

TESIS DE GRADO

***CONFLICTOS
RELACIÓN TERAPÉUTICA
ENFERMERA-PACIENTE***

Autora: Julia Evangelina Márquez

**UNIVERSIDAD ISALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

2016

INDICE

<i>I</i>	<i>Índice.....</i>	<i>Pág.2 - 3</i>
<i>II</i>	<i>Agradecimientos.....</i>	<i>Pág. 4</i>
<i>III</i>	<i>Introducción.....</i>	<i>Pág. 5 - 6</i>
<i>IV</i>	<i>Objetivo General.....</i>	<i>Pág.7</i>
<i>V</i>	<i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>Pág.7</i>
<i>VI</i>	<i>Planteamiento del Problema.....</i>	<i>Pág.8 - 18</i>
<i>VII</i>	<i>Justificación del Problema.....</i>	<i>Pág. 19- 20</i>
<i>VIII</i>	<i>Marco teórico.....</i>	<i>Pág. 21 - 45</i>
<i>IX</i>	<i>Diseño metodológico.....</i>	<i>Pág. 46 – 47</i>
	<i>IX.i.- Tipo de estudio</i>	
	<i>IX.ii.- Universo</i>	
	<i>IX.iii.- Población</i>	
	<i>IX.iv.- Muestra</i>	
	<i>IX.iv.- Fuente</i>	
	<i>IX.vi.- Técnica</i>	
	<i>IX.vii.- Variables</i>	
	<i>IX. viii.- Operacionalización de Variables</i>	

X.	<i>Instrumento</i>	<i>Pág. 53 - 56</i>
	<i>X.i.- Plan recolección de Datos</i>	
	<i>X.ii.- Instructivo Encuesta</i>	
	<i>X.iii.- Instrucciones Generales de llenado de los cuestionarios</i>	
XI.	<i>Procesamiento de datos</i>	<i>Pág. 57 -59</i>
	<i>XI.ii.- Plan de Presentación de datos</i>	
	<i>XI.ii.- Plan de recursos</i>	
	<i>XI.iii.- Presupuesto para Ejecución de Proyecto</i>	
	<i>XI.iv.- Plan General de Trabajo</i>	
	<i>XI.v.- Cronograma de Gantt para Etapa de Ejecución</i>	
XII.	<i>Análisis de los Datos</i>	<i>Pág. 60 - 84</i>
XIII.	<i>Conclusiones</i>	<i>Pág.85 – 87</i>
XIV.	<i>Recomendaciones</i>	<i>Pág.88</i>
XV.	<i>Anexos</i>	<i>Pág.89 - 86</i>
	<i>XV.i- Cédula de entrevista</i>	
	<i>XV.ii.- Planilla de Observación no participativa</i>	
XVI.	<i>Bibliografía</i>	<i>Pág.90 - 99</i>

AGRADECIMIENTOS

Agradezco especialmente a mi esposo e hijos, pues ellos han sido mi sostén y contención para la construcción de mi vida profesional, sentaron en mí las bases de la responsabilidad y deseos de superación, en ellos tengo el espejo en el cual quiero reflejar sus virtudes infinitas y su gran corazón, que me llevan avanzar cada día más...

A mi padre, quien me inculcó sus conocimientos, su manera de trabajar, su persistencia, paciencia y su motivación que fueron fundamentales para la construcción de lo que soy hoy como persona.

El inspiró en mí el sentido de seriedad, responsabilidad y de persistir a pesar de las adversidades, sin los cuales no podría tener una formación completa como profesional.

A su manera, se ganó mi más grande admiración así como también sentirme en deuda con él por todo lo recibido durante mi vida, allí donde estás gracias Papá...

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto se realiza a fin de conocer la problemática sobre los aspectos que dificultan establecer la relación terapéutica entre el personal de enfermería y el paciente en el acto de cuidar, porque se carece de estudios que aborden esta problemática, y las conclusiones de este estudio serían beneficiosas para los profesionales de enfermería, ya que permitirá conocer aspectos significativos para su desarrollo personal y profesional basado en el cuidado humanizado, el efecto del estudio redundaría en una práctica humanizada, con rigor científico, y sostenida desde los aspectos teóricos.

La relación terapéutica constituye un nuevo enfoque en los cuidados enfermeros en el cual el centro de trabajo es el paciente, su narrativa (lo que dice y cómo lo dice), su experiencia de la enfermedad, su experiencia del sufrimiento y lo que significa para él, cómo el profesional escucha, atiende y dialoga con él sobre esa experiencia.

La característica principal de esta relación consiste en que el profesional de enfermería vea su rol con el paciente como un marco para “saber estar” en la relación de ayuda.

Desde los aspectos teóricos se encuentra que las causas por las que no se establece esta relación consisten en los conocimientos técnicos o teóricos, las habilidades y destrezas de cara a aplicar esos conocimientos en el campo del saber que se trate, concepciones acerca del objeto de cuidado, habilidades comunicativas, la tecnologización de los cuidados así como la dependencia de esta solamente, la individualidad del paciente, la identificación de patrones de conductas, rotulación de los pacientes, entre otras.

Uno de los problemas fundamentales de los actuales sistemas sanitarios es precisamente la enorme insatisfacción que existe en los enfermos con las relaciones personales y con los procesos de comunicación con los profesionales sanitarios.

De hecho, una de las quejas más frecuentes que presentan los pacientes y sus familiares es que no se les presta la atención adecuada a sus problemas y el escaso tiempo del que disponen para su explicación, además también señalan que no reciben respuestas satisfactorias a sus inquietudes y que no participan en las decisiones de tratamiento. Otras veces, no entienden las explicaciones que se les han dado sobre su enfermedad y las pautas terapéuticas a seguir.

La comunicación para la salud busca la modificación del comportamiento humano y de los factores ambientales relacionados con ese comportamiento que directa o indirectamente promueven la salud, previene enfermedades o protege a los individuos del daño. Una buena comunicación con el paciente tiene consecuencias positivas tanto para el propio paciente como para el profesional sanitario.

La satisfacción del paciente, su confianza absoluta en los planes diagnósticos y terapéuticos facilita la toma de decisiones, mejora los resultados del tratamiento y reduce los riesgos de una mala práctica profesional.

En síntesis, el resultado de este proyecto aportará conocimientos que luego se podrán traducir en calidad de los cuidados en los servicios de las unidades de clínica de internación y al desarrollo personal y profesional de enfermería.

Objetivo General

- Conocer cuáles son los aspectos que dificultan establecer una relación terapéutica entre el personal de enfermería y el paciente en el acto de cuidar en las unidades de internación.

Objetivos específicos

- Conocer si los profesionales tienen los conocimientos técnicos o científicos para establecer una relación terapéutica entre el personal de enfermería y el paciente.
- Establecer en qué medida las técnicas procedimentales de los enfermeros y la tecnologización de los cuidados son un obstáculo para el desarrollo de la relación enfermero paciente.
- Identificar el tipo de percepción que tienen los enfermeros acerca del objeto de cuidado que obstaculiza la relación enfermero paciente.
- Conocer si los enfermeros desarrollan una comunicación terapéutica o utilizan una comunicación social.
- Observar el tipo de comunicación verbal y no verbal que el personal de enfermero establece con el paciente hospitalizado.

PLANTEO DEL PROBLEMA

La relación terapéutica entre el personal de enfermería y el paciente es un proceso de relación interpersonal, que utiliza el personal de enfermería para ayudar usando fundamentalmente recursos relacionales para ayudar a la persona en conflicto a descubrir los recursos internos que le ayuden a afrontar su problema o crisis del modo más sano posible o a recorrer un camino de crecimiento (1).

Hoy día se habla de un deterioro de las relaciones interpersonales enfermera-paciente el cual ha sido evidenciado a través de los años por diversas investigaciones, en las que paralelamente también han surgido reflexiones de diversos autores, lo que indica una gran preocupación de la comunidad científica de enfermería por buscar los factores que puedan influir en este fenómeno.

Estas carencias detectadas con frecuencia en habilidades comunicativas que han empezado a hacerse eco en la sociedad a la que la enfermería presta sus servicios, hace entender la necesidad y el valor de la relación terapéutica como cuidado enfermero, si se desea alcanzar la excelencia en los cuidados que se presta a la comunidad.

Consultando antecedentes referidos a esta temática e intentando dar respuesta a los interrogantes; se encontraron diferentes estudios que abordan estos aspectos pero desde diferentes enfoques. Estos estudios refieren a lo siguiente:

Una producción realizada por la investigadora Pinto Afanador N (1994) aborda la temática de la relación enfermero – paciente desde la perspectiva de la intersubjetividad, la comunicación y la empatía como esencia del cuidado de la salud.

Este trabajo que si bien aporta consistentes conocimientos en materia de

relaciones humanas, no es abordado desde un modelo de atención de enfermería, y en consecuencia, toma componentes fragmentados de la relación enfermero – paciente y habla de la importancia de cada uno de ellos en los que menciona la intersubjetividad, la comunicación, la empatía y los efectos del diálogo.

Otro estudio hallado referido a la relación enfermero–paciente bajo la producción de los investigadores Urizzi F. y Correa A (2002), sobre la percepción y vivencias de los paciente en las UTI arribo a la conclusión que los pacientes tanto como su familia percibieron a este servicio como hostil, poco cálido y carente de contención, reconocieron también la gran capacidad técnica de los profesionales que allí se desempeñan, mayoritariamente dijeron que se sentían cuidados no solamente cuando les asistían sino cuando se comunicaban con ellos. Concluye el estudio haciendo referencia a los efectos negativos que se devienen de la atención centrada en lo técnico.

Se abordó también un estudio realizado en la Universidad Federal de Santa Catarina en Brasil; de corte cualitativo sobre significados y percepciones sobre los cuidados de enfermería en las UTI realizado por Barboza de Pinol L. y Azevedo Dos Santos S. M. (2003), en él se indago a los enfermeros, los pacientes y los familiares. En el mismo se concluyó que los pacientes así como los familiares manifiestan una severa carencia en las fases psicoemocionales y lo consideraron como un escenario de inquietudes e inseguridades, observación esta que también fue realizada por los enfermeros de la unidad.

Otro trabajo realizado por la investigadora Tobo Vargas N. I. de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia; bajo el título “La tecnología y el cuidado de enfermería” realizado en el año 2002 arribo a que la tecnología es un apoyo y no un obstáculo para considerar al otro como ser humano; que piensa, siente y necesita de otro ser humano; llegar a ser a través del cuidado.

Rescata lo importante y valiosa que es cada experiencia de cuidado como oportunidad de trascender y crecer para la persona cuidada y para la persona que

cuida.

Se trabajó también con un estudio producido por la investigadora Villagra L. (1994) titulado "Apoyo, significado trascendente en el cuidado de enfermería", trata la relación enfermero - paciente como contexto general intentando encontrar los elementos y conceptos que se constituían en apoyo por parte de enfermería para con el paciente, en ella la autora concluyó que el cuidado corporal es una oportunidad de respuesta existencial a la comprensión de una necesidad colmada de historia sobre el cual es preciso regresar en momentos de inseguridad, temor, dolor y estrés para resolver los conflictos que alberga el cuerpo, la enfermera y su cuidado ofrece el cuidado de apoyo atento, protector de la vida y su conservación. Desde el campo práctico se ha constatado que durante todas las intervenciones las enfermeras con los pacientes utilizaban técnicas procedimentales cumpliendo con las indicaciones médicas prescriptas.

Técnicas estas, que en la mayoría de los casos son la aplicación de protocolos clínicos o tratamientos médicos, que encuentran su sustento en el modelo biologicista en la que el paciente está en una situación de sometimiento, de subordinación constituyéndose como dependiente y depositario de los cuidados. Collière (1993) se refiere a esta visión biologicista del ser humano que concebía cada parte del cuerpo por separado, analizando los procesos patológicos o los órganos, como elementos del estudio de un organismo cuasi mecánico en que la labor a realizar es la de restablecer su funcionamiento normal, qué ha impregnado prácticamente todo el campo de la medicina y también de la enfermería.

Según Cibanal et al (2003), la enfermería como profesión se viene desarrollando en una rutina de trabajo en la que se da prioridad a una correcta aplicación de los protocolos técnicos, dado que es lo que se exige y evalúa desde las instituciones sanitarias.

Este encuentro entre enfermera y paciente no tiene objetivos preestablecidos, en lo que hace a relaciones terapéuticas, tampoco de tipo comunicativa, ni a observar

estados en el paciente que se podrían conocer mediante un diálogo distendido y ameno.

El diálogo o la conversación entre esta díada se sucedía en función a temas de la ocasión careciendo de una indagación acerca de las emociones y sentimientos que embargaban al paciente en esa situación crítica de su vida y de este modo difícilmente se podían detectar necesidades no satisfechas.

Esta interacción no reúne los aspectos necesarios para considerársela dentro del marco de una relación de persona a persona que permita al asistido comunicar o expresar todo el cúmulo de sentimientos, emociones, sufrimientos que estaba atravesando a causa de su situación. Este tipo de relación priva a la persona de poder pedir la ayuda que considera necesaria dado que carece de un marco óptimo para poder expresarlas y a la enfermera de nutrir su experiencia y conocimiento en materia de interacción humana. En consecuencia se dejaba a la persona en una condición netamente pasiva y depositaria de una serie de procedimientos técnicos en donde solo interesa el cuerpo del sujeto en tanto ente biológico lesionado, enfermo.

Los sentimientos, las emociones, las percepciones, los temores, las preocupaciones inherentes a la persona y al sitio donde se encuentra alojada no son tenidos en cuenta.

Si el paciente es entendido como un ser holístico “bio-psico-social” se entiende también la necesidad de éste de sentirse acogido, escuchado y sobre todo comprendido. En este sentido, se debe tener en cuenta como base de nuestros cuidados la relación terapéutica.

Según Giger J. Davidhizar *“la comunicación es un proceso continuo por el cual una persona puede afectar a otro a través del lenguaje escrito, oral, gestos, expresiones faciales lenguaje corporal, espacio u otros símbolos”* (Mejía Lopera, 2006).

Para Carls Rogers (1961) la relación de *ayuda* “es aquella relación en la que uno de los participantes intenta hacer surgir de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de estos”.

Las condiciones estructurales y organizativas del sistema sanitario no siempre beneficiarán el trato personal y la consecución de una interacción satisfactoria, siendo, además, factores que pueden escaparse del control directo del propio profesional.

En la medida en que el personal de enfermería sea capaz de interactuar de manera apropiada y satisfactoria con el paciente, mejorará su función profesional y obtendrá el máximo rendimiento de las competencias técnicas que posee.

Gail W. Stuart (2006) refiere que: “en la relación entre personal de enfermería y paciente se respetan los valores distintos. Los dos se comunican a través de un diálogo o un debate, no un monólogo, afirmando la realidad y la dignidad del paciente y permitiendo que éste se defina de forma más completa la identidad de su ego”.

La teórica Rosemarie Rizzo Parse (1972) en su Teoría de enfermería de “La Evolución Humana” sostiene que:

“La enfermería basada en las ciencias humanas, se centra en el ser humano como unidad vital y en su participación cualitativa en las experiencias de salud” y que “la práctica de la enfermería está orientada a iluminar y movilizar las relaciones familiares en virtud del significado dado a la salud y a sus posibilidades como lenguaje en los esquemas de relación”.

Continuando con la línea de pensamiento de Rizzo Parse, ella afirma que el hombre no puede ser abordado de modo individual, aislado y fragmentado dado

que este no es un ente separado de su entorno sino que está en constante interacción con el medio, con su entorno y lo dice claramente cuando expresa:

“Los hombres y su entorno son inseparables, ya que intercambian energía, se desarrollan juntos para alcanzar una complejidad y diversidad crecientes y se influyen mutuamente según esquemas rítmicos de relación para formar una estructura única: el hombre - universo. Por tanto, los seres humanos y el universo intercambian energía para crear lo que hay en el mundo y que el hombre elige el significado que da a las situaciones que crea”.

Joyce Travelbee (1969), teórica norteamericana que influyó notablemente a la profesión en su momento, definió a la enfermería de la siguiente manera:

“Un proceso interpersonal por el cual el profesional de enfermería ayuda a una persona, una familia o una comunidad a prevenir o a afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario, dar un sentido a estas experiencias”

Esta autora deja claramente establecido que la relación persona a persona es ante todo una experiencia o serie de experiencias que viven la enfermera y el receptor de sus cuidados. La principal característica de estas experiencias es que se satisfacen las necesidades de enfermería que presentan los individuos y afirma que:

“En las situaciones de enfermería la relación persona a persona constituye todo el medio por el que se cumple el objetivo de la enfermería. Esta relación se establece cuando la enfermera y el receptor de sus cuidados alcanzan una compenetración después de haber pasado por las fases de encuentro original, revelación de identidades, empatía y simpatía”

Continuando con la observación del concepto de enfermería se aborda aquí el propuesto por la teórica Hildegard E. Peplau (1954) su aporte señala que:

“Las intervenciones de las enfermeras son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona, los cuidados han de ser individualizados haciendo

especial hincapié en la relación humana entre enfermera y la persona necesitada de ayuda”

“La enfermería consiste en un importante proceso terapéutico interpersonal. Actúa en coordinación con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en las comunidades” continuando con su concepto ella afirma que:

El cuidado de enfermería ha sido identificado como el objeto de estudio y eje del ejercicio profesional, siendo ese cuidado intencional, interpersonal e intransferible, como lo plantea Jeans Watson (1988) cuando expresa:

“El cuidado humano en enfermería no es por tanto una simple emoción, actitud, preocupación, o un deseo bondadoso. Cuidar es el ideal moral de enfermería, en donde el fin es protección, engrandecimiento y preservación de la dignidad humana: el cuidado humano implica valores, deseos y compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias”.

En todos los conceptos aportados por las diferentes teoristas encontramos elementos comunes y ellos son:

- ✓ Que el cuidado de enfermería debe estar centrado en la persona y su vínculo con el entorno.
- ✓ Que es un proceso interpersonal de ayuda basado en sólidos conocimientos.
- ✓ Que los cuidados de enfermería son tal si hay previamente una relación enfermero/a – paciente.

El primer ítem en común hace referencia a que *“el cuidado de enfermería debe estar centrado en la persona y su entorno”*, este punto en la observación no se presenta como tal sino que se realizan prácticas que están direccionadas hacia los diagnósticos médicos, en los pronósticos, en la terapéutica de la enfermedad y en la reversión del cuadro clínico.

Es correcto entonces afirmar que el ejercicio de la enfermería tiene puesto el foco en la enfermedad y sus manifestaciones y no en la persona en tanto sujeto

singular que interactúa con su entorno y afectada por su enfermedad de modo integral.

El segundo aspecto en común dice que *“es un proceso interpersonal de ayuda...”*; y el tercero punto señala que *“hay cuidados de enfermería si previamente hay una relación entre el personal de enfermería y el paciente”* estas facetas, desde los aspectos teóricos, están direccionadas al proceso de cuidar humanizado y que en la descripción de las prácticas de las enfermeras en las unidades de internación solo se observan de modo mínimamente parcial.

Esto se aprecia claramente en que no hay una instancia de escucha activa de la persona enferma, no se valora su historia de vida, no se atienden sus emociones, sus miedos, sus inseguridades, sus ansiedades y tampoco se reconoce al otro en tanto persona vulnerable por una enfermedad que no solo afecta su físico, sino que también la esfera emocional y social.

La enfermedad que le acomete le causa un sufrimiento que también alcanza su dimensión psicosocial. Los escasos contactos del enfermo con su familia también expresan claramente este aspecto ya que esta es una extensión de la vida del paciente. A este aspecto López Romera (2009) se refiere a que:

“Cada individuo reacciona de forma distinta ante la hospitalización, dependiendo de su personalidad, su situación socio-familiar, el tipo de enfermedad y el significado que le atribuye”.

Todo individuo sometido a una hospitalización, confronta reacciones emocionales que demandan una estrecha relación con alguien en quien confiar sus problemas y preocupaciones.

Algunos pacientes no pueden tolerar la frustración impuesta por el ingreso hospitalario, por la enfermedad y por sus consecuencias (exploraciones dolorosas, cambios súbitos en los hábitos sociales, laborales y rutinarios, pérdidas económicas, interrupción de su futuro profesional, etc.); se desencadenan entonces reacciones depresivas o eufóricas en función precisamente de pequeños

sucesos inevitables de la propia cotidianeidad.

Dentro del abanico de reacciones afectivas que podemos encontrar en este proceso de interrelación personal, algunas de las cuales constituyen auténticas perturbaciones de la afectividad, podemos encontrarnos con pacientes que tienen una afectividad plana, pacientes incapaces de expresar y sentir emociones.

Por supuesto, también podemos encontrar con una afectividad plana en el caso de las enfermeras; el resultado, inevitablemente es un proceso terapéutico altamente ineficaz; en ambos entes se produce una sensación de discomfort, frialdad y distanciamiento.

De aquí la importancia de la participación de una enfermera en la interacción con el paciente, para que establezca relaciones interpersonales saludables llenas de afecto, permitir la compañía continua de familiares, brindar un entorno tranquilo y confianza, seguridad con el fin de favorecer la adaptación del paciente en su situación.

Las unidades de sala de internación para las enfermeras, en tanto escenario de las prácticas de salud, dificultan poner en práctica métodos eficaces en la relación con el paciente, quizá no solo por las dificultades de la misma, sino a la inseguridad de lo que se hace, a la forma de trabajo, a la tecnología o al entorno laboral lo que trae como consecuencia llevar el proceso de interacción a un último plano, tomándolo como una pérdida de tiempo o como una simple entrevista, carecen de una reflexión de la representación que estas tienen en la comunidad ya que la misma está vinculada culturalmente a la idea de sufrimiento y vulnerabilidad de pacientes y familiares.

La cultura o el contexto sociocultural del paciente y del personal de enfermería también “colorea” el tipo de relaciones interpersonales.

La práctica de la enfermería también conlleva el trato y la relación con los pacientes, con sus familiares, así como con sus propios compañeros. Las relaciones interpersonales que se establezcan dependen en gran medida de lo

que se conoce como “*Percepción Social*”, que es el proceso a través del cual se pretende conocer y comprender a otras personas. Y bien es cierto, que muchas veces se trata a los demás no tal y como son realmente, sino tal y como los percibimos. A veces, ocurre que el profesional de enfermería se hace una primera impresión, positiva o negativa, de un paciente a quien ni siquiera conoce, y actúa con él, de acuerdo a esa primera impresión.

Se puede afirmar entonces que el objetivo de enfermería no se alcanza puesto que la relación de persona a persona, tan necesaria para alcanzar la meta de la profesión, no se ha sucedido mínimamente.

Los interrogantes que surgen a partir de esta síntesis de comparación son los siguientes:

- ¿En qué modelo de cuidados el personal de enfermería se ha identificado y con el cual desarrolla sus prácticas de salud?
- ¿Qué percepción tiene el personal de enfermería acerca del objeto de cuidado?
- ¿Cuál es la causa por la que los enfermeros realizan cuidados netamente técnicos o científicos y no se tiene en cuenta la dimensión psico-socio-espiritual de las personas?
- ¿Cuáles son las dificultades que impiden establecer cuidados basados en la relación terapéutica entre el profesional de enfermería y el paciente?
- ¿Cuentan los enfermeros con las herramientas e infraestructura suficiente para brindar cuidados basados en la relación enfermera paciente?

De la exploración bibliográfica llevada a cabo se encontraron antecedentes referidos a las temáticas “relación terapéutica enfermero- paciente” pero que estos solo abordan aspectos de la misma, es decir elementos que la constituyen, y en consecuencia un estudio gira en relación a la ínter subjetividad, la comunicación y la empatía en la relación enfermero paciente, también se hace referencia al apoyo significativo que surgen de estos tres elementos.

La indagación bibliográfica no respondió fehacientemente a los cuestionamientos que se devienen de la comparación de la teoría con la práctica. Con lo cual nos hace plantear la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los aspectos que dificultan establecer una relación terapéutica entre el personal de enfermería y el paciente en contexto de hospitalización?

JUSTIFICACIÓN

Este proyecto se decide llevar a cabo a fin de conocer los factores que dificultan establecer una relación terapéutica entre el personal de enfermería y el paciente en el acto de cuidar.

De este modo, con esta investigación se trata de conocer y comprender el fenómeno de la relación terapéutica entre enfermera- paciente y si esta presenta conflictos que dificultan su desarrollo de un modo adecuado, lo cual sería beneficioso para el personal de enfermería, lo que les permitirá conocer aspectos significativos para su desarrollo personal y profesional basado en el cuidado humanizado al paciente y su familia porque serán reconocidos como tal, ya que trabajar con el ser humano no es fácil, incluso menos en enfermería, donde se ejerce la labor con seres humanos en situaciones vulnerables y de sufrimiento, para la institución ya que esto permitirá realizar modificaciones pertinentes para elevar el nivel de calidad de atención, y para la profesión misma y su reconocimiento social porque logrará adquirir elementos científicamente fundados que le permitirán ser valorada como tal.

La conveniencia del proyecto está basada en el tratamiento del quehacer diario del profesional de enfermería y por ende los resultados aportarán elementos que irán al núcleo mismo del objeto de estudio de la enfermería que es el cuidado y para poder cuidar sin sufrir uno mismo.

Y es en la práctica misma del cuidado, teniendo en cuenta que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, así como permitir que ésta continúe y se reproduzca, donde debe realizarse con el abordaje de la individualidad de la familia y del sujeto en particular.

La importancia radica en que toma parte en el cuidar, lo que en si lleva adherido

mínimamente una relación entre dos y que el estudio realizará aportes en esa dirección.

El trabajar esta relación desde lo científico puede aportar conocimientos que bien podrían ser usados por otras disciplinas.

Para con el orden social el efecto del estudio redundaría en una práctica humanizada, con rigor científico, y sostenida desde los aspectos teóricos.

En síntesis, el resultado de este proyecto aportará conocimientos que luego se traducirán en calidad y eficacia de la terapéutica en los servicios de las unidades de internación y a la profesión.

MARCO TEÓRICO

La disciplina enfermera, en el marco de sus competencias profesionales, está preparada para ofrecer a la comunidad el despliegue de toda una serie de tecnologías y técnicas adecuadas para la mejora o mantenimiento de la salud. Técnicas estas, que en la mayoría de los casos son la aplicación de protocolos clínicos o tratamientos médicos. De otro lado, la enfermería como profesión debe tener una adecuada competencia relacional para ofrecer a las personas toda una serie de técnicas humanas (Barbero, 1999) que faciliten el desarrollo de la persona necesitada de ayuda en su proceso de salud-enfermedad, de modo que ésta sea capaz de utilizar los recursos internos de los que dispone para afrontar la situación de crisis en la que se encuentra del modo más sano posible. Así el bien intrínseco de la profesión, que no es otro que el cuidado, exige al profesional de enfermería que tenga todo un conjunto de conocimientos: saber, la capacidad de llevarlos a cabo de modo adecuado y eficaz para la persona doliente: saber hacer y un complejo de actitudes que permitan establecer buenas relaciones humanas con el que sufre saber ser (Bermejo, 1998).

El marco de la relación profesional 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.

Si bien esto es así, la enfermería como profesión, desde su formación inicial y luego de su desarrollo en la práctica, se ha construido e identificado principalmente a partir de su competencia técnica en el seno del enfoque positivista propio del siglo XIX que proporciona una concepción de la enfermedad construida en base al paradigma biomédico, donde los cuidados que se prestan se

hallan más centrados en los procesos fisiológicos y en la enfermedad que en la persona doliente entendida como un todo, esto es, como un ser holístico en el que la aparición de la enfermedad afecta directamente a todas sus dimensiones física, emocional, cognitiva, social y espiritual.

Este enfoque no está centrado en la persona, sino en los procesos biológicos de la enfermedad, que ha impregnado prácticamente todo el campo de la medicina y también de la enfermería. Sin embargo, su aplicación en estas disciplinas, no comprende muchos aspectos cruciales del ser humano como agente y como persona. Con esto se entiende, que cuidar de un ser humano es algo más que paliar sus necesidades de tipo somático, sino que consiste en percibir todas sus necesidades y velar por ellas.

En definitiva no cabe duda de que es importante tratar la enfermedad desde un enfoque biológico, pero la investigación positivista tiene algunas limitaciones cuando se estudian los fenómenos humanos, y por ello es esencial para la enfermería, contemplar a la persona enferma desde un enfoque holístico, esto es desde todas las dimensiones del ser humano (corporal, intelectual, emocional, social y espiritual), y para esto es importante acercarnos al conocimiento del papel que tiene en la relación de ayuda en enfermería el análisis del proceso de enfermar, dado que la enfermedad tiene un profundo valor antropológico en cuanto que no es un cambio meramente somático, sino que altera globalmente al ser y su estructura externa e interna.

La enfermería es fundamentalmente el desarrollo de una actividad humana y esta profesión en tanto que labor de cuidado, tiene que ver con la realidad frágil y vulnerable del ser humano, aportando una visión del ser humano que se desprende de la acción de cuidar y de atender a la persona enferma. Siguiendo a Torralba (1998) se puede afirmar que nadie conoce mejor que el profesional de enfermería al ser humano enfermo, la persona doliente, porque precisamente su acción se desarrolla en el epicentro de este mundo.

Esto es así porque el profesional de enfermería trata cotidianamente a personas humanas en una situación de extrema vulnerabilidad como lo es la enfermedad, acompañando al ser doliente y prestando los cuidados cuando existe en él una situación de necesidad o debilidad que imposibilita o dificulta su independencia, así como en aquellas circunstancias de dolor, sufrimiento o de abandono y, muy a menudo, de proximidad a la muerte.

Hildegard Peplau (1952) define la enfermería como “un proceso interpersonal y lo describió como “maternidad psicológica” donde deben satisfacerse las necesidades básicas si se quiere obtener y mantener un estado saludable, donde los dos componentes interactivos de la salud son las demandas fisiológicas y las condiciones interpersonales”.

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.

En todo proceso terapéutico, la afectividad va a construir el pilar fundamental para seguir dicho intercambio y comunicación profusa.

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.

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.

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.

Según Amezcua (2000), refiere que *“toda situación de cuidados es una situación antropológica, en sentido de estar atentos a la realidad humana de la persona doliente, atentos a todos sus códigos: físicos, cognitivos, emocionales, sociales y espirituales, en el momento de prestar cuidados enfermeros”*.

Rogers (1989), define la relación de ayuda diciendo que *“es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo, y un uso más funcional de estos”*.

Esta carencia detectada en habilidades comunicativas que ha empezado a hacerse eco en la sociedad a la que la enfermería presta sus servicios, nos hace entender la necesidad y el valor de la relación de ayuda como cuidado enfermero. 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).

Joyce Travelbee (1969) expresa que *“la calidad y cantidad de la asistencia sanitaria prestada a un ser humano enfermo depende mucho de la percepción que tiene la enfermera acerca del paciente”*.

Así los enfermeros deben percibir la interacción enfermero-paciente como una interacción entre dos seres humanos; los pacientes no representan una tarea por cumplir, un número de cama o una enfermedad, ni se debe asumir, automáticamente y sin mayor análisis, que todos son dependientes de enfermería; cuando los pacientes se asumen de esta manera, las energías de enfermería se enfocan en cumplir las expectativas institucionales y no en los requerimientos de los pacientes; aceptar la individualidad humana es el primer paso para iniciar el camino hacia la humanización del cuidado.

La relación terapéutica se puede definir como la comunicación específica para una relación en la que una persona desempeña el papel de ayudar a otra. Pero es mucho más que eso. La comunicación terapéutica constituye un nuevo enfoque en los cuidados enfermeros en el cual el centro de trabajo es el paciente, su narrativa (lo que dice y cómo lo dice), su experiencia de la enfermedad, su experiencia del sufrimiento y lo que significa para él, cómo el profesional escucha, atiende y dialoga con él sobre esa experiencia.

La comunicación terapéutica es una manera de que el profesional de enfermería vea su rol con el paciente como un marco para “saber estar” en la relación de ayuda.

El objeto fundamental del tratamiento es el ser humano en todo su ser, en su dimensión biológica, psicoafectiva y social; por eso, en esta dinámica de

interacción continua en el medio hospitalario, durante la enfermedad, es necesario seguir diacrónicamente la perspectiva antropológica 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.

A primera vista parece como si los griegos hubieran descubierto la realidad de la “naturaleza humana” o, en traducción literal, “la naturaleza del hombre”, frente a la tecnología actual agresiva y “deshumanizadora”

El ser humano es un ser biopsicosocial, pero la comunicación que se ha empleado hasta ahora en enfermería ha sido sobre todo funcional, un intercambio de información, lo cual tiene cierta utilidad, pero no es la forma adecuada de trabajar con la totalidad de la persona.

Pudiéramos pensar que el profesional 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, sino también todo su proceso y curación.

PERÍODOS DEL DESARROLLO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA-PACIENTE

Para Flórez Lozano (1992), el conjunto de las relaciones enfermera-paciente atraviesa diversas fases. En el caso de la enfermera, la relación interpersonal en su dimensión más profunda ocupa un lugar fundamental, si tenemos en cuenta que la comunicación, el contacto, la intimidad, la verbalización, la emocionalidad, “*el estar con el enfermo*”, es considerablemente mayor que en la relación “médico-

enfermo”.

Fase inicial. Comienza con el contacto primero que se tiene con el enfermo: el interrogatorio, la búsqueda de información, la valoración del estado de salud o de enfermedad del paciente; es necesario recoger una historia física y psicosocial para obtener datos básicos contemplando el funcionamiento premórbido del paciente en su casa, la escuela y el lugar del trabajo.

La historia evolutiva en su dimensión psicosocial y afectiva también es muy importante a la hora de valorar las diversas variables que influyen en su proceso patológico. En esta fase tratamos, asimismo, de descubrir las auténticas expectativas del paciente, el o los sentimientos de la familia, los posibles apoyos, otros resortes sociales, etc.

El paciente, por su parte, también intenta obtener toda la información posible (independientemente de que pregunte o no) y la enfermera habrá de satisfacer plenamente esas necesidades de información con el fin de disminuir la incertidumbre y la angustia ante el proceso hospitalario y la enfermedad. Durante esta fase, por otro lado, se determinan las características de la relación (dónde, cuándo y con qué frecuencia se reunirán enfermera y paciente). Los objetivos del tratamiento podrán establecerse considerando el tiempo de ingreso previsto, los recursos familiares y comunitarios y el seguimiento del paciente. En cualquier caso, durante este período de tiempo, debemos solucionar los múltiples interrogantes que se plantea rápidamente el paciente, dándole, en cualquier caso, seguridad, confianza, comprensión afectiva y apoyo.

El desarrollo de la relación enfermera-paciente supone colocar al hombre en una situación privilegiada, “lo más importante”, lo que fundamenta todo nuestro tipo de actuación.

Numerosos autores (Koos, 1955; Di Matteo, 1979) han confirmado el alto porcentaje de insatisfacción de los pacientes en relación a los cuidados médicos y de enfermería recibidos, llegando a alcanzar un 60-65%. En efecto, Korsch y Cols.

(1977), encontraron una serie de características del comportamiento de la enfermera que cabe relacionar fundamentalmente con la insatisfacción, tales como: falta de calor humano, falta de explicación clara de un determinado diagnóstico, no tener en cuenta las preocupaciones del paciente, no tener en cuenta las expectativas del paciente, uso de una jerga médica ininteligible, etc.

En el caso de enfermedades graves, la insatisfacción del paciente aún puede ser considerablemente mayor.

Fácilmente, podemos deducir que la capacidad afectiva de las enfermeras es la primera técnica que se debe manejar para atender al enfermo, pues la insatisfacción no se produce únicamente por un déficit de tecnología o de condiciones físicas inadecuadas (habitación, radio/TV, teléfono, baños, juegos, etc.).

La dimensión afectiva es un componente fundamental de la relación personal enfermera-enfermo, y junto con la información precisa, constituyen dos factores fundamentales en la satisfacción del paciente.

Es muy importante poder avanzar acerca de las expectativas del paciente en cuanto a su colaboración y curación, así como el importante papel de la enfermera en cuanto a generar expectativas positivas de lucha, de actividad, de colaboración.

La **fase intermedia** o de trabajo de la relación se centra en el significado de la enfermedad para el paciente.

Es el momento en que el enfermo comienza a asumir un rol más activo en la autovaloración, mientras la enfermera mantiene el contacto y fomenta la relación valiéndose para ello del estímulo, la seguridad profesional, la confianza y el afecto.

En esta **fase intermedia** se mantienen los objetivos terapéuticos, se analizan las formas de conducta previas a la enfermedad y al ingreso hospitalario y, al mismo tiempo, se generan conductas positivas en el enfermo con la ayuda de la enfermera.

La última fase, **de finalización**, señala la culminación de la relación “enfermera-paciente”. La enfermera en su desarrollo de la comunicación, y una vez que ha cumplimentado y demostrado sus cuidados de enfermería, estimula en el paciente una conducta de independencia, haciendo que se muestre más espontáneo y que controle la situación; pueden aparecer en el paciente sentimientos de abandono, pérdida, incapacidad, disolución, etc.

La enfermera va a desplegar un gran esfuerzo en esta etapa para que el paciente *interiorice la relación*, recordándole cómo empezó, los puntos más importantes que han tratado, los objetivos prioritarios, las perspectivas para el futuro. Finalmente, deberá conseguir que el paciente exprese totalmente los sentimientos y, al mismo tiempo, disponer del tiempo necesario para analizarlos y valorarlos.

INTERPRETACIÓN DE CONDUCTAS

Según Vallejos (1998), el mundo social que nos rodea es muy complejo y con frecuencia imprevisible. Una necesidad básica del ser humano es entender lo que ocurre a su alrededor y por qué ocurre. Para ello, en nuestra vida cotidiana intentamos continuamente explicar la conducta de los demás, incluso la nuestra propia.

Necesitamos conocer las “causas” de los comportamientos de los demás, del por qué han actuado de una u otra manera. Es decir, no nos conformamos simplemente con saber “cómo ha actuado” una persona, sino que también queremos comprender “por qué” lo ha hecho así.

El proceso mediante el cual buscamos esta información es conocido como **Atribución**, y en concreto, hace referencia a los esfuerzos que realizamos para comprender las causas subyacentes a la conducta de los demás, y en algunas ocasiones, también las causas subyacentes a nuestra propia conducta.

La atribución tiene sobre todo una función de control: dado que el mundo en que

vivimos es enormemente cambiante necesitamos saber a qué atenernos, necesitamos controlar esa complejidad de atribuciones para así hacer más estable nuestro medio, con el fin de poder predecir el comportamiento de los demás e incluso el nuestro propio, y así reducir al mínimo las posibles sorpresas.

Esta necesidad constante del ser humano por buscar la causa del comportamiento de los otros es algo central para entender y mejorar las relaciones profesionales, ya que una misma conducta interpersonal tendrá consecuencias muy diferentes en nuestras relaciones dependiendo de cómo la expliquemos, de cómo la interpretemos, o dicho en otros términos, a qué causa la atribuyamos.

Como nos formamos una impresión de los demás

En muchas ocasiones nos hacemos una primera impresión, positiva o negativa, de alguien a quien ni tan siquiera conocemos. Es decir, nos formamos una imagen relativamente coherente de esa persona, mediante la unión de diversos elementos informativos que hemos podido ir recogiendo en esos primeros instantes de interacción, como pueden ser; su vestimenta, atractivo, forma de hablar, de moverse, etc. Solomon Asch, fue uno de los primeros en dar respuesta a este interrogante y propuso un modelo Gestalista, según el cual, los diferentes elementos informativos que percibimos de un individuo están organizados como un todo, como una Gestalt o configuración, de forma que cada rasgo afecta y se ve afectado por todos los demás, generando una impresión dinámica que no es fácil de predecir a partir de los diferentes elementos tomados por separado.

En cada impresión, aunque todos los rasgos se relacionan entre sí, hay algunos que tienen un mayor impacto sobre los demás, sirviendo como elementos aglutinadores de la impresión, y que son denominados rasgos centrales.

No obstante, también nos resultaría útil conocer qué rasgos o características de una persona son percibidos más fácilmente y utilizados con mayor probabilidad en

esta primera impresión. Las diferentes investigaciones han puesto de manifiesto que los atributos que percibimos en primer lugar tienen más probabilidad de ser utilizados que los que percibimos más tarde, esto es lo que se conoce en Psicología como el “Efecto Primacía” .Además, algunos atributos físicos, como la altura, el atractivo físico, la ropa, el color de la piel, el sexo, la edad, etc., también tienen un importante peso en esa primera impresión. De hecho, también son unos de los primeros que se perciben, y a menudo suelen ser claros indicadores de estereotipos.

También tienen un efecto importante en la primera impresión, aquellos atributos que destacan sobre los demás, que nos llaman la atención. Tampoco se debe olvidar la comunicación no verbal. De hecho, en muchas ocasiones, no es tan importante lo que dice una persona, sino cómo lo dice. Así, prestamos mucha atención a la expresión facial, al contacto ocular, la sonrisa, los gestos, la postura, el tono, etc., a la hora de crearnos esa impresión.

EL AUTOANÁLISIS: HACIA EL CONOCIMIENTO PERSONAL

Para Gail W. Stuart (2006), el conocimiento personal constituye uno de los pilares fundamentales en la atención médica y de enfermería. Si desconocemos el lenguaje de nuestro cuerpo, si ignoramos los mensajes de nuestros sentimientos y emociones, en realidad estamos perdidos, no sabemos lo que comunicamos al paciente, no podemos predecir cómo vamos a reaccionar en una determinada situación y ante un paciente concreto.

Se trata de la lucha por la plena autorrealización en todos los planos de la vida, particularmente, en el profesional.

Cuando se proporciona a los pacientes la oportunidad de exponer sus problemas y actitudes en sus propios términos, siempre tienden a hablar en términos de “self”: “Me parece que no estoy siendo yo mismo”; “no puedo desahogarme como

realmente soy”, etc. A pesar de las actitudes defensivas que se producen en el enfermo, de sus temores y de comportamientos negativos (agresivos, destructivos, regresivos, inmaduros, etc.), la enfermera y el médico deben descubrir y potenciar las tendencias positivas que existen en todos nosotros en los niveles más profundos.

Obviamente, tal como sugiere Rogers, para desarrollar el propio potencial se necesita conocerse a sí mismo, así como un estilo de vida satisfactorio; de ahí las repercusiones familiares en la dinámica de interacción con el enfermo.

Las personas (médicos-enfermeras-pacientes) que niegan o falsean aspectos importantes de sí mismas, tienen una imagen incompleta y poco realista del propio YO; se construyen defensas neuróticas, no se puede actualizar nuestro propio potencial y no se tiene un concepto realista del propio YO.

Las enfermeras y/o médicos que, por el contrario, tienen una buena adaptación y un buen conocimiento personal, están abiertos a todas las experiencias y/o respuestas y actúan con una «autoestima» muy elevada. Según Rogers, las personas que viven plenamente de manera total cada momento aprovechan cada vez más sus propios recursos personales y profesionales e infunden una gran confianza en sus pacientes. En definitiva, el conocimiento personal hace que el médico y/o enfermera puedan ayudar más fácilmente al paciente y a la familia.

LA TRANSFERENCIA Y DE LA CONTRATRANSFERENCIA

La relación terapéutica según Stuart (2006), se basa en la idea de que lo principal de toda relación de ayuda es la comunicación y que está centrada en el paciente. La comunicación no es dar información, es una manera de relacionarse, en la cual el profesional de enfermería está presente con todo su ser, como testigo empático, con un compromiso de ayudar y acompañar al paciente en su realidad.

Esto es necesario porque, a causa de la enfermedad, el paciente pierde gran parte

de su ser: su vida social y laboral y su rol familiar. Hablando y redefiniéndose a alguien que le escuche desde una posición terapéutica puede empezar a construir su nueva realidad.

Para una relación de comunicación, el profesional tiene que desarrollar su humanidad, que es la cualidad que, en numerosos estudios, los pacientes dicen apreciar más del profesional sanitario. Otras cualidades que los pacientes dicen que esperan de los profesionales sanitarios y que fomentan el enfoque de la comunicación terapéutica, son: una buena comunicación y que el profesional se interese por ellos.

El paciente, su dolencia y la experiencia que tenga de su dolencia, no son problemas que se deban “arreglar”, sino una situación que se debe descubrir con interés y curiosidad. No se pretende que el profesional de enfermería comprenda al paciente en su totalidad, eso no es posible dada la complejidad del ser humano, pero sí que haga el esfuerzo de intentar comprender, escuchando con el mismo interés que mostraría un antropólogo en una nueva cultura.

Es intentar entender el significado que tiene para el paciente su experiencia (enfermedad, dolencia, aspectos psicosociales, etc.), ya que la enfermedad no supone lo mismo para el que la padece que para el profesional sanitario.

El significado que tiene para el paciente dará al profesional de enfermería la mejor información para decidir intervenciones verbales y no verbales.

Otro aspecto que deben tener en cuenta los enfermeros está relacionado con las fallas en la comunicación, de las cuales existe una gran variedad; la primera falla se presenta cuando el interlocutor no es entendido como un ser humano, individual y diferente de los demás, con criterios, experiencias y sentimientos propios; otra falla se presenta cuando los pacientes son incluidos en estereotipos sin un detallado análisis previo, y se les tilda de demandantes, agresivos o poco colaboradores. No captar el real sentido del mensaje expresado es otro tipo de falla de la comunicación; en este caso se le resta importancia o se da por obvio lo

que la persona expresa; los síntomas de la enfermedad, la sensación de soledad y de desamparo, el temor, la incertidumbre frente al futuro, y el sufrimiento persistente, pueden generar en los pacientes la emisión de mensajes que no siempre son claramente entendidos por los enfermeros.

Las dificultades para escuchar también generan fallas en la comunicación y conducen a informaciones difusas e incompletas, a falsas inferencias e incluso, a decisiones erróneas, y pueden ser percibidas por los pacientes y familiares como una falta de interés.

“Otra falla en la comunicación, que es bien frecuente, se presenta cuando se recurre a expresiones tales como “no se preocupe”, “todo estará bien”, “eso no vale la pena”, “hay otros en peor situación que usted”; este tipo de expresiones restan importancia a lo que el paciente expresa y siente, representan una manera de evadir la comunicación, son un impedimento para conocer la real situación, por lo cual se restan posibilidades de que las necesidades del paciente sean enfrentadas de forma eficaz”.

En algunos pacientes, las barreras en la comunicación son múltiples; la comunicación verbal de sentimientos y pensamientos no es posible; los gestos, los movimientos, la posición corporal, el llanto y el silencio son los medios más comunes a los cuales recurren los pacientes para comunicarse; los enfermeros desarrollan la habilidad para captar el real significado de los mensajes, debido a que estos son la base para la detección y para la toma de decisiones.

Las relaciones interpersonales que ocurren entre el personal sanitario y el enfermo se pueden distorsionar e, incluso, bloquear como consecuencia de las proyecciones *inconscientes de la enfermera al paciente y viceversa*. En una perspectiva psicoanalítica, la relación “enfermera-paciente” adquiere matizaciones muy distintas de lo que pudiéramos pensar o percibir.

El paciente es un individuo desorientado e indefenso, se encuentra necesitado, con actitudes conscientes e inconscientes de esperanza frente a un objeto que se

espera poderoso (médico/enfermera). El paciente consciente de su propia limitación y de la problemática especial de su función se encuentra en una situación de inferioridad, en una necesidad de ayuda, por eso describe los sentimientos y las actitudes que experimenta hacia el terapeuta. Se siente desamparado ante el medio hospitalario, en consecuencia, comienzan a despertarse sus impulsos y experiencias del mundo de la infancia precoz, probablemente revestidos de conflictos actuales, o bien a través de recuerdos o fantasías de aquellos primeros tiempos.

Ante la enfermedad y el medio agresivo que generalmente experimenta el paciente, éste queda emotivamente bajo la influencia de “deseos infantiles” o de “fantasías inconscientes”. El paciente revive situaciones o conflictos de la primera infancia en forma de sensaciones corporales o de manifestaciones proyectivas de transferencia.

El término contratransferencia, de otra parte, hace referencia a los sentimientos y actitudes de la enfermera en el marco terapéutico; los pacientes pueden “vivenciar” la relación terapéutica de manera muy parecida a una antigua relación con un amigo o con un ser querido.

Las enfermeras deben conocer cuáles son las reacciones potenciales en dicha situación; por ejemplo, el orgullo y vanidad de una enfermera puede aumentar si el paciente la contempla y reacciona ante ella de la misma manera que con una figura autoritaria, como podría ser un padre. De igual forma, la enfermera puede acercarse al paciente como lo hace una madre con su hijo, llegando a experimentar diversos sentimientos: cariño, culpa, aburrimiento, desaliento, enojo, etc.

Como es natural, estos sentimientos que se suscitan en el desarrollo de la relación, determinan de forma inconsciente la adopción de conductas realmente inadecuadas. Así, por ejemplo, la enfermera puede verse empujada a realizar un esfuerzo “titánico” con un paciente debido precisamente al parecido psicofísico del

enfermo con su padre. Por lo tanto, vemos que el mundo inconsciente de la propia enfermera se proyecta a través de conductas concretas en el paciente. Así, por ejemplo, nos encontramos con conductas agresivas de indiferencia o de odio; también podemos reconocer una conducta de “sobre compensación” que le obliga a administrar una alimentación inadecuada, una medicación impropia y unas expectativas terapéuticas poco realistas.

Evidentemente, ambos procesos psicoanalíticos (transferencia y contratransferencia) interfieren en la relación terapéutica y dificultan la mejor comprensión personal.

De ahí que el autoanálisis, la consulta con los compañeros y el autoconocimiento personal puede ayudarle a corregir esta situación desfavorable que se suscita como consecuencia de la dinámica inconsciente de los dos entes que intervienen (enfermera y paciente) y cuyos impulsos y motivaciones se remontan a lo más profundo de su infancia y a lo más recóndito de su personalidad.

Hasta ahora, cuando un profesional de enfermería detectaba que un paciente estaba en proceso de cambio, la reacción era decirle lo que tenía que hacer.

Esto no es útil, porque el ser humano no cambia porque alguien le diga qué es lo que tiene que hacer y cómo.

Es un proceso más complejo para el cual el enfermero, a través de la comunicación terapéutica, acompaña al paciente como un “testigo empático” de la experiencia existencial del sufrimiento.

El profesional de enfermería debe ser un aliado y así el paciente puede ir creando otro mapa de su vida, una nueva realidad en la cual pueda adaptarse a su problema de salud.

Los aspectos emocionales, psicológicos, culturales, sociales y familiares del paciente son de primordial importancia para su salud. La experiencia de la enfermedad y la calidad de vida dependerán, en gran parte, de factores que no son el cuerpo en sí, y es con estos factores con los que se trabaja en la

comunicación terapéutica.

La relación terapéutica es parte del rol autónomo de la enfermera y requiere pensar de una manera específica.

En la unidad de salas de internación, 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 y de las complicaciones clínicas.

Joyce Travelbee (1969) en otra de sus afirmaciones señala que *“el objetivo de la enfermería se consigue por medio del establecimiento de una relación de persona a persona”*.

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.

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 las tecnologización 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”*

En esta interacción, el beneficio para el paciente se expresa en recuperar la salud, presentar menos complicaciones o morir tranquilamente; pero también, aprender a vivir con sus limitaciones, secuelas y con sus tratamientos en forma permanente. Los enfermeros, por su lado, reciben la satisfacción de cumplir con su deber, de haber contribuido a la resolución de los problemas de otros seres humanos, y por

este camino avanzar hacia la experticia como profesionales.

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.

En esta línea Leininger (1960) afirma que *“cuanto mayores son los signos de dependencia de la tecnología en el profesional de enfermería, mayores son los indicios de que la asistencia esta despersonalizada”*.

El reto en la interacción lo ofrecen los pacientes con alteraciones de la conciencia como efecto de traumas, lesiones o de medicamentos sedantes, relajantes y anestésicos; estos pacientes no buscan la comunicación, no hablan, y sus expresiones y mensajes en la mayoría de los casos se limitan a gestos o a permanecer en silencio; la aparente incomunicación no los convierte en simples receptores del cuidado, y los enfermeros deben estar pendientes de mantener con ellos el contacto físico y la comunicación, y de ofrecerles la información necesaria para favorecer la ubicación en la realidad y evitar que la sensación de soledad y desamparo que presentan generen efectos físicos y psicológicos negativos.

Los cuidados de enfermería que se basan en prácticas asistenciales específicas de la cultura de los usuarios se traducen en signos positivos de satisfacción y bienestar.

Joyce Travelbee (1969) plantea que *“el término paciente es un estereotipo que resulta útil para la economía de la comunicación; en realidad no existen pacientes.*

“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”.

Una causa de distorsión de las habilidades es la enfermedad que convierte a las personas en pacientes; lo que Travelbee lo sintetiza como un “individuo enfermo”, aun cuando también plantea que en realidad no existen los pacientes, sino seres humanos con necesidades para satisfacer. Además, advierte sobre el peligro de que este concepto sea usado para una generalización, olvidando por consiguiente las diferencias individuales entre los pacientes.

De igual forma que el concepto de ser humano tiene influencia en el comportamiento de los enfermeros y en la calidad del cuidado, el concepto de paciente también la tiene; si bien es cierto que todos los pacientes tienen en común los problema y las debilidades de la condición humana, no se debe olvidar que cada uno de ellos es un ser individual, con requerimientos de cuidado diferentes, y con percepciones de la enfermedad y del sufrimiento que son particulares.

Pero la enfermedad y sus repercusiones no afectan solamente a las personas que la padecen, sino también a los demás miembros de la familia y a sus amistades, influye en sus relaciones, y tiene efectos económicos, sociales y psicológicos.

Las percepciones personales y familiares de la enfermedad dependen de la cultura, del conocimiento previo sobre la enfermedad y los síntomas, del tipo de lesión, del área corporal comprometida, de la forma de afrontar los problemas, de los contactos previos con el personal de salud, y del apoyo y relaciones familiares.

El ser humano tiene la habilidad para conocer a otros, para comunicarse con ellos; tiene la capacidad de transmitir su individualidad, aun cuando en ocasiones esto sea incomunicable e incomprensible para los demás; es capaz de relacionarse con quienes le rodean, de conocer, querer y responder al aprecio de ellos de la misma manera como puede disgustarse, desconfiar y odiar.

El sufrimiento genera una serie de respuestas y patrones de conducta en los pacientes; aquéllos con respuestas de rechazo al sufrimiento muestran comportamientos como ansiedad, ira, depresión, angustia, apatía, rebeldía, temor y culpa dirigida hacia sí mismo o hacia los demás.

Existen algunos factores que contribuyen a la aceptación del sufrimiento, entre los cuales están las creencias religiosas, el apoyo familiar, el cuidado de enfermería y una filosofía de vida que considera la vulnerabilidad humana.

A este respecto Liliana Villagra (1994) afirma que *“desde un punto de vista interpersonal, la percepción de la enfermedad es mucho más alentadora cuando la persona enfermase siente acompañada y cuidada desde el respeto, desde el cariño y la proximidad”*; en su estudio fenomenológico se observó que los pacientes críticos encontraban apoyo en sus familias debido a las alegrías que proporcionaban con sus visitas, y porque transmitían consuelo, tranquilidad y optimismo; además, también se apoyaron en sus creencias religiosas y en el cuidado de enfermería el cual percibían como científico y humanístico pues se sintieron bien cuidados, percibían simpatía y buen trato, porque los enfermeros transmitían confianza, seguridad y tranquilidad, y porque demostraban dominio de su labor.

Para Joyce Travelbee estar enfermo es *“estar solo y temeroso”*. Es temer a lo conocido y a lo desconocido, al presente y al futuro; es experimentar el temor de no tener futuro; estar enfermo y con dolor es creer que los que no lo tienen deben estar felices, es deprimirse fácilmente, es experimentar fatiga, malestar y debilidad en el cuerpo, en la mente y en el espíritu.

También plantea *“que las personas se dan cuenta que están enfermas cuando contrastan su presente condición con la situación previa, cuando no tenían la enfermedad, cuando se percatan de la pérdida de habilidad para ver, hablar, tocar, oler, escribir, escuchar, alcanzar y levantar objetos, vestirse y para el cuidado personal”*.

Para ofrecer un cuidado de enfermería humanizado los enfermeros deben comprender la enfermedad, el sufrimiento y la muerte como experiencias vividas por seres humanos, asistir a los individuos y las familias a enfrentar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento, y ayudarles a encontrar significado a esas experiencias.

La insatisfacción de necesidades puede depender del compromiso que la enfermedad de base y las complicaciones presentes generan en los órganos y sistemas corporales; como consecuencia, se presenta la pérdida de la independencia en el logro de los requerimientos básicos para recuperar la salud y favorecer el bienestar. Además de las limitaciones impuestas por la enfermedad, para el tratamiento se requiere la utilización de sondas, catéteres, instrumentos de monitoreo y de asistencia de funciones corporales, que también suponen restricciones y limitaciones en la realización de actividades y en la comunicación, y generan malestar, sufrimiento y dolor.

Otro factor que contribuye a la insatisfacción de necesidades es el efecto de algunos medicamentos requeridos como parte de la terapia, comúnmente usados; entre los efectos causados por los medicamentos están las alteraciones de la conciencia, el mareo y el malestar, la depresión respiratoria, debilidad e inmovilidad, cambios en la nutrición y eliminación urinaria.

Los factores descritos y muchos otros afectan la satisfacción de necesidades en el paciente, pero no están solamente comprometidas las necesidades físicas, sino también las psicológicas y sociales.

En estas condiciones los pacientes no pueden comunicarse, ni interactuar con

otros de la forma como están acostumbrados, no se percatan de recibir el afecto, y no pueden demostrar el suyo a los demás; además, se tornan dependientes de otras personas, en especial de los enfermeros, quienes se encargan de suplir sus necesidades manifiestas.

La dependencia de otras personas no se limita al plano físico, también involucra la toma de decisiones.

La selección entre opciones y la toma de decisiones que, según Travelbee, caracterizan al ser humano, deben ser asumidas por miembros de la familia o del equipo de salud.

La relación tiene lugar en cada interacción enfermero-paciente, se da en la conversación y en el silencio, en lo verbal y en lo no verbal; por el lenguaje simbólico mediante la apariencia, el comportamiento, la postura, la expresión facial y los gestos que comunican ideas, pensamientos y sentimientos, y se otorgan significados tal como se hace con el lenguaje hablado; los enfermeros deben entender el significado de la comunicación con los pacientes y usar esa información en la planeación de las intervenciones.

“En la comunicación los pacientes transmiten sus requerimientos de cuidado y ejercen influencias sobre los enfermeros; los enfermeros, por su lado, ofrecen motivación, instrucción y conocimiento para contribuir a la recuperación del bienestar en los pacientes”.

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. 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.

Comunicación terapéutica y comunicación social:

La comunicación terapéutica, la que se utiliza en una relación de ayuda, no es igual que la comunicación social, que se emplea en otros ámbitos de la vida. El estilo de comunicación que se ha desarrollado entre las familias, los amigos y los conocidos no es relevante en un contexto terapéutico.

Para una relación de ayuda se requiere una metodología específica que permita que el profesional mantenga su rol y los objetivos terapéuticos.

En la comunicación social, la responsabilidad de la calidad de la comunicación es de las dos personas que se están relacionando (dos amigos, dos familiares, dos compañeros de trabajo...). En la comunicación terapéutica, la responsabilidad de que la comunicación sea lo más eficaz posible corresponde al profesional, es parte de su trabajo. El papel del paciente en la comunicación consiste en expresar su malestar, a su manera, para que la enfermera pueda conocerle y así ayudarlo mejor.

El profesional utiliza la comunicación terapéutica no para ser amable con el paciente, sino porque es la herramienta principal de su trabajo.

En la comunicación social, si un amigo habla de una manera un poco agresiva, podría enfadar a su interlocutor, pero en la comunicación terapéutica se ve la agresividad del paciente como una expresión de su malestar y ello proporciona información para poder trabajar con él.

De la misma manera, si en la comunicación social un conocido habla de tal forma que su interlocutor piense que se le “está tomando el pelo”, a lo mejor decide no seguir hablando con él o dice algo irónico. Pero en la comunicación terapéutica, cuando se observa ese mismo comportamiento en el paciente, se sabe que son sus defensas y el interés recae en lo que hay detrás de ellas.

Si el profesional de enfermería, en su comunicación con el paciente, comienza a pensar como si fuera una comunicación social, se arriesga a despistarse,

confundirse, no poder hacer bien su trabajo, frustrarse.

Gran parte de la frustración que tienen los profesionales de enfermería con los pacientes y de la insatisfacción de éstos con los profesionales se deriva de que la enfermera, al no tener la formación adecuada en comunicación, se confunde y piensa como si estuviera en una situación social en vez de una terapéutica.

La base fundamental de la relación terapéutica es el trabajo en equipo o “concordance” entre paciente y enfermera, y la identificación de objetivos entre ambos. Si la relación entre el profesional y paciente no es efectiva, hay más problemas y menos resultados. Actualmente muchos profesionales no son conscientes del potencial de curación de la relación terapéutica.

Como afirma McDonald P “una efectiva relación terapéutica es buena tanto para el paciente como para la enfermera, ya que el cuidado que se establece es recíproco”. Al establecer esta relación es obvio que el profesional ayuda al paciente, pero el sanitario también recibe algo a cambio tanto en el ámbito profesional como personal (facilita el crecimiento personal y laboral).

La relación de ayuda va más allá de una respuesta a la cotidianidad, intenta brindar apoyo que puede ir desde una palabra de aliento en un momento dado, un apretón de manos, simplemente una palmada en la espalda convierten esta relación en una dimensión del cuidado.

Acostumbrarse a este tipo de comunicación es difícil, en especial para la familia de los pacientes, pero ellos obtienen mensajes importantes aun cuando no es frecuente que algunos de éstos sepan interpretar la información que ofrece.

Infortunadamente, estas dificultades en la comunicación generan fallas en ella, con frecuencia se observa que los mensajes emitidos por los pacientes no son comprendidos, lo que hace que expresiones como “todo va a estar bien” y “el paciente es poco colaborador”, sean comunes.

La comunicación tiene lugar en cada interacción enfermero-paciente, se da en la conversación y en el silencio, en lo verbal y en lo no verbal; por el lenguaje

simbólico mediante la apariencia, el comportamiento, la postura, la expresión facial y los gestos que comunican ideas, pensamientos y sentimientos, y se otorgan significados tal como se hace con el lenguaje hablado.

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.

Se conceptualiza a la relación enfermero paciente así como los aspectos que la dificultan desde los conceptos de Joyce Travelbee en su Teoría: Modelos de relación de persona a persona; y desde Madeleine Leininger en su teoría “Cuidados culturales: teoría de la diversidad y la universalidad”.

La relación enfermero paciente consiste en todo contacto establecido entre una enfermera y una persona enferma, se caracteriza porque ambos individuos se perciben recíprocamente desde una perspectiva estereotipada, esta relación se establece cuando ambos alcanzan un entendimiento; para ello atraviesan por diferentes fases que van desde las primeras impresiones, la vinculación, compartir las experiencias y la implicación personal de la enfermera para la acción adecuada que mitigaran el sufrimiento de la persona enferma.

En cuanto a los aspectos que dificultan el establecer la relación terapéutica se identifica conocimientos científicos, las habilidades técnicas, concepciones acerca del objeto de cuidado, habilidades comunicativas, la tecnologización de los cuidados así como la dependencia de esta solamente, conocimiento de la cultura del sujeto, la individualidad del paciente, la identificación de patrones de conductas, generalización de las percepciones, rotulación de los pacientes, importancia que le asigna a las expresiones del paciente.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Esta investigación se producirá bajo la modalidad de estudio de tipo descriptivo y transversal considerándolo como el más adecuado para los objetivos planteados. Además los estudios descriptivos resultan valiosos por ser un importante generador de hipótesis que tienden a explicar hechos o relaciones que surgen del estudio.

La elección del método se realiza en respuesta al criterio propuesto por Ander Egg que sostiene "... el estudio descriptivo es el nivel en lo que habitualmente han de trabajar quienes están preocupados por la acción, puesto que permite elaborar un marco de estudio a partir del cual, se deduce una problemática ulterior o bien formular un diagnóstico con el fin de conocer carencias esenciales y sugerir una acción posterior."

Universo

El universo lo constituirán los licenciados en enfermería, enfermeras/os profesionales y auxiliares de enfermería.

Población

La población la constituirán los licenciados/as en enfermería, enfermeros/as profesionales y auxiliares de enfermería del Centro Rehabilitación y Cuidados Respiratorios Del Parque".

Muestra

La constituirán los licenciados de enfermería, enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería del “Centro de Rehabilitación y Cuidados Respiratorios Del Parque.”. Marzo/junio 2016.

Fuente

Para la realización de este estudio se utilizaran fuentes primarias de información directa de licenciados/as en enfermería, enfermeras/os profesionales y auxiliares de enfermería del Centro antes señalado.

Técnica

Se utilizarán las técnicas de encuesta en su modalidad de entrevista y la observación directa no participativa a los licenciados/as en enfermería y enfermeras/os profesionales y auxiliares de enfermería del Centro Del Parque.

Variables

Aspectos que dificultan establecer la relación terapéutica enfermera- paciente se estudiarán en cinco dimensiones a saber:

1. Formación académica.
2. Métodos de trabajo.
3. Concepciones acerca del objeto de cuidado.
4. Comunicación.
5. Uso de tecnología.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Dimensión: Aspectos que dificultan la relación terapéutica

VARIABLES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Conocimiento	Formación Académica	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actualizado ✓ Escaso ✓ Nulo 	Ordinal
Método de trabajo	Técnicas y Habilidades	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Terapéutico ✓ No terapéutico 	Nominal
Objeto de Cuidado	Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Humanístico ✓ Biologicista 	Nominal
Comunicación	Calidad de atención	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Efectiva ✓ Poco efectiva ✓ Escasamente efectiva 	Ordinal
	Detección necesidades insatisfechas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No 	Nominal
	Lenguaje verbal Lenguaje no verbal	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No 	Nominal
	Dispositivos tecnológicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dependiente ✓ No dependiente 	Nominal
Tecnología	Nivel de dependencia	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Absoluta ✓ Relativa 	Nominal

1- **FORMACION ACADÉMICA:** Aquí se valorará si los enfermeros presentan formación acerca de teorías de relación enfermero paciente, aspectos que la dificultan, modos de superar las dificultades y si presentan actualización de conocimientos en dicha relación.

La carencia de conocimientos científicos en cuanto a la relación enfermero paciente se considera como dificultad.

VARIABLE: FORMACIÓN ACADÉMICA

- Actualizado, posee conocimientos teóricos sobre la relación terapéutica enfermera-paciente y los aplica a los cuidados.
- Escaso, posee conocimientos teóricos deficientes lo que dificulta establecer una relación de ayuda al paciente.
- Nulo, no posee conocimientos teóricos sobre la relación terapéutica enfermera-paciente, lo cual no le permite establecer una relación de ayuda al paciente.

La formación académica a) Será actualizada; cuando en los últimos doce meses haya realizado cursos u otro tipo de formación en torno a teorías interpersonales enfermero paciente y cuando manifieste un interés en relacionarse con el paciente terapéuticamente.

b) Será escaso; dificulta la relación de ayuda, cuando en los últimos veinticuatro meses no haya realizado formación alguna en lo que atañe a la relación enfermera paciente y no presente un interés para con el paciente.

c) Será nulo; cuando carezca de estudios sobre de la relación interpersonal enfermero paciente.

2- **MÉTODOS DE TRABAJO:** Bajo esta variable se considerará si el método

de trabajo utilizado por los enfermeros contempla espacios para la relación con el paciente. Y si el personal de enfermería es capaz de aunar las habilidades técnicas con la humanización de los cuidados, la falta de estos elementos se la considera como aspectos que dificultan la relación del enfermero con el paciente.

VARIABLE: MÉTODO DE TRABAJO.

- Terapéuticos, no dificulta la relación terapéutica enfermera-paciente.
- No terapéuticos, dificulta la relación terapéutica enfermera-paciente.

Los métodos de trabajo serán terapéuticos; no dificultan la relación terapéutica enfermera-paciente:

- a) Cuando los/as enfermeros/as brinden en su actividad diaria para el vínculo enfermero paciente
- b) Cuando no consideren necesario de tiempo para relacionarse terapéuticamente con el paciente en situación de internación, la carencia de uno de estos elementos se las considerará como no terapéuticas; dificultan la relación de ayuda enfermera-paciente

3- CONCEPCIONES ACERCA DEL OBJETO DE CUIDADO. Aquí se indagarán en los enfermeros los conceptos de individualidad, ser humano, paciente, la enfermedad, el sufrimiento y si estos conceptos, son de corte humanístico o meramente técnicos dado que estos últimos dificultan establecer una relación con el paciente.

Se considerará humanístico si el enfermero entiende al paciente como un ser biopsicosocial, atendiendo a todas sus necesidades psicosociales (espiritual, social, emocional, etc.).

Se considerará técnico si el personal de enfermería aplica a los cuidados del paciente las concepciones teóricas biologicista, entendiendo al paciente como una

afección que se debe reparar sin tomar en cuenta las necesidades biopsicosociales.

VARIABLE: CONCEPCIONES DEL OBJETO DE CUIDADO.

- Humanística, no dificulta la relación terapéutica enfermera-paciente.
- Biologicista, dificulta la relación terapéutica enfermera-paciente.

Las concepciones del objeto de cuidado serán consideradas humanísticas; no dificultan la relación enfermera-paciente:

a) Cuando en sus definiciones se de importancia, al aspecto humano, sus dolores, molestias, preocupaciones, sentimientos, angustias y a la individualidad que porta cada ser humano

b) Carecer estos aspectos se las considerará como biologicista; dificultan la relación de ayuda enfermera-paciente.

4- **COMUNICACIÓN:** Estará referida a determinar si hay escucha activa, interpretación de gestos, identificación de satisfacción en los pacientes por parte de los enfermeros, si el lenguaje utilizado es el adecuado y asignación de importancia a la comunicación con el paciente, la ausencia de estos aspectos se considerarán como elementos que dificultan la relación enfermero paciente.

VARIABLE: COMUNICACIÓN.

- Efectivas, no dificulta la relación terapéutica enfermera-paciente.
- Poco efectivas, no dificulta la relación terapéutica enfermera-paciente.
- Escasamente efectivas, dificulta la relación enfermera-paciente.

La comunicación será efectiva; no dificulta la relación terapéutica enfermera-paciente, cuando se responda positivamente a los siguientes aspectos:

- a) Escucha activa, interpretación de gestos, identificación de satisfacción de necesidades, utilización del lenguaje adecuado, nivel de importancia de la comunicación.
- b) Será poco efectiva; no dificultan la relación enfermera-paciente, cuando solo alcance el 60% de los ítems antes mencionados
- c) Será escasamente efectiva; dificultan la relación enfermera-paciente, cuando solo alcance el 30% o menos.

5- **USO DE TECNOLOGÍA:** Aquí se valorará la dependencia por parte de los enfermeros a la aparatología para brindar cuidados, y si la tecnología es un factor determinante para cuidar, dado que su excesiva dependencia se considera como aspecto que dificulta la relación enfermero paciente.

VARIABLE: USO DE TECNOLOGIA.

- Dependencia absoluta, dificulta la relación terapéutica enfermera-paciente.
- Dependencia relativa, no dificulta la relación terapéutica enfermera-paciente.

El uso de la tecnología será de dependencia absoluta

- a) Cuando esto sea determinante a la hora de brindar cuidados y se dependa de ellos exclusivamente para el acto del cuidado, así visto se lo considera como un obstáculo que dificulta la relación terapéutica enfermera-paciente.
- b) Será de dependencia relativa; no dificulta la relación de ayuda enfermera-paciente, cuando solo se los considere como un elemento más para realizar la ayuda al paciente.

INSTRUMENTO

Se elaboró una cedula de entrevista con preguntas abiertas, con una serie de tópicos dirigidos a recabar información sobre la modalidad que se presenta la relación terapéutica enfermero paciente y aspectos que la dificultan. (Ver anexo I)
Esta cédula constará de lo siguiente:

- Instrucciones
- Respetando el anonimato del encuestado
- Servicio o área específica
- Observaciones
- Identificación del encuestador
- Número de encuesta

Plan de recolección de datos

La recolección de datos se llevará a cabo mediante las técnicas de entrevista y la observación no participativa que se realizarán oportunamente a los/as licenciados/as en enfermería, enfermeros/as de profesionales y auxiliares de enfermería del Centro de Rehabilitación y Cuidados Respiratorios Del Parque bajo estudio.

Al realizar la entrevista se procurará aclarar toda duda y evitar todo tipo de ambigüedades posible por parte de los profesionales y padres de pacientes bajo estudio.

La observación se realizará a los profesionales de enfermería durante sus actividades diarias con los pacientes.

Las mismas se realizarán en el mes de Marzo-Junio/2016, tendrán una duración de 04 meses para alcanzar a todos los profesionales del centro antes mencionado.

INSTRUCTIVO DE ENCUESTA

Presentación de la Encuesta

El presente instructivo se elaboró con la finalidad de orientar el trabajo del entrevistador que participara en la Encuesta Relación terapéutica enfermero-paciente.

El objetivo general de la encuesta

Es recabar datos que permitan conocer los aspectos de que dificultan la relación de ayuda enfermero-paciente en el “Centro de Rehabilitación y Cuidados Respiratorios Del Parque”, en la Ciudad de Buenos Aires.

Para realizar la encuesta se utilizará 1 tipo de cuestionario de preguntas abiertas

INSTRUCCIONES GENERALES DE LLENADO DE LOS CUESTIONARIOS

El llenado de los cuestionarios es decir, el registro de las respuestas a las preguntas que se formulen, debe realizarse en el momento mismo de la entrevista; no trate de confiar en su memoria ni pretenda registrar la información al terminar la visita a los hogares o establecimientos seleccionados.

Todas las preguntas deben leerse textualmente y en voz alta; éstas aparecen escritas en letra minúscula.

En este tipo de preguntas abiertas. Se deberá anotar lo que mencione el entrevistado de manera textual en las líneas correspondientes y posteriormente clasificar la respuesta en alguna de las categorías que se incluyen:

Existen algunas preguntas que a pesar de estar precodificadas, no contemplan todas las posibles respuestas. En ellas aparece una categoría denominada OTROS, donde se agruparán las respuestas que no sean clasificables en los demás códigos.

Cuando se encuentre la instrucción (Especifique) en esta categoría se anotará la respuesta del entrevistado y circulará o anotará el código que corresponda a OTROS.

Al final de cada encuesta debe registrar su resultado utilizando para ello los siguientes códigos:

1. Entrevista completa. Cuando obtiene información de todas las preguntas del cuestionario, siguiendo la secuencia de la entrevista.
2. Entrevista incompleta. Cuando no se obtuvo la respuesta de 5 o más preguntas siguiendo la secuencia de la entrevista.
3. Se negó a dar información. Este código se utiliza cuando la entrevista es rechazada por el informante que se niega a proporcionar los datos.
4. Aplazada. La entrevista aplazada se presenta cuando por alguna causa de

trabajo el entrevistado no puede contestar, pero proporciona alguna fecha o día para poder retornar a aplicar el cuestionario correspondiente.

5. Otro. Cualquier caso no cubierto en los anteriores

PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos se volcaran a una tabla, donde se tabularan las respuestas a las preguntas dadas.

La tarea de proceso de datos se realizara de la siguiente manera:

- Ordenación de los formularios numéricamente.
- Revisión y depuración de los datos.
- Agrupación y codificación de datos.
- Volcar los datos a una tabla de doble entrada.

En el paso siguiente se categorizan las respuestas obtenidas de las preguntas de los indicadores de las variables.

Plan de presentación de datos

Los datos serán presentados en tablas de simple entrada y gráficos de barra.

PLAN DE RECURSOS

Financieros

Los gastos de la investigación fueron solventados por la autora del proyecto. La suma aproximada es un total de \$ 1.938,50

Humanos

Esta investigación estuvo a cargo del autor de este trabajo, se sumó a ello el asesor científico y los sesenta y dos entre licenciados de enfermería, profesionales y auxiliares de enfermería del Centro de Rehabilitación del Parque en la Ciudad de Buenos aires.

Materiales

Para esta ocasión se necesitó 8 planillas de registro, 62 lapiceras, 1 resma de papel tamaño A4 62 juegos de fotocopias de 3 hojas cada uno de la cédula de entrevista, 62 hojas A4 para planillas de observación no participativa, 8 planillas para la tabulación de los datos, 1 cartucho de tinta para computadora; todos estos recursos serán costeados por la investigadora.

Varios

Se ubicó dentro de este aspecto lo referido a teléfono, transporte, etc.

Presupuesto para la ejecución del proyecto

Actividad	Elementos	Precio P/unidad	Cantidad	Total
Recolección de datos	Fotocopias cédula de entrevista	\$ 0,75	62	\$ 46,50
	Encuestadora	\$ 450	1 persona	\$ 500
Procesamiento de datos	Planilla de registros	\$ 2,50	6 unidades	\$ 15,00
	Lapiceras	\$ 7,50	62	\$ 465,00
	Resma de papel	\$ 60,00	1	\$ 110,00
	Planilla p/Tabulación de datos	\$ 4,00	6	\$ 27,00
	Cartucho de Tinta	\$ 350,00	1	\$ 450,00
Varios	Teléfono	\$ 50,00		\$ 100,00
	Transporte	\$ 50,00		\$ 100,00
	Otros	\$ 75,00		\$ 175,00
Total				\$ 1938,50

PLAN GENERAL DE TRABAJO

El tiempo secuencial para la ejecución del estudio llevó 4 (cuatro) meses. Cada una de las etapas se las presenta a continuación.

Cronograma de Gantt para etapa de ejecución

Etapa de Ejecución	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Recolección de entrevistas				
Procesamiento de datos Observación: Codificación de datos				
Confección base de datos				
Informe Final				

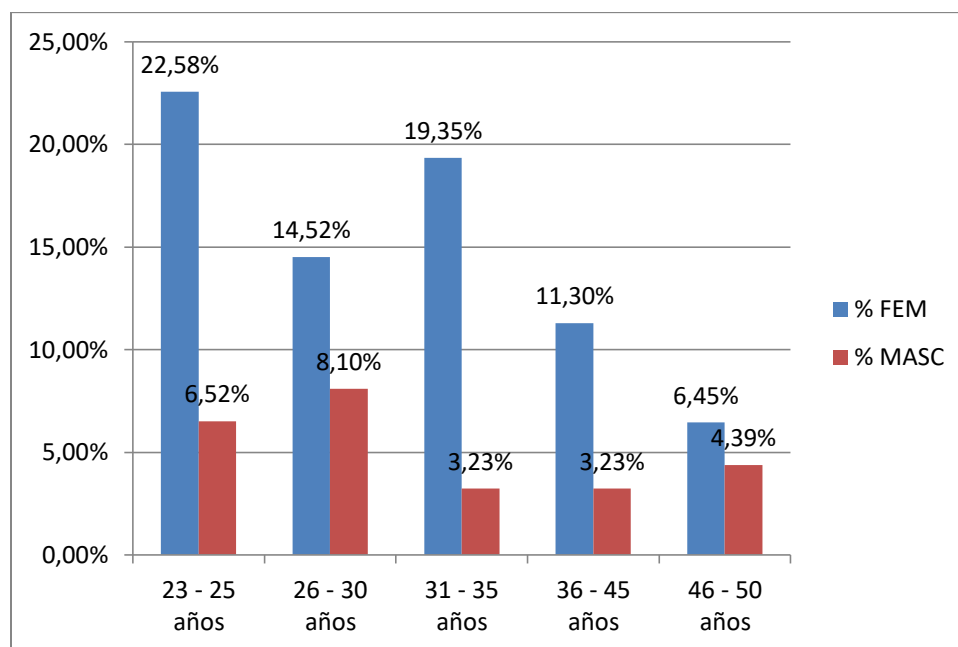
ANALISIS DE LOS DATOS

Cuadro N° 1

Distribución de la población según la edad y el sexo del personal de enfermería en el Centro de Cuidados Respiratorios Villa del Parque, en la Ciudad de Buenos Aires. Primer trimestre 2016.

Distribución población según sexo y edad del Personal de Enfermería

n = 62



FUENTE: CEDULA DE ENTREVISTA.2016

Análisis: Del total de la población del personal de enfermería según sexo y edad del personal de enfermería, está relacionado con la preferencia institucional de contratar personal femenino en un rango de edad entre 23-25 años y lo secundan enfermeras con 31-35 años y en menor porcentaje los de 26-30 años.

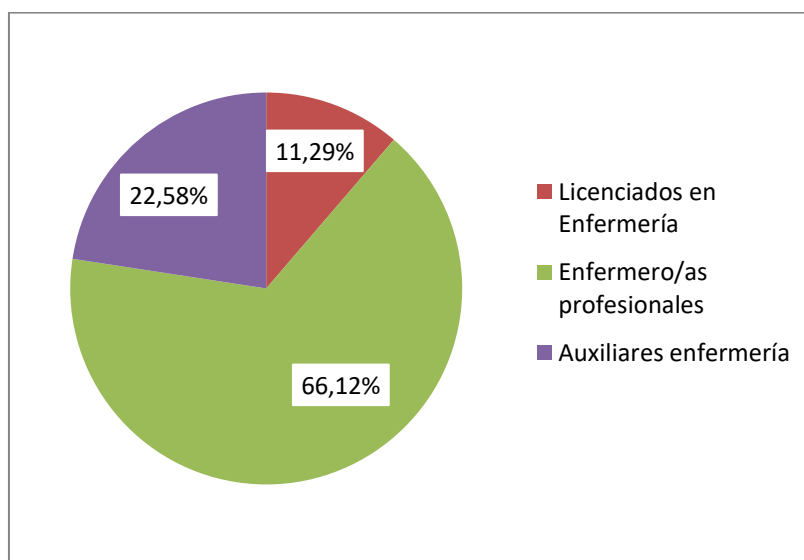
Resultados: La cantidad de personal de enfermería en servicio según sexo y edad, es mayoritariamente personal femenino en un rango etario inferior a los 35 años y está relacionado con una preferencia institucional.

Cuadro N°2

Distribución de la población según el nivel académico del personal de enfermería en el Centro de Rehabilitación y Cuidados respiratorios Del Parque, Ciudad de Buenos Aires, 2016.

Distribución de la Población según Formación Académica

n = 62



Fuente: Cédula de entrevista, 2016.

Análisis: Del total de la población el 66,12 % son auxiliares, el 22,59 % son profesionales y en menor porcentaje con un 11,29 % de licenciados.

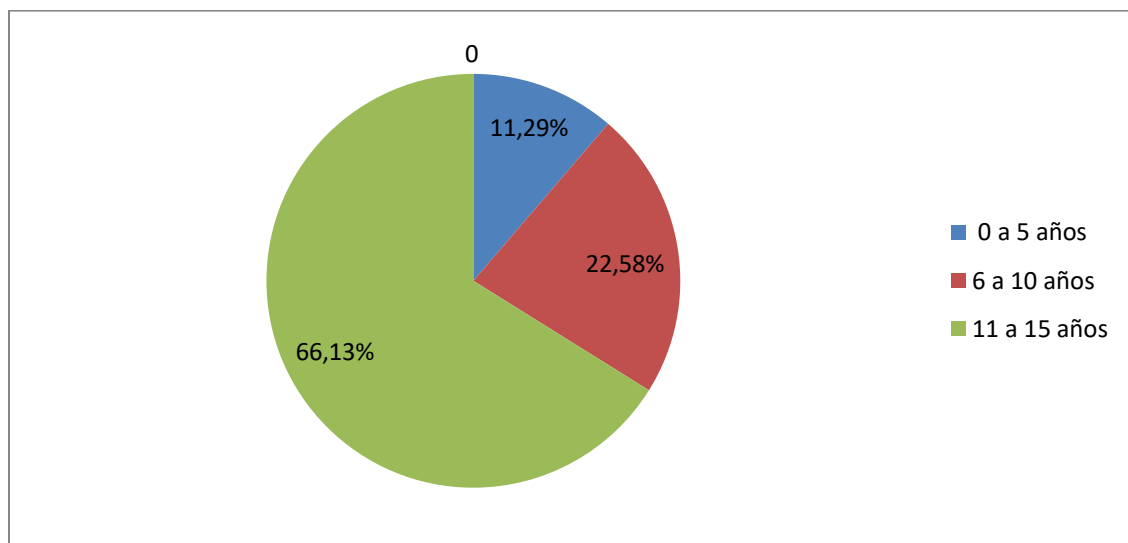
Resultados: El nivel académico del personal de enfermería se relaciona con la preferencia de la institución de contratar mayoritariamente Auxiliares, Profesionales y minoritariamente Licenciados en Enfermería, dándole prioridad a aquellos con precaria experiencia profesional.

Cuadro N° 3

Distribución de frecuencia según antigüedad en el servicio del personal de enfermería en el Centro de Rehabilitación y Cuidados respiratorios Del Parque, Ciudad de Buenos Aires, 2016.

Distribución de la población según antigüedad en el servicio

n = 62



Fuente: Cédula de entrevista, 2016.

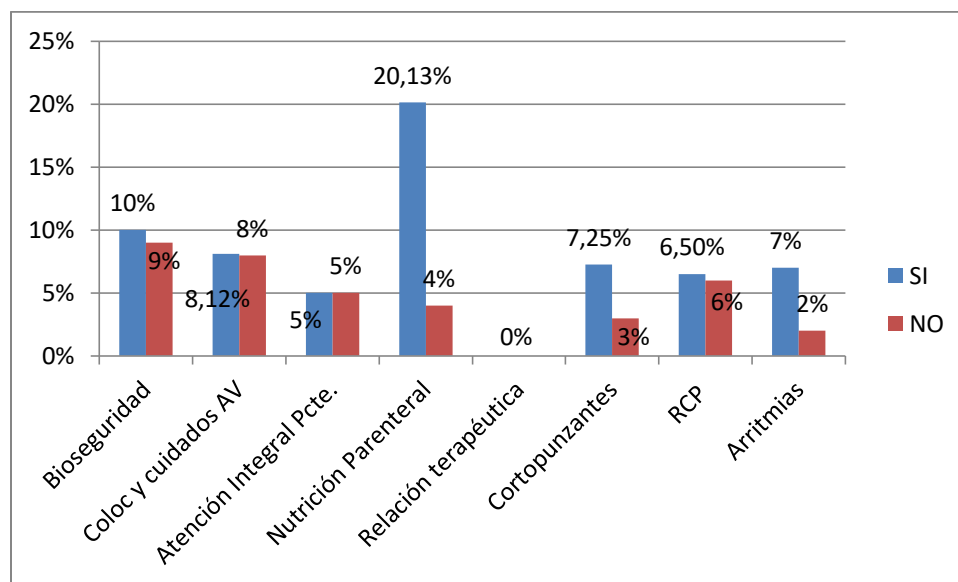
Análisis: Del total de la población de enfermería el 66,13 % tiene entre 11 a 15 años, el 22,58 % tiene de 6 a 10 años y el 11,29 % tiene de 0 a 5 años de antigüedad.

Resultados: El personal Auxiliar de Enfermería tiene más de 15 años de antigüedad, superando en cantidad y en años de servicio al resto de los profesionales contratados, teniendo en cuenta la particularidad de que la institución tomada como muestra era inicialmente un Geriátrico.

Cuadro N° 4

Distribución de la población del personal de enfermería según realización de cursos/seminarios en los últimos años en el servicio del personal de enfermería en el Centro de Rehabilitación y Cuidados respiratorios Del Parque, Ciudad de Buenos Aires, 2016.

Distribución de la Población según Capacitación del personal de Enfermería
n = 62



Fuente: Cédula de Entrevista, 2016

Análisis: Del total de la población se observó que el personal de enfermería ha realizado cursos/seminarios en Vías Periféricas un 20,13 %, en Nutrición Parenteral, 10 % en Bioseguridad, un 8,12 % en colocación y cuidados de accesos venosos.

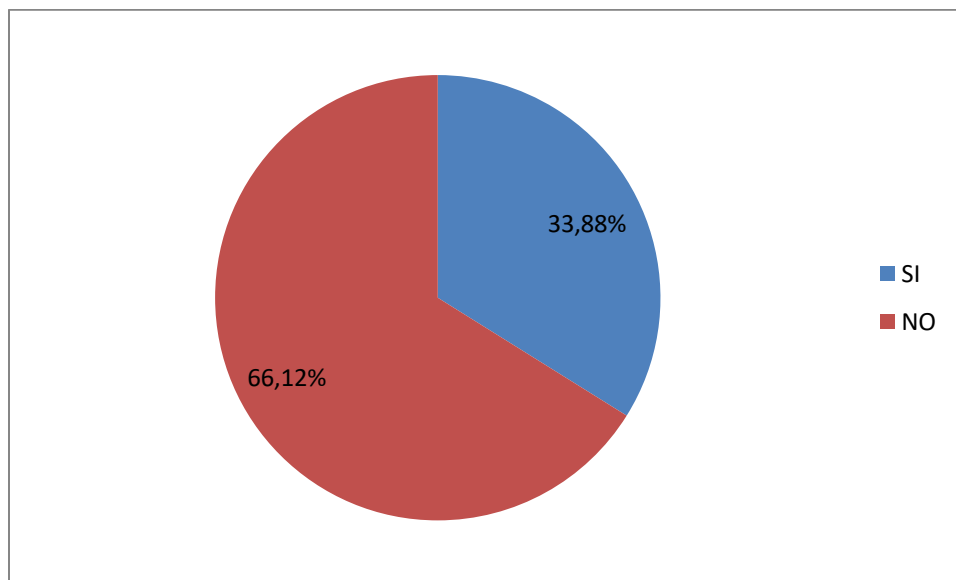
Resultados: No se registraron datos sobre la capacitación del personal de enfermería en relación terapéutica o interpersonal con el paciente.

Cuadro N° 5

Distribución de la población del personal de enfermería según conocimientos sobre relación terapéutica enfermera paciente en el Centro de Cuidados Respiratorios Villa del Parque, en la Ciudad de Buenos Aires. Primer trimestre 2016.

Distribución de la población según Conocimiento sobre Relación Terapéutica

n = 62



Fuente: Cédula de entrevista, 2016

Análisis: Del total de la población del personal de enfermería el 66,12 % no poseen conocimientos, mientras que el 33,88 % poseen conocimiento sobre la relación terapéutica.

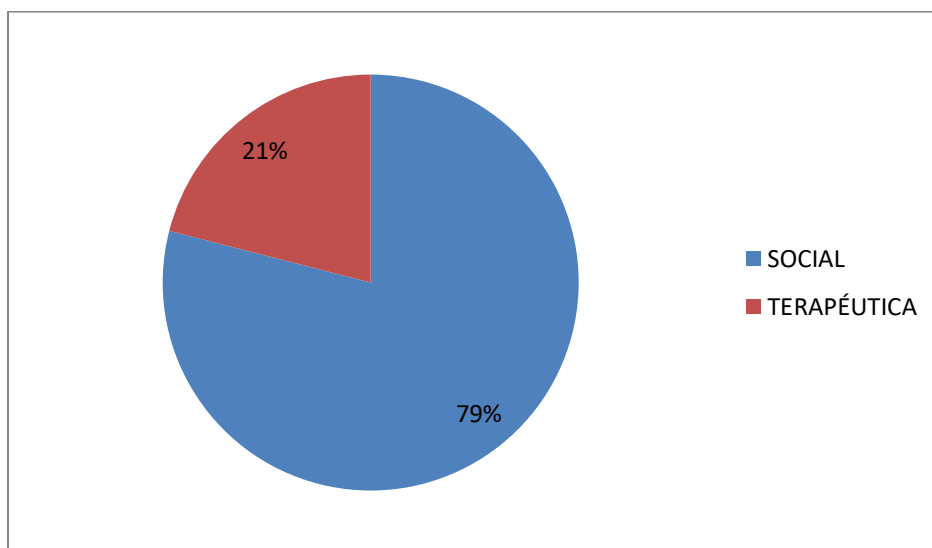
Resultados: El nivel de conocimiento sobre la relación terapéutica es muy escaso y se relaciona directamente con el nivel académico de la población relevada.

Cuadro N° 6

Distribución de frecuencia según si el personal de enfermería mantiene una comunicación social o terapéutica con los pacientes en el Centro de Cuidados Respiratorios Villa del Parque, en la Ciudad de Buenos Aires. Primer trimestre 2016.

Distribución de la población según tipo de comunicación que desarrollan con los pacientes

n = 62



Fuente: Cédula de entrevista, 2016.

Análisis: Del total de la población del personal de enfermería el 79 % desarrolla una comunicación social mientras que el 21 % una comunicación de tipo terapéutica.

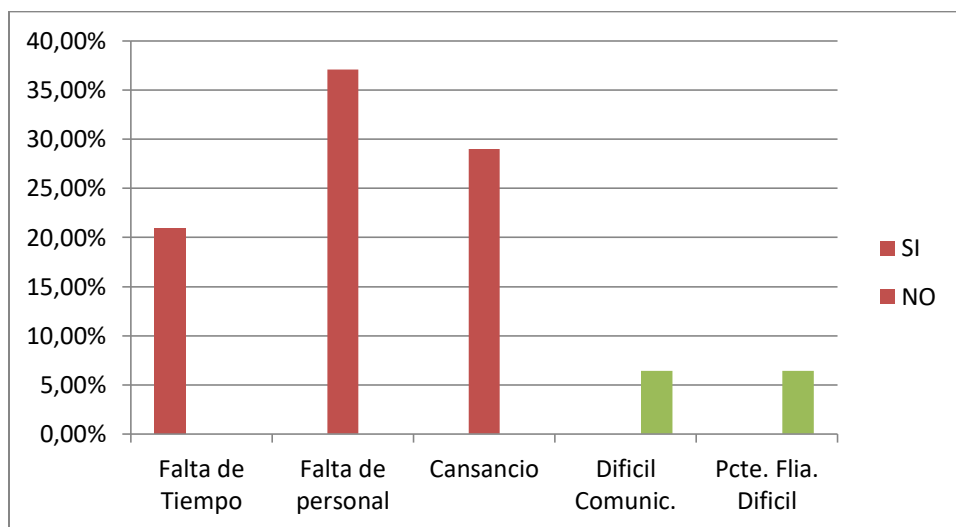
Resultados: Predomina ampliamente la comunicación tipo social con los pacientes, seguida en una menor proporción la del tipo terapéutica.

Cuadro N° 7

Distribución de la población según si el personal de enfermería dispone de tiempo para desarrollar una relación terapéutica con los pacientes en el Centro de Cuidados Respiratorios Villa del Parque, en la Ciudad de Buenos Aires. Primer trimestre 2016.

Distribución de la población según causas por las que Enfermería no desarrolla la relación Terapéutica

n = 62



Fuente: Cédula de entrevista, 2016

Análisis: Las causas por las que el personal de enfermería no desarrolla una relación terapéutica con los pacientes son: En un 37,09 % por falta de personal, el 29,03 % por cansancio o agotamiento, el 20,96 % por falta de tiempo y por último otros porcentajes del 6,45 % por pacientes y/o familias difíciles o conflictivas y por comunicación dificultosa respectivamente, donde el personal si puede desarrollar una relación terapéutica precaria.

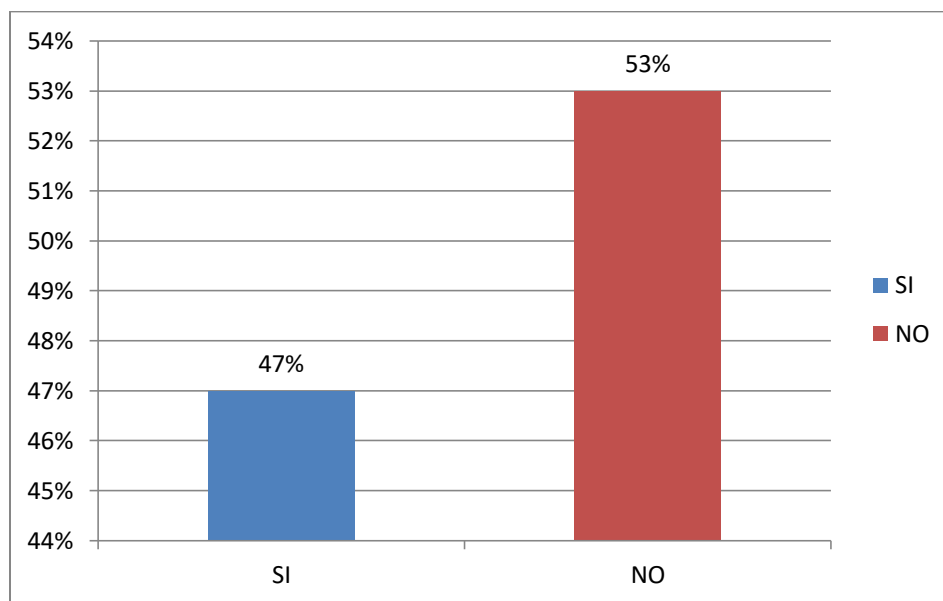
Resultados: Un alto porcentaje del personal no puede establecer una relación terapéutica con el paciente explicitando como principales causas: la falta de tiempo por la cantidad de pacientes que tienen a su cargo, el cansancio debido a la sobrecarga laboral por horas extras que realizan en la Institución, la falta de personal por el elevado ausentismo en los servicios y la complejidad de los pacientes. Un porcentaje menor argumentó que podía desarrollar una relación terapéutica precaria cuando se presentan dificultades con los familiares conflictivos pacientes difíciles.

Cuadro N° 8

Distribución de la población del personal de enfermería según si considera que la comunicación influye en la calidad de atención que se brinda a los paciente como parte del proceso de cuidados en el Centro de Cuidados Respiratorios Villa del Parque, en la Ciudad de Buenos Aires. Primer trimestre 2016.

Distribución de la población según la Influencia de la Comunicación en la Calidad de la Atención de los Pacientes

n = 62



Fuente: Cédula de entrevista, 2016.

Análisis: Del total de la población del personal de enfermería no considera en un 53,00 % que la comunicación influye en la calidad de atención, mientras que un 47 % considera que la comunicación influye esencialmente en la calidad de atención que se brinda a los pacientes en el proceso de cuidado.

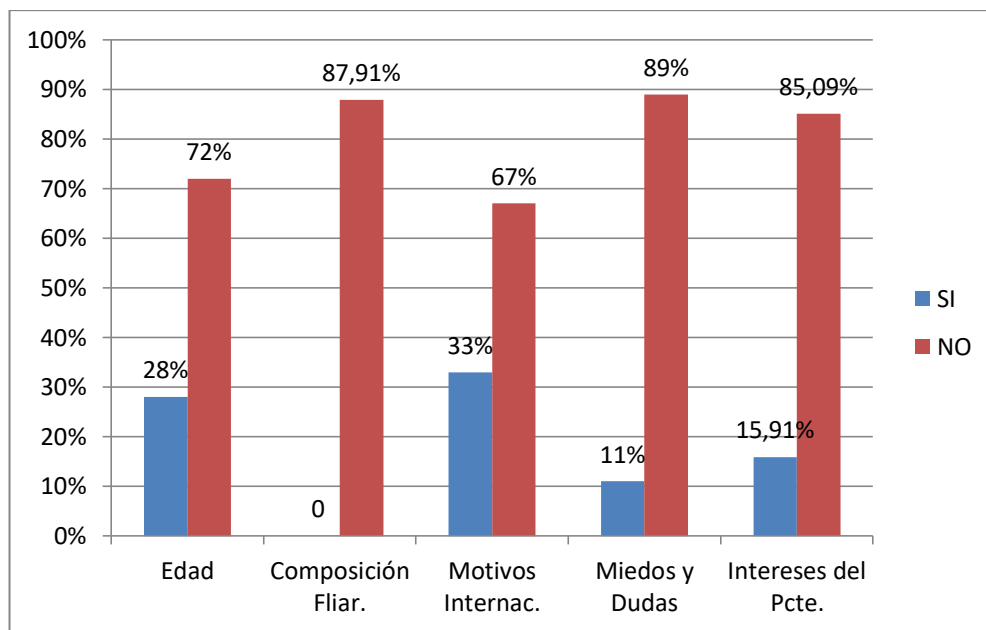
Resultados: La mitad del plantel de enfermería consideró que la comunicación no influye en la calidad de atención, mientras que el resto si considera que lo hace, incrementando la calidad de atención que se brinda a los pacientes en el proceso de cuidado.

Cuadro N° 9

Distribución de la población del personal de enfermería según datos que conocen poseen sobre los pacientes a su cargo en el Centro de Cuidados Respiratorios Villa del Parque, en la Ciudad de Buenos Aires. Primer trimestre 2016.

Distribución de la Población según el Conocimiento del Personal de Enfermería acerca de los pacientes a su cargo

n = 62



Fuente: Cédula de entrevista, 2016.

Análisis: Del total de la población del personal de enfermería según datos que conocen de los pacientes que tienen a su cargo más del 80 % no conoce los miedos y dudas, la composición familiar y los intereses de los pacientes, mientras que en menor medida conocen además de lo antes referido datos como edad.

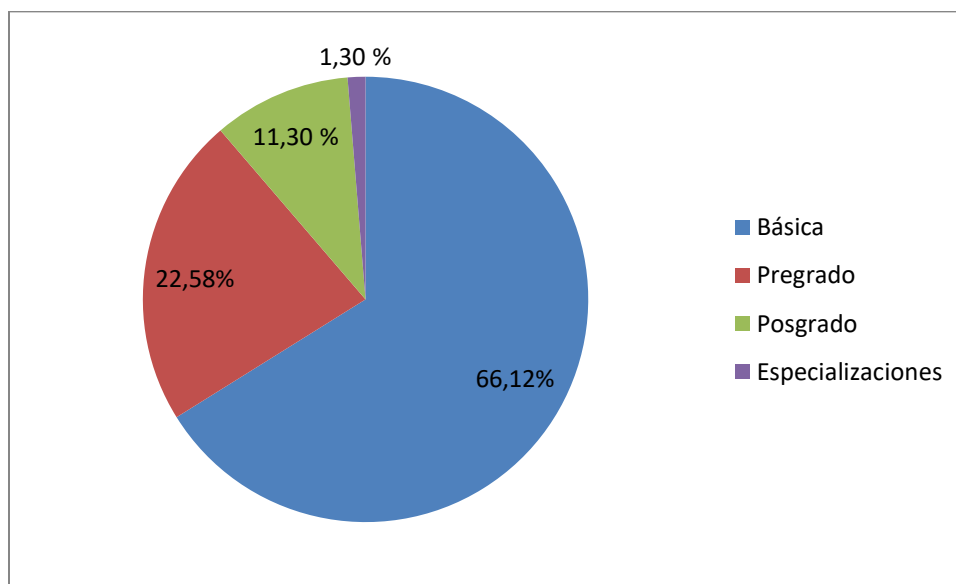
Resultados: El resultado obtenido sobre los datos que conoce el personal de enfermería acerca de los pacientes que tienen a su cargo, predominan los datos referidos a las indicaciones médicas y la edad. También, en menor medida, demostraron conocer los miedos, dudas, la composición familiar y los intereses de los pacientes

Cuadro N° 10

Distribución de la población del personal de enfermería según su nivel académico y especializaciones realizadas para la atención de los pacientes en el Centro de Cuidados Respiratorios Villa del Parque, en la Ciudad de Buenos Aires. Primer trimestre 2016.

Distribución de la población según el Nivel Académico y realización de especialización del personal de Enfermería

n = 62



Fuente: Cédula de entrevista, 2016.

Análisis: Del total de la población del personal de enfermería según el nivel académico el 66,12 % tiene una formación básica, un 22,58 % con una formación de pregrado y el 11,30 % del personal posee un posgrado, además de ese 11,30 % un 1,30 % ha realizado especializaciones en materia de atención a pacientes en estado crítico.

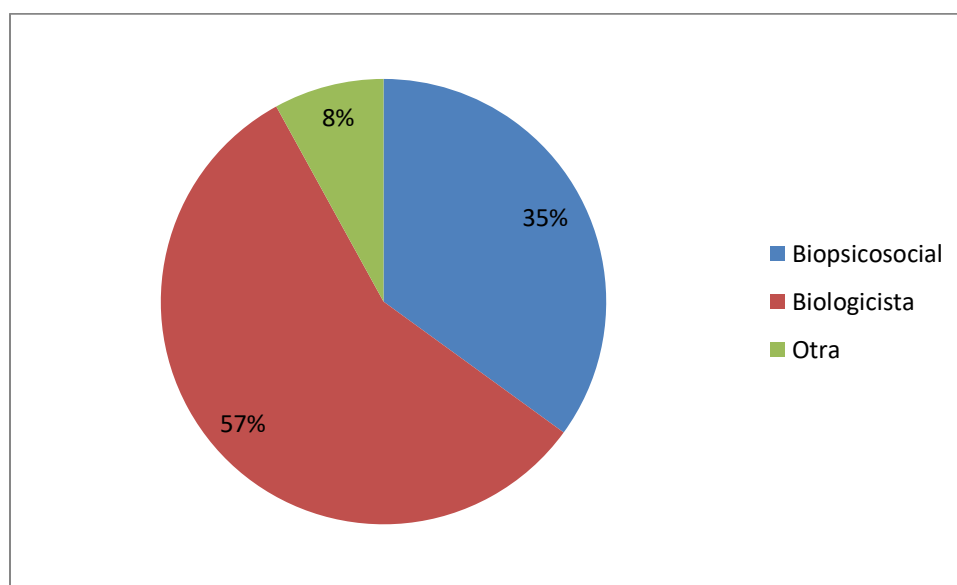
Resultados: El nivel académico del personal de enfermería es predominante la educación básica con formación menor a un año, seguido por aquellos con una formación de pregrado y en tercer lugar por el personal que posee Título de Grado y dentro de éste son pocos los que han realizado especializaciones sobre la atención a pacientes en estado crítico, como parte de las exigencias impuestas por la Institución, tal es el caso del plantel del departamento de Enfermería.

Cuadro N° 11

Distribución de la población del personal de enfermería según el tipo de atención que brinda a los pacientes en el Centro de Cuidados Respiratorios Villa del Parque, en la Ciudad de Buenos Aires. Primer trimestre 2016.

**Distribución de la población según tipo de atención que brinda el
Personal de Enfermería a los Pacientes**

n = 62



Fuente: Cédula de entrevista, 2016.

Análisis: Del total de la población del personal de enfermería se brinda en un 57 % una atención biologicista, un 35 % desarrolla una atención biopsicosocial y un 8% refirió que tanto la atención biologicista como biopsicosocial son necesarias a la hora de brindar cuidados de calidad.

Resultados: El tipo de atención que mayoritariamente se brinda es del tipo

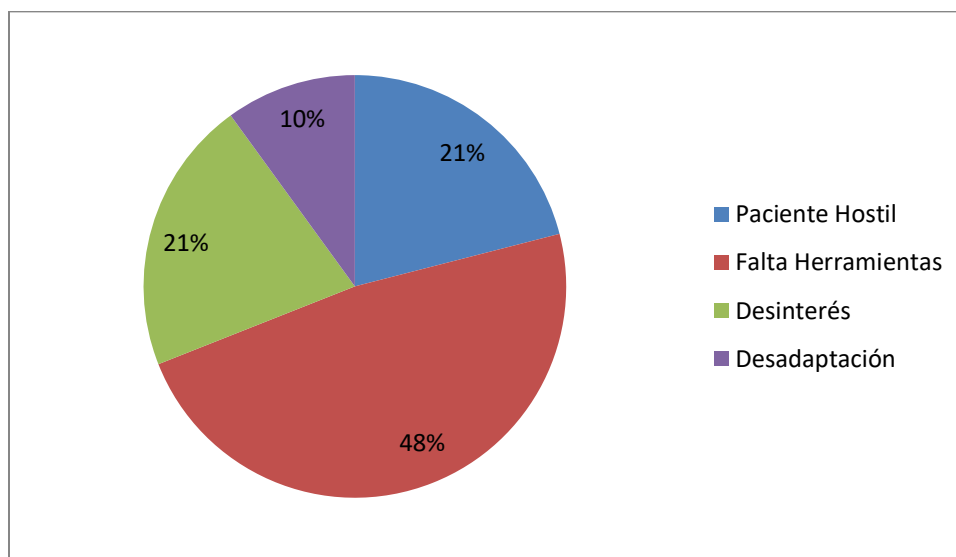
biologicista, entendiendo al paciente como una afección que se debe reparar sin tomar en cuenta las necesidades biopsicosociales, siguiéndole el tipo de atención biopsicosocial, esencial para la pronta recuperación de los pacientes; finalmente un pequeño sector refirió que ambos tipos de atención son necesarios a la hora de brindar cuidados de calidad.

Cuadro N° 12

Distribución de la población del personal de enfermería según si puede superar la falta de comunicación con los pacientes a través de la detección de necesidades insatisfechas de los pacientes en el Centro de Cuidados Respiratorios Villa del Parque, en la Ciudad de Buenos Aires. Primer trimestre 2016.

Distribución poblacional sobre la falta de comunicación entre el Personal de Enfermería y los Pacientes

n = 62



Fuente: Cédula de entrevista, 2016

Análisis: Del total de la población del personal de enfermería según puede superar la falta de comunicación por motivos de comportamientos de los pacientes el 48 % por falta de herramientas para resolver situaciones conflictivas, el 21 % por desinterés tanto por parte del personal de enfermería como de los pacientes, un 21 % por situaciones de hostilidad de los pacientes (violencia) y finalmente un 10 % por falta de afinidad entre pacientes y personal de enfermería.

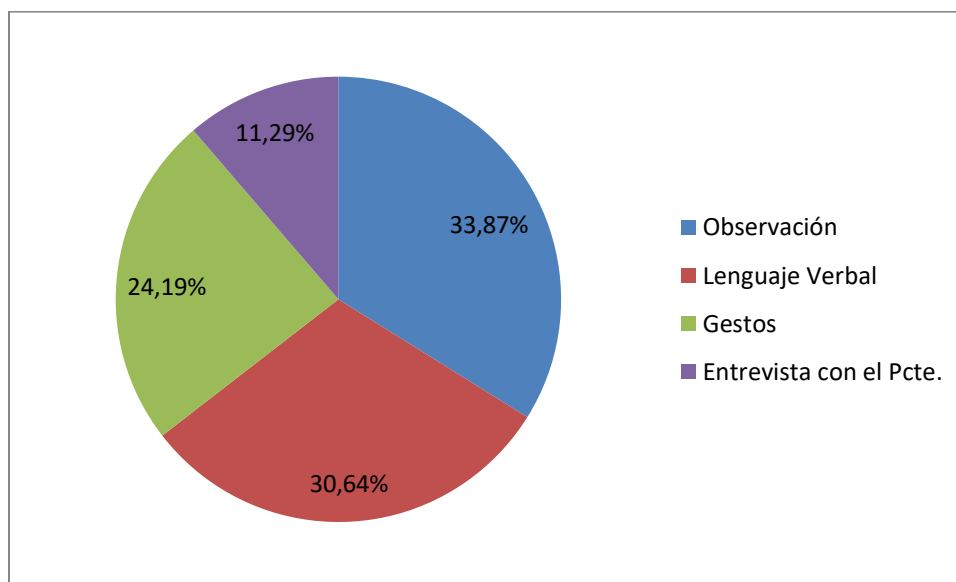
Resultados: En referencia a la falta de comunicación del personal de enfermería por motivos de comportamientos con los pacientes, la mayoría del personal expresó que no pueden resolver estas dificultades por falta de herramientas que ayuden a resolver situaciones conflictivas, en segundo lugar se observó el desinterés tanto por parte del personal de enfermería como de los pacientes, en tercer lugar por situaciones de hostilidad de los pacientes y finalmente por motivos de desadaptación de los pacientes incluyendo al personal de enfermería que explicitaron que no logran afinidad con algunos pacientes.

Cuadro N° 13

Distribución de la población del personal de enfermería según los recursos que utilizan para detectar necesidades insatisfechas de los pacientes en el Centro de Cuidados Respiratorios Villa del Parque, en la Ciudad de Buenos Aires. Primer trimestre 2016.

Distribución de la población de Enfermería según tipo de recursos utilizados para detectar necesidades insatisfechas de los pacientes

n = 62



Fuente: Cédula de entrevista, 2016.

Análisis: Del total de la población del personal de enfermería según el tipo de recursos que utilizan para detectar necesidades insatisfechas el 33,87 % utiliza la observación, un 30,64 % mediante el lenguaje verbal, el 24,19 % por los gestos (lenguaje no verbal) y un 11,29 % por entrevista directa con el paciente y la familia

al momento de la internación.

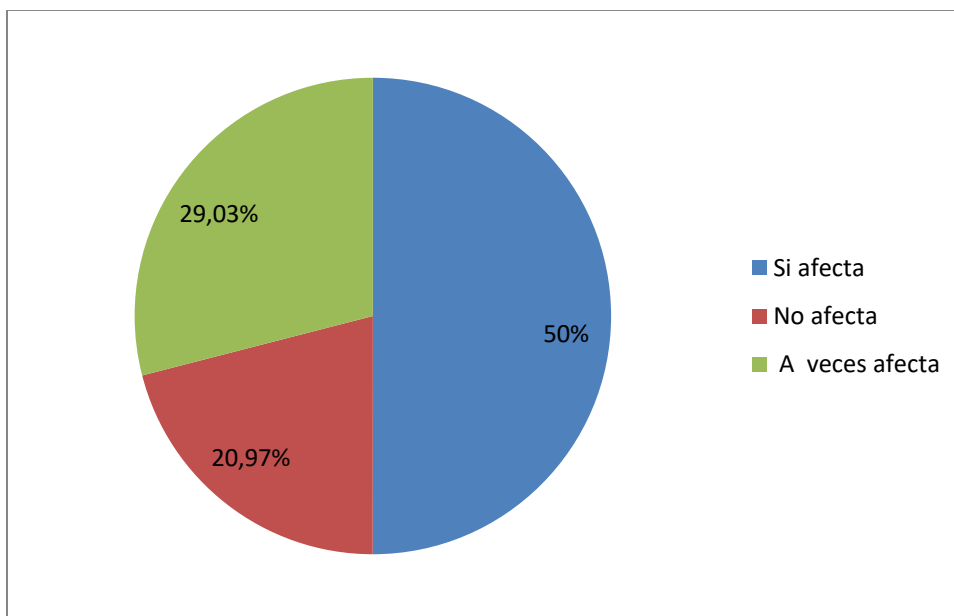
Resultados: Los recursos que son utilizados por el personal de enfermería para detectar necesidades insatisfechas mayoritariamente es por la observación, en segundo lugar por lo que dicen los pacientes, en tercer lugar por los gestos (excitación) y finalmente por entrevista directa con el paciente y familiares al momento de internación.

Cuadro N° 14

Distribución de la población del personal de enfermería según si el uso de la tecnología ha dejado de lado la comunicación con los pacientes en el Centro de Cuidados Respiratorios Villa del Parque, en la Ciudad de Buenos Aires. Primer trimestre 2016.

Distribución Poblacional según si el uso de la tecnología limita la comunicación

n = 62



Fuente: Cédula de entrevista, 2016

Análisis: Del total de la población del personal de enfermería según si el uso de la tecnología ha dejado de lado la comunicación con los pacientes el 50 % considera que afecta la comunicación, un 29,03 % reconoce que no afecta dicha relación y un 20,96 % que solo a veces la limita.

Resultados: La mitad del plantel de enfermería consideró que el uso la tecnología

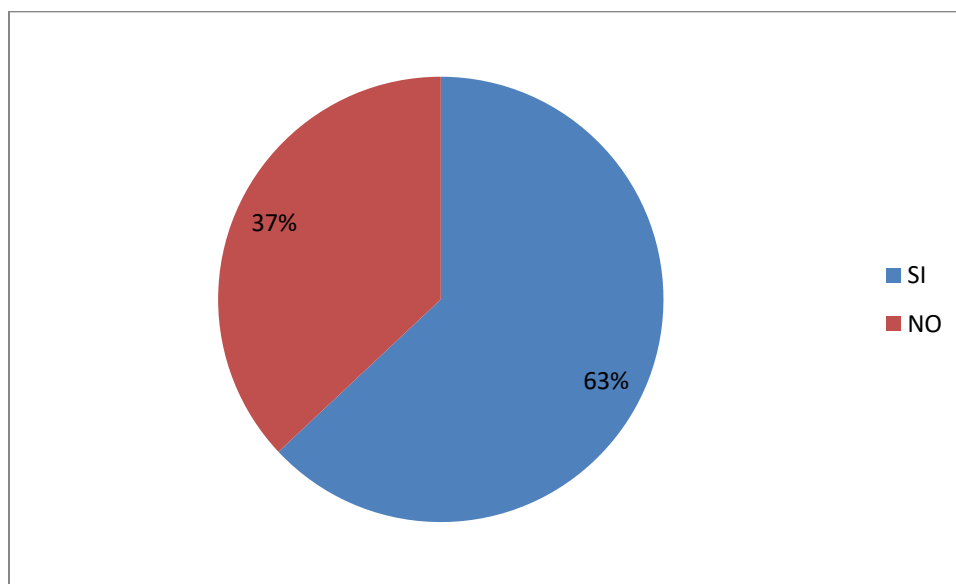
afecta la comunicación, seguido por aquellos que reconocieron que no afecta dicha relación y por último los que sostuvieron que solo en algunas ocasiones los limita.

Cuadro N° 15

Distribución de la población del personal de enfermería según si el uso de dispositivos tecnológicos limita el desarrollo de la relación terapéutica en el Centro de Cuidados Respiratorios Villa del Parque, en la Ciudad de Buenos Aires. Primer trimestre 2016.

Distribución de la población según si el uso de dispositivos tecnológicos limita el desarrollo de la relación Terapéutica

n = 62



Fuente: Cédula de entrevista, 2016

Análisis: Del total de la población del personal de enfermería según si el uso de dispositivos tecnológicos limita el desarrollo de la relación terapéutica el 63 % refirió que afecta considerablemente la relación con los pacientes y el 37 % considera que no afecta la misma.

Resultados: Con respecto al empleo de dispositivos tecnológicos invasivos, más de la mitad sostuvo que limita considerablemente el desarrollo de la relación terapéutica y en menor porcentaje consideró que no afecta la misma

RESULTADOS DE LA PLANILLA DE OBSERVACION NO PARTICIPATIVA

Se realizó una confrontación de los datos obtenidos de las cédulas de entrevistas a los profesionales de enfermería del centro de referencia con la planilla de observación no participativa obteniendo las siguientes conclusiones:

- Que el personal de enfermería manifestó en la cédula conocimientos teóricos sobre la relación terapéutica y que ésta era aplicada a los cuidados brindados a los pacientes. Sin embargo, al momento de la observación pudo advertirse que esto no se llevaba a cabo.
- En cuanto a la comunicación con los pacientes solo se pudo observar que la misma se desarrollaba socialmente y los contenidos solo se basaban en estado del tiempo, horarios y temas intrascendentes alejados de lo que el paciente requiere para satisfacer aquellas necesidades psicosociales afectadas o insatisfechas durante su estadía hospitalaria.
- Se constató que el uso de la tecnología afecta drásticamente la relación enfermera-paciente, debido a que el personal se limita a los procedimientos y no a mantener un contacto directo con los pacientes.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos de la investigación se concluye lo siguiente:

- Las causas por las que no se establece la relación terapéutica entre el personal de enfermería y los pacientes, consisten en los escasos conocimientos técnicos o teóricos, de habilidades y destrezas de cara a aplicar esos conocimientos en el proceso de cuidado, debido a la formación básica de la mayoría de los profesionales de enfermería.

Se puede afirmar entonces, que el objetivo de enfermería no se alcanza puesto que la relación terapéutica, tan necesaria para alcanzar la meta de la profesión, se sucede mínimamente.

- Se estableció que las técnicas procedimentales de los enfermeros y la tecnologización de los cuidados son un obstáculo para el adecuado desarrollo de la relación enfermero - paciente, ya que enfermería desarrolla su rutina de trabajo dando prioridad a una correcta aplicación de los protocolos técnicos que es lo que se les exige y evalúa desde la institución salud tomada como muestra.

- El cuidado de enfermería no está centrado en la persona y su entorno, este punto en la observación no se presenta como tal sino que se realizan prácticas que están direccionadas hacia los diagnósticos médicos, en los pronósticos, en la terapéutica de la enfermedad y en la reversión en lo posible del cuadro clínico.

Es correcto afirmar entonces, que el ejercicio de la enfermería tiene puesto

el foco en la enfermedad y sus manifestaciones y no en la persona en tanto sujeto singular que interactúa con su entorno y afectada por su enfermedad de modo integral.

- El personal de enfermería utilizan mayoritariamente una comunicación de tipo social. El diálogo o comunicación entre esta diada (enfermera-paciente), se sucedía en función a temas de la ocasión careciendo de una indagación acerca de las emociones y sentimientos que embargaban al paciente en esa situación crítica de su vida y de este modo difícilmente se podían detectar necesidades no satisfechas.

Esta interacción no reúne los aspectos necesarios para considerársela dentro del marco de una relación terapéutica que permita al asistido comunicar o expresar todo el cúmulo de sentimientos, emociones, sufrimientos que estaba atravesando a causa de su situación

- Se apreció claramente que hay una instancia incipiente de comunicación verbal y no verbal, de escucha activa de la persona enferma, no se valora su historia de vida, no se atienden sus emociones, sus miedos, sus inseguridades, sus ansiedades y tampoco se reconoce al otro en tanto persona vulnerable por una enfermedad que no solo afecta su físico, sino que también la esfera emocional y social, ya que el individuo sometido a una hospitalización, confronta reacciones emocionales que demandan una estrecha relación con alguien en quien confiar sus problemas y preocupaciones.

RECOMENDACIONES

- ✓ A las autoridades del Departamento de Enfermería implementar planes de trabajo, talleres, capacitaciones permanentes donde permita desarrollar habilidades y destrezas para establecer una relación terapéutica enfermera- paciente como herramienta fundamental para garantizar cuidados humanizados de calidad.
- ✓ Realizar nuevas investigaciones con diferentes tipos de población, especialmente con pacientes críticos o en cuidados paliativos, en donde se desarrolle y aplique la relación terapéutica.
- ✓ Establecer un Programa de Educación en servicio dirigido a los profesionales de Enfermería, enfatizando en el manejo de la relación terapéutica, con el objeto de mejorar su intervención en la aplicación de los principios satisfaciendo las necesidades de los pacientes.
- ✓ Plantear una sensibilización al profesional de enfermería sobre la calidad de cuidado que brinda, de manera que se recomienda aplicar la relación terapéutica ya que permite orientar la práctica de enfermería como un proceso interpersonal terapéutico.

ANEXOS

ANEXO I

N° de encuesta:

CÉDULA DE ENTREVISTA

Estimado/a enfermero/a:

Estamos realizando un estudio que identificará los aspectos sobre qué relación establece el personal de enfermería con los pacientes internados en el Centro “Del Parque” y que aspectos podrían dificultarla”.

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

Datos Identificatorios.

Edad:

Sexo:

Formación profesional:

Años de antigüedad en el servicio:

1. ¿Qué cursos/seminarios u otro tipo de formación ha realizado los últimos dos años? Indique con una X sobre el tema:

a). Bioseguridad:

b). Colocación y cuidados de vías periféricas:.....

c). Atención al paciente:.....

d). Nutrición parenteral:.....

¿Qué curso/os le interesaría formarse?

.....
.....

2. ¿Qué entiende Ud. sobre lo que es la relación interpersonal o terapéutica enfermera/Paciente?

.....
.....
.....
.....
.....

3. ¿Considera Ud. que para tener una comunicación terapéutica con el paciente es necesario tener más conocimientos teóricos y esto puede mejorar la comunicación con el paciente?

SI

NO

4. ¿En su trabajo diario, opina Ud. que dispone de tiempo para mantener una relación terapéutica con el paciente? (Entendiéndose como contenedora, respetuosa de la privacidad, etc.)

- a). Falta de personal
- b) falta de tiempo
- c). Cansancio
- d). Difícil establecer una comunicación
- e) Pacientes/ Familiares suelen ser difíciles
- f) Condiciones laborales insatisfactorias

Marque los necesarios y explique los motivos de los ítems seleccionados.

.....
.....
.....

.....
.....

5. ¿A su criterio, cree Ud. que la comunicación influye en la calidad de atención que brindan los/as enfermeros/as como parte del proceso de cuidado?

SI NO

6. ¿Qué datos conoce Ud. o pregunta sobre sus pacientes?

Nombre y apellido del paciente

Edad

SI NO

¿Cómo está compuesta la familia del paciente?

SI NO

Motivos de internación:

SI NO

Temores de la familia acerca del estado de su familiar:

SI NO

Miedos o dudas del paciente acerca del proceso enfermedad

SI NO

Intereses del paciente

SI NO

7. ¿Cuál es su formación para el cuidado del paciente en situación de internación?:

Básica (menor a un año):

SI NO

De grado (4 - 5 años)

SI NO

Posgrado (mayor o igual a 5 años):

SI NO

Otros:

.....
.....

8. ¿Considera Ud. que la enfermería puede compensar con una atención biopsicosocial la atención del paciente y la familia que el tratamiento médico no suele contemplar?

SI NO

9. Es frecuente observar que los pacientes hospitalizados y/o familia rara vez hablan acerca de lo que les pasa.

SI NO A VECES

¿A que le atribuye Ud. ese comportamiento?

.....
.....
.....

¿Cómo cree Ud. que se puede superar esa situación y favorecer la comunicación?

.....
.....
.....

10. ¿En qué medida la observación, los gestos, el lenguaje no verbal pueden ayudar a conocer las necesidades del paciente y/o familia?

Mucho Poco Nada

11. ¿Y cómo actúa Ud. ante situaciones difíciles con el paciente y/o familia?

.....

.....

.....

.....

.....

12. ¿Puede identificar las necesidades insatisfechas de los pacientes y/o familia mediante la comunicación no verbal (mediante la observación de gestos, aptitudes, uso del lenguaje)?

SI

NO

¿Puede dar algún ejemplo?

.....

.....

.....

.....

.....

13. Recuerda Ud. alguna situación con los familiares de los pacientes que le haya afectado emocionalmente. ¿Qué sintió en ese momento?

a). Disgusto

b). Rabia

c). Recuerdo de alguna vivencia personal

d). Pena

e). Otro:.....

14. Existen enfermedades que dificultan establecer una relación con el paciente

SI NO

¿Cuáles y que dificultades encuentra?

.....
.....
.....
.....

15. ¿Cree Ud. que el uso de la tecnología (como por ejemplo el saturómetro entre otros) ha dejado de lado la comunicación con los pacientes acerca de la importancia de la descripción de los signos y síntomas, temores, dudas, y de lo que siente en situación de internación?.

SI NO A VECES

Y si estos influyen en los cuidados de manera positiva o negativa:

SI NO

a) - Determinante a la hora de realizar los cuidados.

SI NO

b) Solo son un elemento auxiliar más a la hora de realizar los cuidados.

SI NO

16. ¿Considera Ud. que el uso de estos dispositivos tecnológicos limita la relación con el paciente?

SI NO A VECES

PLANILLA DE OBSERVACIÓN NO PARTICIPATIVA (Anexo II)

Observaciones	Siempre	A veces	Nunca
Puede comportarse de tal modo que sea percibido como alguien de confianza del que se pueda depender	Siempre	A veces	Nunca
Puede ser lo suficientemente expresivo como persona de modo que pueda comunicarse sin ambigüedad			
Puede expresar actitudes positivas hacia el paciente: calidez, atención, respeto, interés			
Puede actuar con la suficiente sensibilidad como para que su comportamiento no sea percibido como amenaza			
Utiliza un tono de voz cálido contacto ocular continuo con el paciente			
Pregunta al paciente como se siente			
Dificultad para tener empatía con el paciente en determinadas situaciones problemáticas			
Compromiso personal o social con el paciente y/o familia			
Miedo a ser rechazado por los paciente			
Promueve la dependencia por parte del paciente			
Estereotipa a los pacientes y/o familia			
Vulnerabilidad ante experiencias emocionales dolorosas			
Incomodidad por el exceso de tareas y procedimientos			
Expresa enfado ante la negativa de los pacientes en cooperar			
Necesidad de defender las intervenciones de enfermería empleados con el paciente y/o familia Tiene un tono de voz acorde con la expresión facial y la respuesta verbal			
Se presenta ante el paciente y /o Familia			

BIBLIOGRAFIA

- (1).- Bermejo A. Salir de la noche. Por una enfermería humanizada. Barcelona.1999.
- (2).- Pinto Afanador N. Dimensiones del cuidado. Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Colombia. 1994.
- (3).- Urizzi F. Correa K. Vivencias de familiares en terapia intensiva: El otro lado del ingreso. Revista Latinoamericana Enfermagen. Brasil. 2007.
- (4).- Barboza de Pinol F, Azevedo Dos Santos S. Significados y percepciones sobre el Cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Volumen 9. Universidad Federal de Santa Catarina. Brasil. 2003.
- (5).- Tobo Vargas N. Cuidado y Práctica de enfermería. Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Unibiblos. Colombia. 2002.
- (6).- Tobo Vargas N. Cuidado y Práctica de enfermería. Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Unibiblos. Colombia. 2002.
- (7).- Pinto Afanador N. Dimensiones del cuidado. Grupo de cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Colombia. 1994.
- (8).- Collière M. F. Promover la vida. Madrid. Interamericana. 1993.
- (9).- Cibanal L et al. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en Ciencias de la Salud. Edición 3. Madrid. Elsevier. 2003.
- (10).- Giger Davidhizar. Construir un mundo para el cuidado. Mejía. Lopera. 2006.
- (11).- Gail W. Stuart. Enfermería Psiquiátrica. Principios y Prácticas. La relación terapéutica. España. Editorial Elsevier. 2006.

- (12). - Tomey Marriner Ann. Rosemary Rizzo Parse. Modelos y Teorías de Enfermería. Teoría de la evolución humana. Pág. 467. Sexta edición. Barcelona. Editorial Elsevier.2006.
- (13).- Tomey Marriner Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. Joyce Travelbee. Modelo de relación de persona a persona. Pág. 365. Sexta edición. Barcelona. Editorial Elsevier. 2006.
- (14).- Tomey Marriner Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. Hildegard E. Peplau. Enfermería Psicodinámica. Pág. 339. Sexta edición. Barcelona. Editorial Elsevier. 2006.
- (15).- Watson Jean. Filosofía y teoría de los cuidados humanos en enfermería. Rihel Sisca. Modelos conceptuales de enfermería. Barcelona. Doyma. 1192.
- (16).- Lopez Romera. La relación enfermero paciente en el proceso de atención de enfermería. Madrid. San Pablo. 2009.
- (17).- Barbero J. Humanización ¿Tecnología punta? En salir de noche. Por una enfermería humanizada. Santander. Sal Terrae. 1999.
- (18).- Bermejo. JC: En salir de noche. Por una enfermería humanizada. Santander. Sal Terrae. 1999.
- (19).- Tomey Marriner Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. 2006. Hildegard E. Peplau. Enfermería Psicodinámica. Pág. 339. Sexta edición. Barcelona. Editorial Elsevier.2006.
- (20).- Tomey Marriner Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. 2006. Joyce Travelbee. Modelo de relación de persona a persona. Pág. 366. Sexta edición. Barcelona. Editorial Elsevier. 2006.
- (21).- Tomey Marriner Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. 2006. Ida Jean Orlando. Teoría del proceso de Enfermería. Pág. 305. Sexta edición. Editorial Elsevier. 2006.

- (22).- Amezcua M. Humanización y cultura de la organización sanitaria. Por una enfermería humanizada. Santander. Sal Terrae. Editorial J.C. Bermejo. 1999.
- (23).- Rogers C. El proceso de convertirse en persona. 3º edición. Barcelona. Paidós editorial. 1999.
- (24).- Tomey Marriner Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. Jean Watson. Filosofía y Ciencia de la asistencia. Pág. 137. Sexta edición. Editorial Elsevier. 2006.
- (25).- Tomey Marriner Ann. Modelos y Teorías de Enfermería. Joyce Travelbee. Modelo de relación de persona a persona. Pág. 368. Sexta edición. Editorial Elsevier. 2006.
- (26).- Florez Lozano. Modificación de la conducta aplicada en el enfermero. Dialnet editorial. 1992.
- (27).- Koos. Di Matteo. El desarrollo de la relación paciente-médico- enfermero. Universidad de Oviedo. España. 1979
- (28).- Korkosch y Cols. Relación enfermera- paciente-médico. Departamento de medicina. Universidad de Oviedo. España.1977.