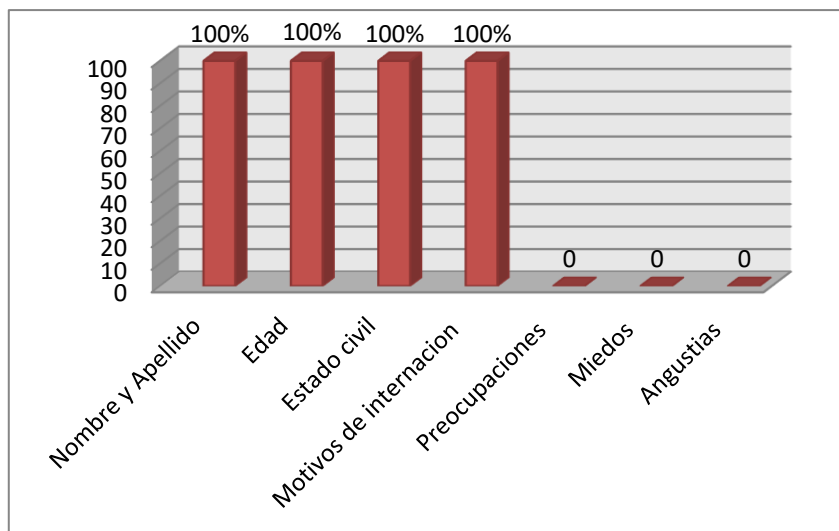
**Fuente:** Elaboración propia 2015

#### Análisis:

En la gráfica se observa el porcentaje de la formación académica del personal de enfermería para la atención de paciente crítico donde el 100% responde tener una formación básica, siendo este un área crítica.

El profesional de enfermería especialista en cuidados intensivos debe poseer conocimientos que le permitan reconocer las emergencias que se presentan y actuar inmediatamente tomando decisiones en coordinación con los demás profesionales de la salud, por lo tanto deben interpretar resultados de laboratorio, interpretar resultados hemodinámicos, leer y reconocer alteraciones cardiacas en el EKG, conocer parámetros ventilatorios, calibrar y testear los respiradores mecánicos, actuar en la reanimación cardiopulmonar, participar en procedimientos, etc. Dependerá del grado de capacitación y preparación e interés que tenga la profesional para ser más competente en su labor diaria.

Gráfico 9 Aspectos que conocen de los pacientes los enfermeros/as de UTI



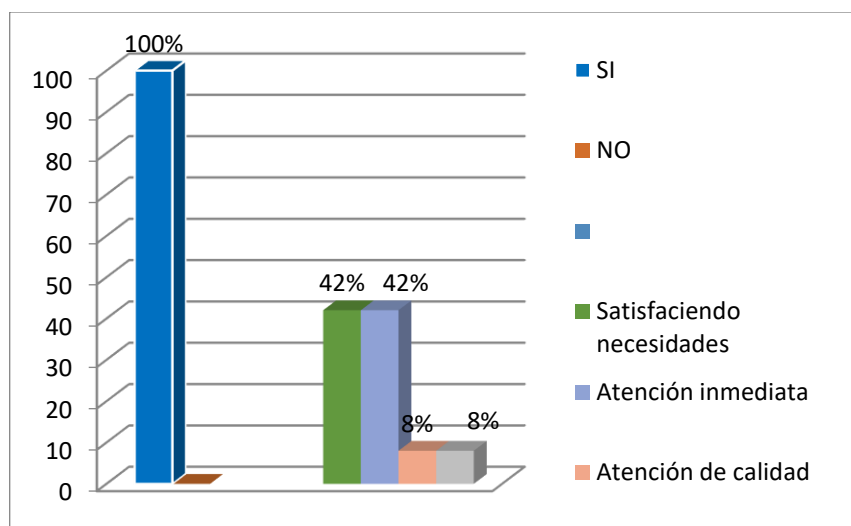
Fuente: Elaboración propia 2015

#### Análisis:

El presente gráfico muestra el detalle de conocimiento de los profesionales de enfermería de UTI del HRGT, respecto a la frecuencia de variables que conocen siempre de sus pacientes, el 100% conocen siempre, en cuatro variables; nombre y apellido, edad, estado civil, y motivo de internación, y el resto de las variables no se conocen, como ser: preocupaciones, miedos y angustia de los pacientes que atienden, esto indica que no cumplen el objetivo de la atención de enfermería en forma integral bio, psicosocial y espiritual.

La comunicación en el proceso de atención de enfermería se caracteriza no solo por palabras, sino expresiones no verbales, gestos, el tono, uso de términos claros y entendibles, dispuesta al dialogo para poder brindar un cuidado integral al paciente mediante una relación terapéutica “aprender a interpretar los gestos de su paciente y valerse de artimañas para lograr una comunicación asertiva. En la unidad de cuidado intensivo, los enfermeros deben tener especial habilidad para establecer las relaciones con los pacientes.

Gráfico 10 Valoración neurológica de los pacientes por los/as enfermeros/as de UTI



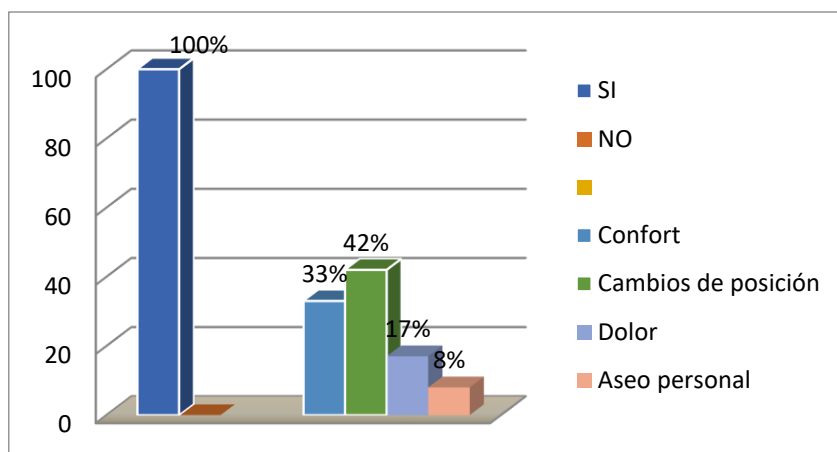
Fuente: Elaboración propia 2015

#### Análisis:

La gráfica muestra que el 100% de la población observa e interpreta los gestos de los pacientes, especialmente de aquellos pacientes que no pueden hablar (afasia, intubación, etc.), observan e interpretan en un 42% satisfaciendo necesidades de los pacientes, el otro 42% con atención inmediata, un 8% con atención de calidad y por último el restante 8% brindando comodidad.

En el contexto de la relación enfermera-paciente se sugiere desarrollar una serie de habilidades comunicativas por parte de la enfermera, las mismas que van desde la capacidad de escuchar hasta el manejo de la comunicación no verbal que incluyen, el comportamiento visual (los ojos y la mirada), la postura, los movimientos, los gestos y las expresiones, la voz y la entonación, el lenguaje, la atención, el manejo del humor, el aspecto y el vestido (Cf, FLOREZ L.2010: 100-105).

Gráfico 11 Identificación de necesidades del paciente a través de la comunicación no verbal



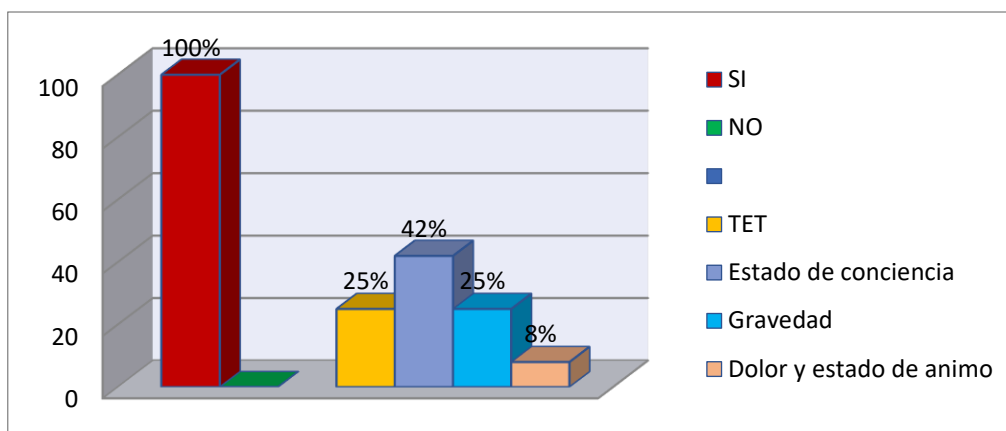
Fuente: Elaboración propia 2015

#### Análisis:

La gráfica muestra que un 100% de los profesionales de enfermería identifican en la comunicación no verbal los cuidados que necesitan estos pacientes en un 33% identifica como confort, un 42% como la necesidad de cambios de posición, un 17% como dolor, un 8% como la necesidad de aseo personal.

Según Flores (2010), el proceso interpersonal involucra una serie de contactos que los enfermeros llevan a cabo con los pacientes, que van desde contactos verbales hasta la interpretación de gestos y movimientos que son utilizados para informar y comunicar cuando no es posible hacerlo mediante el lenguaje hablado

Gráfico 12 Influencia del estado del paciente para la relación con los/as enfermeros/as de UTI



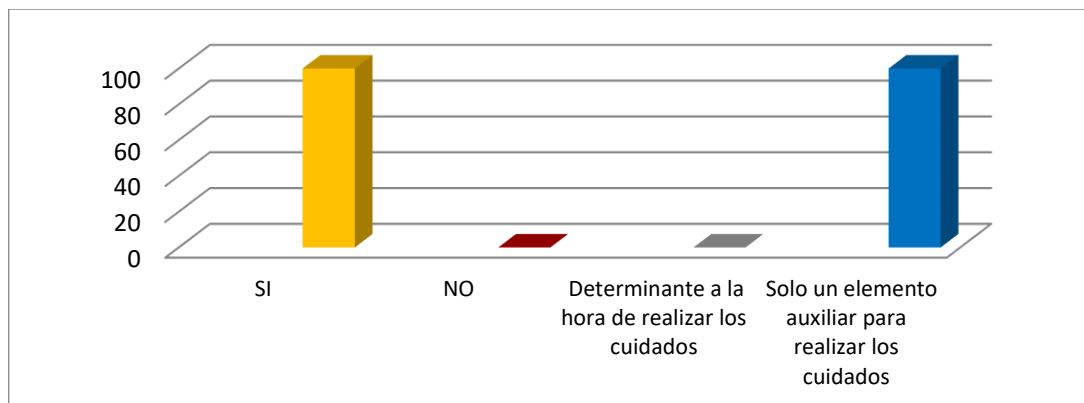
**Fuente:** Elaboración propia 2015

#### Análisis:

El presente gráfico muestra que un 100% de los profesionales de enfermería indican que la condición del paciente crítico es una dificultad para relacionarse con él, el 25% indica por que los pacientes están intubados, un 42% por el estado de conciencia, el 25% por la gravedad de los pacientes, y por último el 8% por el dolor que presenta y su estado de ánimo.

López-Espinoza, A. (2010), refiere que en la unidad de cuidado intensivo, los enfermeros deben tener especial habilidad para establecer las relaciones con los pacientes, a pesar de las dificultades que se presentan debido al estado de salud y a las limitaciones a las que están sometidos, a causa de las manifestaciones del cuadro clínico, de las complicaciones clínicas y de las medidas terapéuticas tales como inserción de tubos, catéteres, administración de medicamentos e incluso la inmovilización física a la que se recurre para evitar retiros accidentales.

Gráfico 13 Tecnología electro médica como limitante en la comunicación



Fuente: Elaboración propia 2015

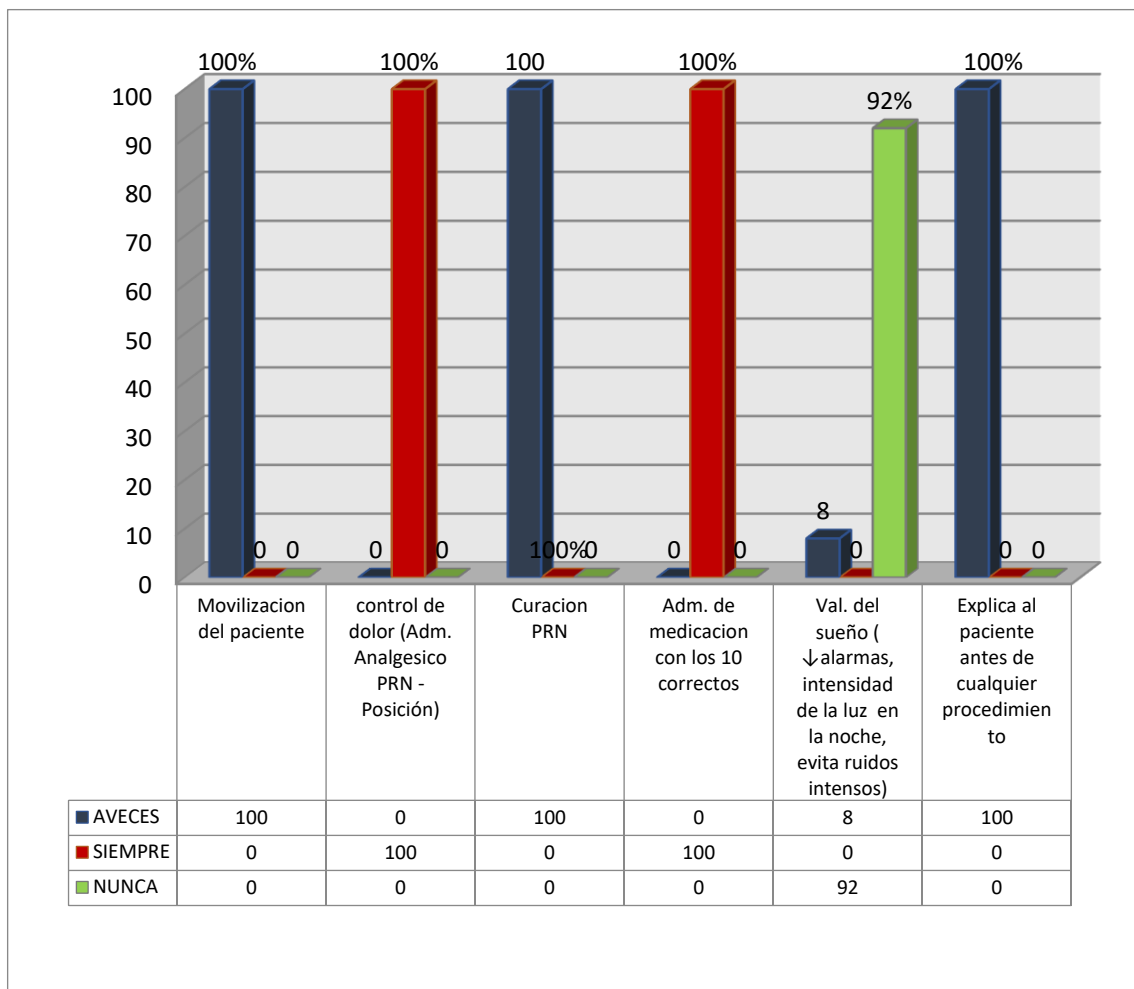
#### Análisis:

La presente gráfica muestra resultados de la relación entre los avances tecnológicos en electro medicina y comunicación como limitante en el proceso de atención de enfermería donde, un 100% de los profesionales de enfermería de la UTI HRGT consideran los avances tecnológicos en electro medicina como una limitante para una comunicación óptima, ellos expresan en un 100% que la tecnología con la que cuentan en la UTI, es solo un elemento auxiliar para realizar los cuidados.

Los contactos con los pacientes en estado crítico son más frecuentes, y el tiempo de permanencia de los enfermeros al lado de la cama del enfermo es más prolongado; los pacientes requieren frecuentes procedimientos que hacen que los enfermeros permanezcan más tiempo con ellos, el riesgo aquí consiste en la despersonalización que se deviene de las tecnologizaciones de los cuidados. Al respecto Leininger (1960) señala: “cuanto mayor es la evidencia de dependencia de la enfermera en las labores y actividades tecnológicas, mas importantes serán los signos de distanciamiento interpersonal y menor la satisfacción del paciente” (Cf. ANA GÓMEZ, 2011:

## GUÍA DE OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA (Visión Holística de la persona)

Gráfico 14 Asistencia del personal de enfermería en necesidades físicas en la UTI HRGT



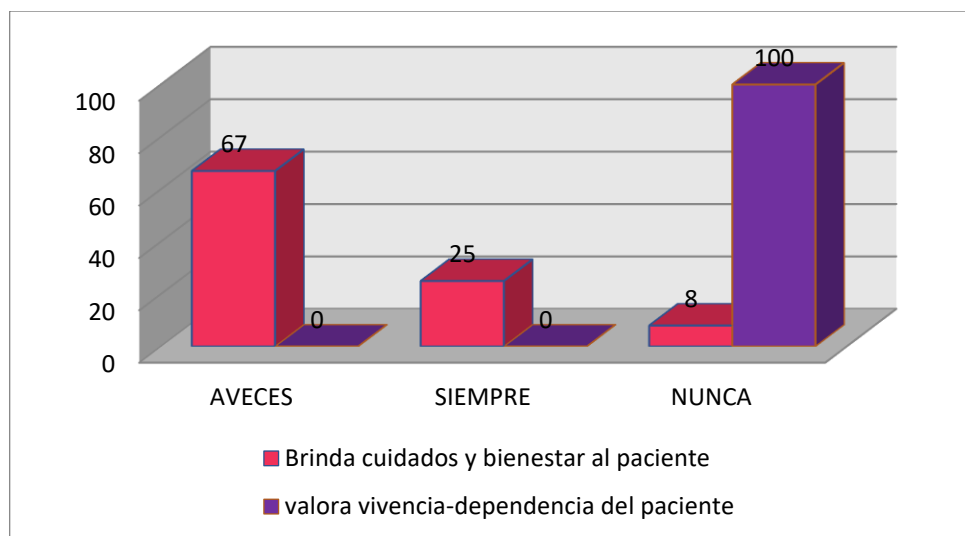
**Fuente:** Elaboración propia 2015

### Análisis:

La gráfica N.º 14 contiene información sobre el proceso de atención de enfermería tomando en cuenta las necesidades físicas, donde se observa de seis variables, dos cumplen siempre en un 100%, el control del dolor, con la administración de analgésicos PRN y posición anatómica para calmar el dolor, y administración de medicamentos con los diez correctos, a veces tres variable en un 100%, movilización del paciente c/2 a 3 horas, curación según necesidad del

paciente y explicación al paciente antes de cualquier procedimiento, y tan solo un 8% a veces valora el sueño del paciente disminuyendo alarmas, intensidad de la luz durante la noche, evitando ruidos intensos.

Para Zambrano, Alba. (2007), el apoyo físico es un componente que el paciente recibe del personal de enfermería cuando entra en contacto con ellos, en actividades sencillas y significativas, como son mirarlo a los ojos, tomarlo de la mano, realizar los procedimientos y cubrir sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor. De acuerdo con Watson dos elementos asistenciales importantes son la “Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas” y la “provisión de un entorno de apoyo, de protección o corrección mental, física, socio-cultural y espiritual”

Gráfico 15 Brinda cuidados y bienestar al paciente en la UTI HRGT 2015<sup>i</sup>

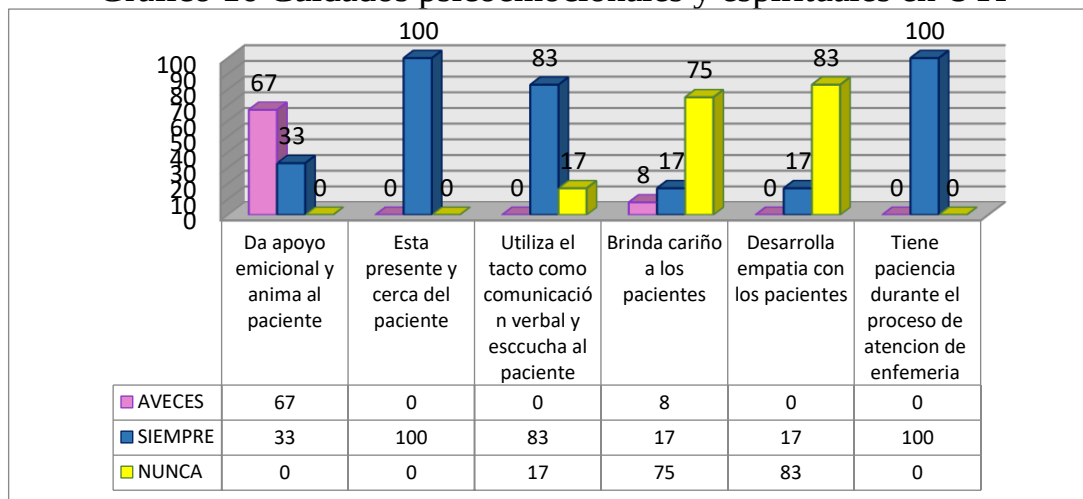
**Fuente:** Elaboración propia 2015

#### Análisis:

La presente gráfica contiene información referida a los cuidados y bienestar brindados a los pacientes, valorando la vivencia, dependencia de estos, donde un 100% no valora nunca la vivencia – dependencia del paciente, un 67% a veces, un 25% siempre y un 8% nunca brindan cuidados y bienestar al paciente, estos datos obtenidos mediante la observación con la guía de observación no concuerdan con las respuestas brindadas en el cuestionario.

La relación enfermero-paciente involucra variados contactos físicos en la realización de procedimientos, la interpretación de gestos, movimientos y posiciones con las cuales los pacientes, sometidos a ventilación mecánica, comunican sus emociones, sentimientos y percepciones, debido a que no pueden expresarlos por medio del lenguaje hablado.

Gráfico 16 Cuidados psicoemocionales y espirituales en UTI



Fuente: Elaboración propia 2015

#### Análisis:

La gráfica N.º 16 muestra los cuidados Psico - emocionales y espirituales que brindan los profesionales de enfermería en la UTI HRGT a los enfermos en estado crítico durante su estadía en esta. En la primera variable un 87% indica a veces, un 33% siempre da apoyo emocional y anima al paciente, un 100% está presente cerca del paciente. En la tercera variable un 83% siempre, un 17% utiliza el tacto como comunicación verbal y escucha al paciente, en la cuarta variable un 8% a veces, un 17% siempre y un 75% nunca, en la quinta variable un 17% siempre y un 83% nunca desarrollan empatía con los pacientes, en la última variable un 100% tiene paciencia durante el proceso de atención de enfermería. Sin embargo, existe una discrepancia entre las respuestas del cuestionario con lo observado.

La enfermedad trae consigo sufrimiento debido a que genera dolor, alteraciones físicas y psicológicas, la proximidad de la muerte y la desesperanza; el sufrimiento no es común a todas las personas, sino que varía en intensidad, duración y profundidad; cada persona lo vive a su manera, dependiendo de la significancia que se otorga a la experiencia.

Para la satisfacción de sus necesidades, los pacientes en estado crítico requieren de un cuidado de enfermería riguroso, permanente, ético y empático, brindado por enfermeros comprensivos, tolerantes y bien entrenados en el uso de sus conocimientos. “el sufrimiento es una sensación de malestar que comprende desde una simple molestia transitoria de tipo mental, físico o espiritual, hasta la angustia extrema y las fases que siguen a esta angustia, principalmente la de la nociva desesperación y a ‘auto abandono’ y la fase terminal de indiferencia apática” (Cf, FLOREZ L. 123:159).

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una vez finalizados y analizados los resultados obtenidos sobre la relación enfermero paciente, en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán y en función a los objetivos propuestos se formulan las siguientes conclusiones.

Los factores que influyen en la relación enfermera paciente en la UTI del Hospital Roberto Galindo Terán en la gestión 2014 son la falta de capacitación del personal de enfermería en técnicas y habilidades de comunicación, preparación a la familia para el duelo.

Los avances tecnológicos son una barrera para establecer una adecuada relación con los pacientes críticos

Los procedimientos invasivos y alteraciones de la conciencia son otro obstáculo para una adecuada relación enfermera paciente en la UTI.

En cuanto al tiempo que emplean los profesionales de enfermería para conocer al paciente es reducido puesto que solo conocen datos generales de sus pacientes, no conocen, sus preocupaciones, miedos y angustias, esto indica que no cumplen el objetivo de la atención de enfermería en forma integral bio-psicosocial y espiritual.

Destacan en un 100% como dificultad para la comunicación con el paciente crítico, las condiciones en las que se encuentran los mismos; como pacientes intubados, con alteraciones en la conciencia, gravedad de su patología, dolor y estado de ánimo.

Existe un déficit en el apoyo de necesidades físicas, solo a veces en un 100% realizan movilizaciones al paciente, y tan solo un 8% respetan el sueño del paciente disminuyendo alarmas, intensidad de la luz durante la noche, evitando ruidos intensos. Para Zambrano, Alba.

(2007), el apoyo físico es un componente que el paciente recibe del personal de enfermería cuando entra en contacto con ellos, en actividades sencillas y significativas, como son mirarlo a los ojos, tomarlo de la mano, realizar los procedimientos y cubrir sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor

Entre los gestos que identifican e interpretan los enfermeros en los pacientes destacan el sentimiento de soledad, el miedo, la angustia o ansiedad, la rabia o ira y su expresión agresiva, y la frustración.

Existe una discrepancia entre lo que responden en el cuestionario y las actitudes y conductas del personal de enfermería hacia los pacientes. Por tanto, se observa que el comportamiento del personal de enfermería no va dirigido a satisfacer las necesidades de estos pacientes, sino que va dirigido a cubrir las necesidades suscitadas por la situación.

En términos generales al personal de enfermería de la UTI RGT le falta priorizar dentro de sus actividades diarias, la valoración de las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes y familiares.

### **Recomendaciones**

A las autoridades de Enfermería y a los profesionales de Enfermería implementar planes de trabajo o talleres, donde permitan desarrollar habilidades y destrezas de la comunicación terapéutica como herramienta fundamental para otorgar un cuidado humanizado con un enfoque holístico biopsicosocial y espiritual a los pacientes de la UTI y su familia.

- Sensibilizar y motivar al personal de enfermería que trabaja en el servicio de terapia intensiva:  
Sobre la importancia que tiene el conocimiento en la relación enfermera paciente y la actitud

profesional.

- Proponer y aplicar una guía de observación estructurada para valorar las actitudes del personal en la relación enfermera paciente.
- Elaborar e implementar una cartilla de satisfacción del paciente y su familia respecto de los cuidados de enfermería recibidos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Libros:

Besso, José y otros. (2006). *Medicina Crítica Estado del Arte*. Caracas –Venezuela:

Ed. Ateproca C.A

Bugedo, Guillermo. (2005). *Medicina Intensiva*. Madrid- España: Editorial. Mediterráneo

Carrazana, F. Irma. (2012). *Caracterización de Hospitales de Tercer Nivel*, asistencia. La Paz

– Bolivia: OPS/OMS”

Ceraso, H Daniel y otros. (2007). *Terapia Intensiva*. Buenos Aires- Argentina: 4ta ed. Editorial

Panamericana.

Farreras, y Rozman. (2009). *Medicina Interna*. Barcelona- España: Ed. El sevier SL.

Fink, P. Mitchell, y otros. (2011). *Medicina de cuidado Intensivo en 10 años*. Colombia: Ed.

Distribuna Ltda.

Gómez, Ferrero Ana y Salinas, Campos Luis. (2011). *Manual de enfermería en Cuidados*

*Intensivos”* España: 2º ed. Monsa-Prayma .SL

Gómez, Rubí Juan A. (2004). *Ética en medicina crítica. Fundación de Ciencias de la Salud*.

Madrid. España: Editorial Triacastela.

Orlandi, María Cristina. (2012). *Manual de Procedimientos en Cuidados Intensivos*. Buenos

Aires: 1ra ed. Journal,

Urden, Linda. (2001). *Cuidados Intensivos en Enfermería*. Barcelona España.

### Documentos electrónicos:

- Beltrán, Salazar Oscar Alberto. (2014). Responsabilidad en la labor que asumió. Un requisito para las enfermeras en el cuidado humanizado *Rev. Enfermería Neurológica México: Vol. 13, No. 2* <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>
- Camargo, Pedro. (1995). Manual de Derechos Humanos. Bogotá – Colombia: Editorial Leye. <http://www.coalicionecuatorianadepvvs.org/ec>
- García, Paulo Carlos. (2012). Intervenciones terapéuticas en Unidad de Cuidados Intensivos. Análisis según (TISS-28). *Rev. Latino-Americana Enfermagem*: Disponible en [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) Correspondencia, [www.ilo.org/publns](http://www.ilo.org/publns)
- Forero Pulido, Constanza; Madrigal Ramírez, Martha Cecilia; Escobar, Carmen Liliana; (2010). La comunicación, piedra angular en el cuidado de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, Julio-Diciembre, 149-163. [Revistascientificasjaveriana@gmail.com](mailto:Revistascientificasjaveriana@gmail.com). Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.
- Hernández-Vergel LL, Rodríguez-Brito ME, Jiménez-Pérez M, Rangel-Marín F. Imagen social de la enfermería. *Rev. Cubana Enfermería*. 2006 Abr; 19(1):250-69. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo>.
- Jean Orlando Ida, Análisis de la teorías de Enfermería 2012 Abr, American Journal of Nursing, de 63 años (11), 54-57. <http://www.docstoc.com/docs/3788280/Ida-Jean-orlando>.
- Keyla, Cristiane do Nascimento. Alacoque, Lorenzini Erdmann. (2009). Comprender las dimensiones de los cuidados intensivos: la teoría del cuidado transpersonal y complejo *Rev. Latino-Americana. Enfermagem marco-abril; 17(2)* [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

Martinez Cornejo M. (2007). ORÍGEN Y DESARROLLO HISTÓRICO DE LA MEDICINA CRÍTICA Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN BOLIVIA. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 77-90. <http://www.scielo.org.bo/scielo>.

Vargas, Ruby Elizabeth. Toloza. (2007). Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo enfermería, pieza clave en la atención. *Revista Ciencia y Cuidado*, ISSN 1794-9831, Vol. 4, N°. 4. <http://dialnet.unirioja.es/ejemplar/183057>

Watson, L. (2007). Funciones y tareas asistenciales de enfermería en los Cuidados Intensivos *Rev. Club Med. Int. Emerg.* Disponible en: <http://www.ensap.sld.cu/>

Zambrano, Alba. (2007). Psicología comunitaria en Chile Evolución, perspectivas y proyecciones. Santiago de Chile: Editorial RIL® [www.rileditores.com](http://www.rileditores.com)

#### **Artículos de revistas:**

Alberdi, Otros. (1983). Conceptos de Enfermería, Madrid: *U.N.E.D.*

Alles, M. (2006). Dirección Estratégica de Recursos Humanos. Gestión por competencias. México: Editorial Trilla 5° edición.

Arias, F. (1989). Administración de Recursos Humanos. Universidad Autónoma de

Cabanillas, P. O. (1999). ESTRÉS Y SUFRIMIENTO. *Revista de Investigación en Psicología (UNMSM)*, 2(1), 11-30.

Calabrese, Gustavo. (2005). Riesgo Biológico. Buenos Aires - Argentina: *Revista Argentina de Anestesiología* Vol.63/ N°4.

Flores, E. (1982). La teoría de MASLOW, queda recogida en Motivación y personalidad. Barcelona – España: 2° ed., editorial. Sagitario.

Flores, Mario. (2010). El hombre auto realizado. Barcelona: Ed. Kairós.

Flórez, Lozano. J.A. (2010). Reacciones Psicológicas del Paciente - Enfermería, Medicina y Comunicación. España.

Gracia, Guillén Diego. Futilidad. Un concepto en evaluación en Ética de los confines de la vida. Editorial El Buho, Bogotá. Colombia. 1998.

Lain, Entralgo. Pedro. (1985). Antropología médica para clínicos. Barcelona - España: Rev. Salvat

Lain, Entralgo. Pedro. (1983). La relación médica y enferma. Madrid - España: Revista Occidente.

López-Espinoza, A. (2010). A cien años del inicio de la investigación en comportamiento alimentario. Revista mexicana de análisis de la conducta.

Loriente, Nuria y otros. (2007). Comunicación. España: Revista internacional de Sociología Vol. 67/Nº 2.

México: Editorial Trilla. 4ª Edición.

Selye, H. (1964). El estrés. La tensión en la vida. Segunda edición, Compañía General Fabril Editora SA, Buenos Aires.

***ANEXOS***

## ANEXO 1 Guía de observación estructurada dirigida a la evaluación

| Satisfacción por los cuidados realizados | PARAMETROS                                                                                                                  | Puntuación | SI | NO |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----|----|
|                                          |                                                                                                                             |            |    |    |
| Cuidados psicoemocionales y espirituales | 1. Movilización del paciente (tiene UPP)                                                                                    | 5          |    |    |
|                                          | 2. Control del dolor (Administra analgésico, posición anatómica)                                                            | 5          |    |    |
|                                          | 3. ¿Utiliza el tacto como comunicación no verbal y de escucha al paciente?                                                  | 10         |    |    |
|                                          | 4. ¿Orienta al paciente en tiempo, espacio y persona? (Reporte de enfermería)                                               | 7          |    |    |
|                                          | 5. ¿Tiene registros de satisfacción o quejas de los pacientes?                                                              | 10         |    |    |
|                                          | 6. ¿Cuenta con horarios establecidos para información a la familia?                                                         | 5          |    |    |
|                                          | 7. ¿Mantiene las alarmas de los equipos electro médico con volumen moderado?                                                | 5          |    |    |
|                                          | 8. En la atención al paciente al paciente el enfermero ¿mantiene un tono de voz cálido con un lenguaje sencillo?            | 5          |    |    |
|                                          | 9. ¿Utiliza papel lápiz, cartillas con frases y dibujos para comunicarse con pacientes que no pueden expresarse (intubados) | 5          |    |    |
|                                          | 10. ¿Permite la presencia de párroco o pastor para el apoyo espiritual del paciente?                                        | 7          |    |    |
|                                          | 11. ¿El paciente que se encuentra tranquilo esta sin métodos de fijación?                                                   | 6          |    |    |
|                                          | 12. ¿Muestra una mirada afectiva, de seguridad y ademanes y movimientos de asertividad?                                     | 10         |    |    |
|                                          | 13. ¿Explica al paciente los procedimientos antes de realizar?                                                              | 10         |    |    |
|                                          | 14. ¿Disminuye la intensidad de la luz y evita ruidos intensos?                                                             | 10         |    |    |
| TOTAL DE PUNTAJE                         |                                                                                                                             | 100%       |    |    |

## ANEXO 2 Cuestionario

El presente cuestionario permitirá identificar los conocimientos adquiridos para establecer una relación enfermero paciente efectiva en la unidad de terapia intensiva del Hospital Roberto Galindo Terán.

Sus aportes son anónimos, voluntarios y de gran valor para la realización de la presente investigación. Agradezco su colaboración

Marque con una X la respuesta que considere correcta.

**ASPECTOS GENERALES:**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

1. **Grado de profesionalización:**

Lic. en enfermería ☐ Especialidad si ☐ no ☐

2. **Años de servicio en Terapia Intensiva:**

0 – 5 años ☐ 11 – 15 años ☐ más de 20 años ☐  
6 – 10 años ☐ 16 – 20 años ☐

3. ¿Ha asistido a cursos/seminarios u otro tipo de formación en materia de relación enfermera/o paciente?

SI ☐ NO ☐

4. ¿Considera importante tener conocimientos para relacionarse de modo más efectivo con su paciente?

SI ☐ NO ☐

5. ¿Por qué?

.....  
.....

6. ¿En su trabajo diario, opina que mantiene una relación terapéutica con el paciente? (Entendiéndose como moderadora, respetuosa de la privacidad, etc.)

|                          | SI                                                                                                                                                              | NO |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| De algunos ejemplos..... |                                                                                                                                                                 |    |
| .....                    |                                                                                                                                                                 |    |
| 7.                       | ¿A su criterio, los conocimientos que poseen los/as enfermeros/as sobre la relación enfermero paciente, constituyen una dificultad para relacionarse con ellos? |    |
|                          | SI                                                                                                                                                              | NO |
|                          | ¿Por                                                                                                                                                            |    |
|                          | qué?.....                                                                                                                                                       |    |
|                          | .....                                                                                                                                                           |    |
| 8.                       | ¿Al programar el trabajo diario determina un tiempo para conocer al paciente?                                                                                   |    |
|                          | SI                                                                                                                                                              | NO |
| 9.                       | ¿Cuál de los aspectos que se detallan a continuación usted conoce siempre?                                                                                      |    |
|                          | SI                                                                                                                                                              | NO |
|                          | Nombre y apellido.                                                                                                                                              | NO |
|                          | Edad.                                                                                                                                                           | NO |
|                          | Estado civil.                                                                                                                                                   | NO |
|                          | Motivos de internación:                                                                                                                                         | NO |
|                          | Preocupaciones:                                                                                                                                                 | NO |
|                          | Miedos.                                                                                                                                                         | NO |
|                          | Angustias.                                                                                                                                                      | NO |
| 10.                      | ¿Su formación para el cuidado del paciente crítico es?:                                                                                                         |    |
|                          | SI                                                                                                                                                              | NO |
|                          | Cursos posgrado:                                                                                                                                                | NO |
|                          | Seminarios:                                                                                                                                                     | NO |
|                          | Pasantías:                                                                                                                                                      | NO |
|                          | Otros, ¿cuáles?                                                                                                                                                 |    |
| 11.                      | ¿Qué es para usted el paciente crítico?                                                                                                                         |    |
|                          | .....                                                                                                                                                           |    |
|                          | .....                                                                                                                                                           |    |

12. Todos sabemos que el paciente crítico por su condición rara vez habla. ¿Cómo se comunica usted con el paciente?

.....

13. ¿Observa e interpreta los gestos de los pacientes, especialmente de aquellos que no pueden hablar (afasia, intubación, etc.)?

SI

NO

¿Y cómo les responde?

.....

.....

14. ¿Puede identificar los cuidados que necesitan los pacientes a través de este modo de comunicación?

SI

NO

¿Puede dar algún

ejemplo?.....

¿La condición del paciente crítico es una dificultad para relacionarse con él?

SI

NO

¿Por qué?

.....

15. La tecnología con la que cuentan las unidades de terapia intensiva es:

a. Determinante a la hora de realizar los cuidados.

b. Solo un elemento auxiliar para realizar los cuidados.

16. ¿Considera que la tecnología limita la relación con el paciente?

SI

NO

¿Por qué?

.....

Gracias.....

## ANEXO 3 GUIA DE OBSERVACIÓN ESTRUCTURADA

| CATEGORÍAS                              | SUB-CATEGORÍAS                                | CÓDIGOS                                                                                                |                            |                                 |                       |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Visión<br>Holística<br>de la<br>persona | Cuidados físicos                              | REALIZA:<br>Higiene e hidratación del paciente (según necesidad)                                       | A<br>V<br>E<br>C<br>E<br>S | S<br>I<br>E<br>M<br>P<br>R<br>E | N<br>U<br>N<br>C<br>A |
|                                         |                                               | Movilización del paciente                                                                              |                            |                                 |                       |
|                                         |                                               | Control del dolor (administra analgésico, posición anatómica)                                          |                            |                                 |                       |
|                                         |                                               | Curación (según necesidad del paciente)                                                                |                            |                                 |                       |
|                                         |                                               | Administración de medicación (con los diez correctos y técnica correcta)                               |                            |                                 |                       |
|                                         |                                               | Valoración del sueño (disminuye alarmas, intensidad de la luz durante la noche, evita ruidos intensos) |                            |                                 |                       |
|                                         |                                               | Explica al paciente antes de cualquier procedimiento                                                   |                            |                                 |                       |
|                                         | Consecuencias cuidados físicos                | Brinda cuidados y bienestar al paciente                                                                |                            |                                 |                       |
|                                         |                                               | Valora Vivencia-dependencia del paciente                                                               |                            |                                 |                       |
|                                         | Cuidados psicoemocionales y espirituales      | Da apoyo emocional y anima al paciente                                                                 |                            |                                 |                       |
|                                         |                                               | Está presente y cerca del paciente                                                                     |                            |                                 |                       |
|                                         |                                               | Utiliza el tacto como como comunicación no verbal y escucha al paciente                                |                            |                                 |                       |
|                                         |                                               | Expresa palabras de aliento                                                                            |                            |                                 |                       |
|                                         |                                               | Desarrolla empatía con los pacientes                                                                   |                            |                                 |                       |
|                                         |                                               | Tiene paciencia durante el proceso de atención de enfermería                                           |                            |                                 |                       |
|                                         | Consecuencias psicoemocionales y espirituales | Se siente optimista con el pronóstico                                                                  |                            |                                 |                       |
|                                         |                                               | Desarrolla relación de cariño                                                                          |                            |                                 |                       |
|                                         |                                               | Logra que el paciente se sienta querido                                                                |                            |                                 |                       |
|                                         |                                               | Establece relación de confianza con el paciente                                                        |                            |                                 |                       |



## ANEXO 5 PRESUPUESTO

| Material y/o Equipos                               | Cantidad   | Precio unitario (Bs.) | Precio Total (Bs.) |
|----------------------------------------------------|------------|-----------------------|--------------------|
| <b>* Escritorio</b>                                | 1          | -                     | -                  |
| <b>* Sillas</b>                                    | 2          | -                     | -                  |
| <b>* Computadora</b>                               | 1          | -                     | -                  |
| <b>* Pen drive</b>                                 | 1          | -                     | -                  |
| <b>* Data Display</b>                              | 1          | -                     | -                  |
| <b>* Diccionario</b>                               | 1          | -                     | -                  |
| <b>Tinta</b>                                       | 1          | 200                   | 200                |
| <b>Flash / CD</b>                                  | 4          | 45                    | 90                 |
| <b>Hojas bond (tamaño carta, resma de 500hjs.)</b> | 3          | 30                    | 180                |
| <b>Fotocopias de impresiones de bibliografías</b>  | 20         | -                     | 300                |
| <b>Anillados</b>                                   | 10         | 10                    | 100                |
| <b>Lapiceros</b>                                   | 3          | 3                     | 9                  |
| <b>Lápiz</b>                                       | 1          | 1                     | 1                  |
| <b>Borrador</b>                                    | 1          | 2                     | 2                  |
| <b>Tajador</b>                                     | 1          | 3.50                  | 3.50               |
| <b>Folder</b>                                      | 3          | 2                     | 6                  |
| <b>Transcripción del trabajo</b>                   | 300 hojas. | 2.5                   | 750                |
| <b>Total</b>                                       | -          | 203                   | 1650 bs.           |