

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO  
TORIBIO DE MOGROVEJO  
ESCUELA DE POSTGRADO**



**EL ARTE DE PERSONALIZAR A TRAVÉS  
DEL CUIDADO A LA PERSONA EN EL  
SERVICIO DE EMERGENCIA**

**AUTOR: SILVIA VANESSA VELÁSQUEZ TUESTA**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAGÍSTER EN ENFERMERÍA**

**Chiclayo, Perú**

**2013**

# **EL ARTE DE PERSONALIZAR A TRAVÉS DEL CUIDADO A LA PERSONA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA**

POR

Silvia Vanessa Velásquez Tuesta

Presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica  
Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Grado Académico de  
**MAGÍSTER EN ENFERMERÍA**

APROBADO POR

---

Mgtr. Mary Susan Carrasco Navarrete  
Presidenta de Jurado

---

Dra. Rosa Díaz Manchay  
Secretaria de Jurado

---

Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos  
Vocal/Asesora de Jurado

**Chiclayo, 2013**

Dedico esta tesis al autor de mi pensamiento, a la cuna de mi formación, al despertar de mi reflexión y a mis amores sublimes...

A Dios, a mis padres, a mi hermana, a la Dra. Mirtha Cervera

Vallejos, a mi esposo e hija, Isabella Guadalupe.

Gracias por construir conmigo mi espíritu investigador.

# ÍNDICE

Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción.....	10

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

1.1. Antecedentes del Problema.....	18
1. 2. Base teórico-conceptual.....	20

## **CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO**

2. 1. Tipo de investigación.....	27
2.2. Abordaje metodológico.....	28
2.3. Sujetos de investigación.....	32
2.4 Escenario.....	33
2.5. Instrumentos de recolección de datos.....	35
2.6. Procedimiento.....	37
2.7. Análisis de datos.....	38
2.8. Criterios éticos.....	41
2.9. Criterios de Rigor Científico.....	42

## **CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

<b>3. 1. PROMINENCIA DE SALVAR LA VIDA PARA RECUPERARLA.....</b>	<b>4</b>
--	----------

### **4**

3.1.1. Administración de Soporte Vital.....	46
3.1.2. Vigilar para satisfacer necesidades.....	54

<b>3.2. INTEGRAR Y TRASCENDER EN EL CUIDADO PARA PERSONALIZAR.....</b>	<b>6</b>
<b>1</b>	
3.2.1. Integración al momento de cuidar.....	63
3.2.2. Contemplación de la trascendencia.....	78
<b>III.VISIÓN DE LA PERSONA COMO CENTRO DEL CUIDADO.....</b>	<b>82</b>
3.2.3. El “Paciente de emergencia” vs “Persona en crisis con afectación multidimensional”.....	82
3.2.4. La persona enferma como centro del cuidado para personalizar.....	85
<b>CONSIDERACIONES</b>	
<b>FINALES.....</b>	<b>92</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	
<b>93</b>	
<b>REFERENCIAS</b>	
<b>BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>97</b>

## ÍNDICE GRÁFICOS

### **Gráfico N° 1**

Esquema Conceptual construido a partir de la Categoría:  
“Prominencia de Salvar la vida para recuperarla.....46

### **Gráfico N° 2**

Esquema Conceptual construido a partir de la subcategoría:  
“Administración de soporte vital”.....54

### **Gráfico N° 3**

Esquema Conceptual construido a partir de la subcategoría: “Vigilar  
para satisfacer necesidades”.....61

### **Gráfico N° 4**

Esquema Conceptual construido a partir de la Categoría: “Integrar y  
trascender en el cuidado para personalizar”...63

### **Gráfico N° 5**

Esquema Conceptual construido a partir de la subcategoría:  
“Integración al momento de cuidar”.....66

### **Gráfico N° 6**

Esquema Conceptual construido a partir de la subcategoría:  
“Integración al momento de cuidar-Apoyo psicológico y  
emocional”.....69

**Gráfico N° 7**

Esquema Conceptual construido a partir de la subcategoría:  
“Integración al momento de cuidar-Apoyo familiar”.....72

**Gráfico N° 8**

Esquema Conceptual construido a partir de la subcategoría:  
“Integración al momento de cuidar-Apoyo  
Espiritual”.....77

**Gráfico N° 9**

Esquema Conceptual construido a partir de la subcategoría:  
“Contemplación de la trascendencia” .....81

**Gráfico N° 10**

Esquema Conceptual de la teoría “El arte de personalizar a través  
del cuidado a la persona en el servicio de  
emergencia”.....91

## **Resumen**

Ante la necesidad que enfermería reconozca el valor de la persona durante la acción de cuidar. El estudio formuló como objetivos describir, analizar y proponer la construcción de elementos teóricos para personalizar a través del cuidado; basándose en E. Sgreccia; J. Burgos y F. Torralba, hacia el logro de un sustento teórico sobre la persona como una realidad concreta y valiosa para fortalecer el cuidado. Metodología: Investigación Cualitativa con abordaje en teoría fundamenta de Strauss. Para ello, se entrevistaron a 16 enfermeros del servicio de emergencia de un hospital de Chiclayo. Perú; con observación directa, uso de diario de campo y consentimiento informado. Método de análisis: codificación y matriz condicional, respetando los principios éticos y rigor científico. Emergió como categoría central “La visión de la persona como centro del cuidado” y como consideración final: el cuidado contemplado desde la integralidad hacia la trascendencia se convierte en un elemento fundamental para que el profesional de enfermería valore a quien cuida.

**Palabras Clave:** cuidado, persona y enfermería.

## **Abstract**

Given the need to recognize the value of nursing the person during the act of caring. The study formulated aims to describe , analyze and propose the construction of theoretical to customize through care , based on E. Sgreccia , J. Burgos, F. Torralba, towards the achievement of a theoretical basis for the person as a concrete reality and valuable to strengthen care . Methodology : Qualitative Research with theoretically based approach of Strauss . To this end, interviewed 16 nurses from a hospital emergency Chiclayo. Peru , with direct observation, using field diary and informed consent. Method of analysis: conditional matrix encoding and respecting the ethical and scientific rigor. Emerged as a central category "The vision of the person as the center of care " and final consideration : the care provided using a holistic toward transcendence becomes a fundamental element for the nurse who takes care values .

## INTRODUCCIÓN

Junto al progreso de los conocimientos biomédicos se han perfeccionado técnicas y desarrollado avances científicos tecnológicos, que poco a poco han abrumado el quehacer del profesional de enfermería, olvidando así en algunos momentos que la esencia de este no es otra cosa que el respeto a la dignidad humana.

Este respeto a la dignidad humana es la base fundamental para desarrollar el cuidado, propio del profesional de enfermería, nadie puede hacerlo mejor que él, pues, para ello fue formado; en efecto, cuidar llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de la dignidad humana y la conservación de la vida. <sup>1</sup>

Por tanto, la acción de cuidar requiere no sólo de la excelencia personal y profesional de la enfermera (o) sino además el reconocimiento de la verdad del ser cuidado, sobre todo de la persona enferma.

Este reconocimiento implica personalizar a través del cuidado, es decir, es necesario que la enfermera realice acciones de cuidar acorde a la realidad de la persona. Se trata de defender su valor característico: “lo único”, distinción propia de lo personal. Por eso, se ha escrito que la persona no es algo sino alguien, no cambia en el transcurso de la vida humana. Ni siquiera la enfermedad puede cambiar su esencia.

Sin embargo, se comete muchas veces el error de compararlo con los demás, enumerarlo en una determinada patología, creer que “no necesitamos saber más porque los casos son similares”,

cometiendo el error de reducirlo a su enfermedad y centrar las acciones en esta, lo primordial “salvarle la vida”, quedando a veces a un segundo plano aquellas otras características que realzan su valor ontológico.

De todas las actividades de cuidado que realiza enfermería algunas de ellas pueden no estar acorde con la dignidad del ser cuidado; si las ejecutan sin sentido, por cumplir o por obligación, cayendo en la rutina y considerando solo la racionalidad técnica y el enfoque biomédico; es allí, donde la persona pierde su valor y se convierte en un algo. El personalizar a través del cuidado, no obstante, implica un nivel más alto: el espíritu de la persona y la trascendencia de “alguien”.

Sobre todo cuando ese “alguien” cursa por una enfermedad crítica, como son las emergencias, necesitando no sólo excelencia personal y profesional sino también sensibilidad y conciencia del ser valioso que estamos cuidando, pues, “la naturaleza del cuerpo es el principio del razonamiento en medicina, acercándose al cuerpo del enfermo, se acerca en realidad a su persona; el cuerpo del enfermo no es propiamente, “objeto” de la intervención sino “sujeto” de la misma”.

Entonces, si las emergencias son situaciones de salud que impulsan al personal a procurar la curación del cuerpo por el derecho a la vida, también es necesario que la curación se vea acompañada también de profesionales que generen un entorno que supere la enfermedad otorgando un cuidado que busque el bienestar de estas personas.

Así mismo, enfermería al permanecer más tiempo con estas personas debe contar con una identidad que sobrepase lo meramente humano, más que ejecutar acciones procedimentales en un breve tiempo para responder a la demanda de trabajo, es trascender su corporeidad, puesto que, el cuidado humano como ideal moral trasciende el acto y va más allá de la acción de enfermería.

Durante los años de práctica en el campo de la medicina la autora ha evidenciado, experimentado y reflexionado muchas de las actividades que pueden ocultar este fin, tornándolo en ocasiones un acto repetitivo con una visión centrada solo en las manifestaciones de la enfermedad; una de estas actividades se ve reflejada en algunas de las enfermeras cuando luego de estabilizar a la persona poco indagan y atienden sus otras dimensiones también alteradas, siendo el silencio y el método monótono lo que muchas veces se le ofrece.

Igualmente, sucede durante la administración de medicamentos, la enfermera por terminar a tiempo con esta actividad la realiza apresuradamente, enfocándose más en el procedimiento y desatendiendo la interacción con la persona y las medidas de bioseguridad que implica toda manipulación de equipos, aspecto importante para su bienestar.

Meses atrás, mientras una de las enfermeras administraba un medicamento y observó signos de complicación en una persona con diagnóstico médico de crisis hipertensiva, ella cogió su mano y la mantuvo así durante largo tiempo, pareció que no solo necesitaba del tratamiento para curarse sino también afecto, seguridad y compañía; ir más allá de la mirada del organismo. Sucede que la

persona misma reclama ser descubierta en su valor y no inventada fantásticamente. En el reconocimiento de su ser y de su dignidad se juega entonces, no solo un “tópico” de la ciencia, sino la vida de una historia singular irrepetible e insustituible<sup>2</sup>.

Por otro lado, cuando la persona pasa a observación y espera la atención médica de rutina, en ocasiones la práctica de enfermería es dedicada a la atención de la enfermedad y cuando la persona es dada de alta o derivada a otro servicio, se pierde la oportunidad de indagar más allá de la emergencia.

Esta espera para definir el destino de la persona, luego de ser estabilizada hemodinámicamente, es para muchos un “tiempo de incertidumbre” más aún si su estadía es larga, estadía que la vive en un ambiente alejado de su familia, trabajo y amigos, con profesionales de salud que muchas veces la ven como “una enfermedad” y no como una persona que necesita atención de sus necesidades básicas, comprensión, amistad y mucho amor.

Y es que, la dignidad de la persona constituye una realidad propia de “su vida entera” y no un añadido extrínseco ni algo accidental, todos los xiii y “en cualquier situación de su vida”, independientemente de toda circunstancia biológica, psicológica, cultural o social, etc, son siempre personas en acto<sup>1</sup>.

Esta noción concreta, llama a preguntarse ¿la enfermera reconoce este aspecto de la persona en el servicio de emergencia? ¿qué acciones de su actuar profesional pueden llevar a reconocer y engrandecer esta característica fundamental?, más aún, si este cuidado se desarrolla en medio de limitaciones, sobrecarga de

trabajo, insuficiente personal enfermero, el complejo estado de salud de la persona, entre otros; posiblemente puede hacer que la relación enfermera y persona sea tergiversada y convertida en “yo sujeto” frente a un “tú objeto”.

La precariedad del tiempo, hace que la enfermera (o) vea su trabajo en ocasiones con “muchos pendientes”, reduciendo sus acciones a la entrega de turno, el control de signos vitales, la revisión del kárdex, la administración del tratamiento prescrito, la ejecución de procedimientos invasivos y la elaboración de las notas de enfermería; impulsando ello a generar una ciencia sin conciencia, donde la enfermera y la persona se tornan objetos del proceso salud-enfermedad.

En realidad, el cuidado se cristaliza en una esencia trascendente, que sobrepasa la interpretación de la persona, para así convertirse en una pieza importante en la recuperación de la salud.

Por ello, durante el lado brindado por enfermería debería preguntarse siempre: ¿Cómo personalizar a través del cuidado a la persona en el servicio de emergencia?. Los objetivos de esta investigación fueron describir, analizar y proponer la construcción de elementos teóricos para personalizar a través del cuidado a la persona en el servicio de emergencia.

Si se considera que el cuidar de un ser humano en sufrimiento, dolor o en proceso de muerte no es un ejercicio automático, ni puede ser jamás una sucesión de actos, se trata de un arte que abarca una profunda sabiduría antropológica, ética y estética<sup>3</sup>.

A todo esto, se torna necesario estudiar este contacto desde una perspectiva que personalice al ser humano en estado crítico, pues es un ser con una naturaleza debilitada que sufre y que siente; merece por tanto un cuidado trascendente en esta etapa de su vida, desprovisto de consideraciones erróneas que atenten contra su dignidad y personeidad.

A pesar del interés del profesional de enfermería en reflexionar su quehacer diario desde una perspectiva ontológica y epistémica, es necesario evitar que existan algunas prácticas de despersonalización que instrumentalizan a la persona en el servicio de emergencia.

Por ello, es importante insistir a través de la investigación un sustento teórico, con <sup>xv</sup> precisión y validez que reflexione en torno a la persona cc realidad concreta y valiosa. La teoría fundamentada, como metodología del presente estudio ha iniciado este fin no sólo describiendo acciones que personalicen, sacadas del quehacer diario del enfermero, sino además ha explicado este fenómeno con los datos mismos y a través de un sustento teórico y filosófico.

Desde esta visión actualizar y enriquecer el conocimiento enfermero, fortaleciendo así la ciencia enfermera. Así, fortalecer las bases para la teoría y la práctica del cuidado, y ofrecer nuevas orientaciones para adaptarla a las exigencias que reclama la situación de salud de la población.

Finalmente, al evidenciar la personalización a través del cuidado fortalecerán nuevos lineamientos para la mejora curricular,

la formación en el pre y postgrado, así como sentar las bases hacia la creación de una teoría de mediano rango.

De tal modo, las etapas de la investigación comprendieron: Marco teórico conceptual, Marco metodológico y Análisis y discusión, culminándose con las consideraciones finales, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos, los cuales contienen gráficos y los instrumentos de recolección de datos.



## **CAPÍTULO I**

### **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### **2.1. Antecedentes del Problema**

Al realizar la búsqueda bibliográfica, dentro de las investigaciones realizadas anteriormente que contienen el objeto de estudio de la presente investigación encontramos el estudio de Sánchez, R. y Col. sobre la Personalización de los cuidados enfermeros. Aproximación a través de la investigación acción participativa. España. 2007; cuyo objetivo fue modificar los cuidados de enfermería a través de un proceso de reflexión sobre la práctica diaria, con el fin de prestar a los pacientes cuidados personalizados, integrales y de calidad. El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Cuidados Paliativos Oncológicos del Hospital Duques del Infantado de Sevilla, a través de la Investigación Acción

Participativa, aplicándose la observación sistemática, reuniones de grupo y análisis de documentos, utilizando como herramientas las técnicas de grupo nominal y el análisis FODA. En la técnica grupo nominal se determinaron que las cualidades que el personal de enfermería debe reunir para prestar cuidados lo más humanizados posible son: empatía, respeto hacia el enfermo y familia, responsabilidad, escucha activa, ser sensible; surgiendo a partir del análisis FODA estrategias como realización de reuniones periódicas del equipo de enfermería, promover puntos de encuentros con el resto del equipo multidisciplinar, que el paciente y familia conozca quién es su enfermera referente, la realización de una guía con los diagnósticos enfermeros, intervenciones y criterios de resultados más frecuentes en la unidad y la realización de sesiones de enfermería en conjunto con Atención Primaria<sup>4</sup>.

El mundo de la enfermera: “Uno aquí no se sienta”. Contexto de los cuidados. Estudio etnográfico descriptivo, realizado por Guarín, G. y Col. en Medellín, 2009; cuyo objetivo fue comprender el contexto, las metas que persiguen y el significado que otorgan las enfermeras a su rol de cuidadoras, desde su propia visión. Se realizó entrevistas en profundidad a once enfermeras que laboran en el área médico quirúrgico en un hospital de alta complejidad y se llevó a cabo observaciones. Los resultados obtenidos a través del análisis de codificación abierta línea a línea fueron que las enfermeras consideran al paciente como un ser humano, como eje y razón de ser de los cuidados, buscan mejorar su situación de salud; también analiza la sobrecarga de trabajo que no permite humanizar la asistencia<sup>5</sup>.

## **2.2. Bases teórico-conceptuales**

La idea de estudiar y reflexionar profundamente el arte de personalizar de la enfermera a través del cuidado, surge de la problemática visualizada en torno a la persona cuidada, expresándose esta problemática en el actuar enfermero dentro de los diferentes servicios hospitalarios. Aunque son muchas las investigaciones que vienen estudiando las dimensiones del cuidado, es necesario hacer un estudio más profundo del ser cuidado como persona, más que como “paciente” “enfermo” o “cliente”, obviamente desde la práctica de enfermería, con el fin de resaltar su valor y enfermería trascienda en al acto de cuidar.

En este sentido, se propone fundamentar el estudio desde la biótica personalista de Elio Sgreccia y a J, Burgos, relacionando sus conceptos con la práctica de enfermería. Para ello, consideramos a Francesc Torralba con su estudio Antropología del Cuidar, un pensador enmarcado en el personalismo contemporáneo también se analizarán algunas de las teorías de enfermería, que se relacionan con el objeto de estudio, como Regina Waldow: Cuidado humano.

De esta forma, realizar una propuesta teórico-práctica sobre el arte de personalizar de la enfermera al ser cuidado a través de lo que la distingue de las demás profesiones y hace continuamente, el cuidado.

Y como propuesta que es, no existen estudios relacionados con el tema, salvo algunas investigaciones que se acercan al objeto de estudio. Por esta razón, se intentó primero definir cada concepto de esta investigación:

El arte, para Sgreccia desde el campo de la medicina, es más que la capacidad de hacer, de producir una obra sobre la base de un

saber; por el contrario, la esencia de la medicina consiste en el hecho de que su capacidad de producir es en realidad capacidad de restablecer. Y restablecer la salud no significa “crear” algo nuevo, sino permitir que el organismo vuelva a encontrar el equilibrio perdido. Por tanto, el arte que se intenta investigar en este estudio se dirige a restablecer el valor de la persona cuidada, equilibrando la ciencia y tecnología con acciones personalistas<sup>2</sup>.

Según el Diccionario de la Real Academia, “Personalizar es dar carácter personal a algo”. Entonces, esta acción de personalizar para enfermería implicaría aquellas acciones que dan ese carácter personal ya no a algo sino a alguien, el ser cuidado; porque “personal” proviene del latín “personālis” que se refiere a todo lo “perteneciente o relativo a la persona, lo propio o particular de ella”<sup>6</sup>.

En psicología, el término “personalidad” “persona”, equivale a menudo al concepto de temperamento, de carácter; sin embargo, la bioética personalista plantea una reflexión desde el punto de vista metafísico a su estructura ontológica; Persona es unidad de espíritu y cuerpo, un ente autoconsciente, racional, capaz de actividad moral, autónomo.<sup>2</sup>

Por otro lado, también la define como una sustancia individual de naturaleza racional, es decir, raíz primera de las actividades de algo, original e irreductible a otra cosa, no existe para otro sino para ella misma, la persona se presenta como fin no como medio; está dotado de unidad y existe como un todo separado de los demás<sup>9</sup>.

De acuerdo al reglamento del estado peruano la persona atendida en el servicio de emergencia, es un paciente que en forma repentina e inesperada presenta alteración de la salud, poniendo en peligro inminente la vida o grave riesgo para la salud y que requiere atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos, empleando los recursos de personal, equipamiento y manejo terapéutico de acuerdo a su categoría.<sup>7</sup>

Teniendo estos conocimientos previos, y para un estudio más profundo y acorde con la verdad del ser cuidado, la acción personalista de enfermería es la que se intentará plantear desde la perspectiva de la Bioética Personalista, cuyas ideas que la constituyen como su núcleo esencial son el reconocimiento de la persona y su dignidad, el ser humano como sujeto comunional, la irreductibilidad de la vida humana y la distinción entre cosas y personas. Cabe resaltar, que la norma personalista de la acción implica que la persona reclama ser tratada con un tipo de amor no instrumental<sup>2</sup>.

En este sentido, en la presente investigación personalizar implicará aquellas acciones de la enfermera, que al momento de ser ejecutadas reconocen al ser cuidado como “persona”; será un estudio profundo de la práctica enfermera en el cuidado de la persona en emergencia, para luego, más que producir una representación exhaustiva de un fenómeno, construir una propuesta teórico-práctica que expliquen en un nivel conceptual, la acción de personalizar de la enfermera a través del cuidado.

Para ello, se utilizará como metodología la Teoría Fundamentada, pues esta intenta comprender las conductas a través del conocimiento de las personas involucradas, en este caso de las

enfermeras y así generar modelos explicativos de la conducta humana de forma holística, desde los datos mismos<sup>8</sup>.

Entonces, la idea es no solo describir el actuar de enfermería sino además a través de un estudio más profundo buscar en este actuar aquellas acciones que la personalizan, desde ahí y a través de los hallazgos de la investigación presentarlos como un conjunto de conceptos interrelacionados en afirmaciones que puede usarse para explicar este fenómeno social<sup>10</sup>: el arte de personalizar a través del cuidado.

Y es que, el cuidado se transmite mediante el cultivo de la profesión como forma concreta de enfrentarse al entorno<sup>3</sup>. Esto nos expresa la necesidad de estudiar el cuidado profundamente desde la realidad misma, vivida por cada profesional, para luego transmitirlo y enriquecerlo a través de una práctica basada en experiencias y construcción teórica.

Sin duda, a través del cuidado se personaliza, pues, este es una acción que no consiste en actuar mucho, sino en la capacidad de acompañar adecuadamente a la persona que sufre, buscar su bien, velar por su salud, por el restablecimiento integral de su salud.

Y es que, enfermería es una actividad humana, una relación de ayuda marcada por el dinamismo y la preocupación por los demás, relación en cuyo interior, la enfermera ayuda a la persona a alcanzar y conservar el mejor estado de salud<sup>5</sup>. Por ello, a partir de la práctica misma de enfermería es necesario buscar y construir aquellas acciones que personalizan o que se acercan a ello.

Sin duda, el arte de cuidar se dirige a la persona enferma como un todo indivisible y junto a la ciencia es una manera de actuar necesaria para una buena práctica de la medicina, pues, “la cruda realidad” es fundamentar su práctica en una tendencia mecanicista y así ocupar el primer lugar en la formación de la ciencia y del pensamiento. En cambio, una visión diferente es considerar el hombre por encima de todo, tanto de los síntomas como de las enfermedades y no sólo al hombre con toda su complejidad, sino también como parte de la sociedad y del cosmos<sup>3</sup>.

Por ello, esta investigación revela una forma diferente de ver el cuidado, pues, es a través de él que se puede considerar al hombre por encima de todo, es a través de él que la enfermedad no puede superar el valor de la dignidad humana. Este cuidado permite al profesional de enfermería personalizar, logrando así el bienestar de la persona enferma.

El autor, toma varios aspectos que encierra el cuidado: la persona como ser pluridimensional y la antropología y el arte del cuidado. Aspectos que se acercan al objeto de estudio, está dirigido a comprender la acción enfermera desde la persona cuidada, como razón de ser de su actuar, ya que, a menudo se observan prácticas que rodean e incluye aspectos generales en torno al cuidado de la persona, restando muchas veces la importancia debida al cuidado directo o mejor dicho, la interacción de enfermera a persona cuidada.

Sin embargo, todo ello merece ser cambiado desde una visión más personalista. Y este reconocimiento, consiste en su realidad constitutiva, más allá de la misma conciencia que todos los

individuos humanos puedan tener de ella y más allá de las capacidades expresivas logradas por cada personalidad concreta en el proceso de su maduración<sup>9</sup>.

Es en base a estas premisas y las de la Bioética Personalista se pretendió que enfermería fuera estudiada desde la persona cuidada, siendo ella un valor incomparable y la razón por el cual enfermería existe, para una trascendencia que vivifica no solo a la persona cuidada sino además a la persona de la enfermera, que cuida.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Tipo de investigación**

Para el estudio de la realidad expuesta anteriormente y llegar a los objetivos planteados, se necesitó de un diseño metodológico que permitió el conocimiento del objeto de estudio; este diseño se basó en la investigación cualitativa, cuya característica esencial es ser humanista, es decir, se ocupa del ser humano desde la perspectiva del ser humano, no busca esconderse o disfrazarse detrás de una vestimenta de objetividad para analizar los fenómenos; busca al hombre y la mujer desde la propia persona, desde como ellos se ven aunque no tengan palabras exactas para expresarlo<sup>11</sup>.

Este estudio por tanto, buscó ir más allá de lo cuantificable o la apariencia externa, pretendió realizar investigación creando una

nueva visión del cuidado, para resaltar aquello que por diversas razones se deja de lado: la dignidad humana.

La investigación cualitativa por ser un enfoque de producción de conocimientos no sólo se refiere a los datos<sup>9</sup>, sirvió de apoyo para construir una propuesta teórica sobre el arte de personalizar a través del cuidado, desde los datos mismos. Además, como la investigación cualitativa permite analizar exhaustivamente un asunto o actividad en particular<sup>12</sup>, ello ayudó a estudiar profundamente la acción de personalizar de la enfermera, pues, entre sus múltiples actos de cuidado es necesario analizar profundamente esta acción dentro de la relación con la persona cuidada, más aún durante el proceso de su enfermedad.

### **3.2. Abordaje metodológico**

Se tomó de la investigación cualitativa uno de sus enfoques emergentes, la teoría fundamentada; teoría derivada de datos recopilados sistemáticamente y analizados por medio de un proceso de investigación, metodología que proporciona un sentido de visión, ver más allá de lo ordinario y a comprender de manera nueva la vida social, es decir, el propósito del investigador es crear maneras nuevas de comprender el mundo y expresarlas teóricamente<sup>8</sup>.

En este caso, estudiar el cuidado enfermero desde una nueva visión, más trascendental, como un medio para engrandecer el valor de la persona cuidada; ir más allá de la práctica diaria o una “simple acción”. Aquí se buscó comprender la acción de personalizar y expresarla teóricamente, desde los datos mismos.

Debido a que se basa en los datos, hace más posible generar conocimientos, aumentar la comprensión y proporcionar una guía significativa para la acción<sup>8</sup>. De esta forma, se pretendió ampliar el conocimiento sobre el cuidado en el servicio de emergencia visto desde la persona misma, proponiendo teoría acerca de una atención más personalizada, pero, no solo generar nuevos conocimientos sino además estudiarlo profundamente y comprenderlo, así como comprender la esencia del cuidado.

Por otro lado, la teoría fundamentada es una metodología utilizada no solo para generar teoría sino también fundamentarla en los datos<sup>10</sup>. Aunque con la visión de personalizar desde el cuidado enfermero sea un tema inédito, se pretendió crear una teoría de mediano rango, por ello se intentó recopilar los datos, analizarlos y fundamentarlos desde esta metodología con todas sus exigencias, con el fin de construir una nueva visión del cuidado, sobre todo de la persona en el servicio de emergencia.

A través de este método la recolección de datos, el análisis y la teoría que surgió de ellos guardó estrecha relación entre sí. Un investigador no inicia un proyecto con una teoría preconcebida, más bien comienza con un área de estudio y permite que la teoría emerja a partir de los datos.

Por ello, fue importante la recolección de los datos, sobre todo la base teórica y el análisis profundo basado en ella, para la construcción de nuevos conceptos e ideas; no se pretendió repetir la teoría existente sino ampliarla y enriquecerla desde los datos mismos, a través de una metodología diferente y creativa.

Con esta finalidad, son tres las fases que se debieron seguir para llegar a la teorización: descripción, ordenamiento conceptual y teoría<sup>8</sup>.

La primera de ellas, se trató del uso de palabras para expresar imágenes mentales de un acontecimiento, un aspecto del panorama, una escena, experiencia, emoción o sensación; el relato se hizo desde la perspectiva de la persona que realizó la descripción. En este caso, la descripción lo hizo el enfermero del servicio de emergencia sobre el cuidado que brindó, tal y como lo hace, desde los sentimientos que le embarga al cuidar a la persona hasta la descripción de la acción misma.

La descripción, se necesitó para expresar lo que estaba pasando, conocer el panorama de trabajo, las acciones de cuidado de cada enfermero; de esta forma el uso del lenguaje descriptivo pudo convertir los acontecimientos ordinarios en algo extraordinario; es decir, las acciones que aparentemente eran rutinarias en la labor enfermera describirlas desde otro sentido, más allá de lo físico.

Se debe añadir que si bien la descripción es importante, existe una diferencia entre realizar descripciones cuidadosas y hacer teoría. En esta última no solo se describió acontecimiento y sucesos sino que se extendió el análisis de manera que también incluya interpretaciones para explicar por qué, cuándo, donde qué y cómo sucedieron los acontecimientos. En este sentido la investigación, realizó un análisis explicativo e interpretativo de todas aquellas acciones que involucran personalizar a la persona a través del cuidado.

La descripción es básica para la segunda fase: el ordenamiento conceptual, que se refiere a la organización de los datos en categorías según sus propiedades y dimensiones; en este esquema de clasificación se identificaron asuntos a partir de los datos y se refinaron según diversas propiedades y dimensiones generales. Los conceptos e ideas que se derivaron de los datos, se agruparon en codificación abierta, axial y selectiva.

La tercera fase es la teorización, actividad compleja que implica no solo concebir o intuir ideas sino también formularlos en un esquema lógico, sistemático y explicativo; para que una idea llegue a ser teoría se exige que esta se explore a plenitud y se considere desde muchos ángulos o perspectivas. Cabe resaltar que la teoría denota un conjunto de categorías bien construidas (temas y conceptos) interrelacionados de manera sistemática por medio de oraciones que indican relaciones para formar un marco teórico que implica algún fenómeno. En este estudio, se unió las categorías y subcategorías, relacionarlas entre sí, construyendo la categoría central y así se explicó los hallazgos que comprendían el objeto de estudio

### **3.3. Sujetos de investigación**

El objetivo aquí es comprender el fenómeno de interés, eligiendo individuos y contextos que ayuden a explicarlo mejor<sup>13</sup>.

Formaron parte de los sujetos de investigación 16 profesionales de enfermería del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 15 dedicados a la labor asistencial y 01 a la gestión

administrativa (jefa de enfermeras), 02 de los profesionales fueron de sexo masculino. El 70% se encontraron en la etapa de la adultez madura y el 30% fueron adultos jóvenes; el 100% profesa la religión católica.

Se asumió como criterios de exclusión: profesionales que tengan menos de dos años de experiencia en el servicio de emergencia y que no deseen participar de la investigación. Del 100% de los profesionales, el 69% es nombrado y el 31% es contratado, además tienen más de 2 años de trabajo asistencial en el servicio de emergencia.

La dinámica de trabajo consta de atención las 24 horas, en la cual el profesional de enfermería realiza un turno de 12 horas en el día y en la noche, descansando 3 días. Durante estas guardias cuenta con el apoyo de técnicos y auxiliares de enfermería que realizan el mismo horario de trabajo.

Cabe resaltar, que el número de sujetos de investigación fueron determinados por la técnica de saturación, que consiste en reunir las pruebas y evidencias suficientes para garantizar la credibilidad de la investigación<sup>15</sup>. Se interrumpió la recolección de datos cuando ningún dato nuevo o relevante emergió y cuando todos los caminos o salidas fueron seguidos.

### **3.4 Escenario**

La aplicación de la presente investigación se realizó en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las

Mercedes, hospital de Nivel II-2, que atiende diferentes especialidades y referencias de la región y otras provincias.

El servicio de emergencia se encuentra ubicado en la zona final del hospital y tiene una estructura de adobe y otra de material noble, en el que se cuenta con 20 camas estructurales, distribuidas en los ambientes de atención y recuperación de paciente (observación): observación pediatría 4 cunas y 1 camilla, observación Gineco-Obstetricia 5 camas, observación mujeres 4 camas, observación varones 6 camas.

En forma funcional se utilizan hasta 30 camas haciendo uso de camillas y sillas de ruedas. Se cuenta con ambiente de recepción de pacientes y atención inmediata-tópicos-para cada especialidad básica: tópico pediatría, medicina, cirugía y gineco-obstetricia. Así mismo, cuenta con un ambiente para toma de ecografías, almacén, recaudación y vestidores para el personal.

En relación a las deficiencias con que cuenta el servicio de emergencia, encontramos la falta de ambientes para la permanencia de familiares, pues, la gran mayoría proviene fuera del Departamento de Lambayeque, ambientes para el personal de limpieza utilizando para el lavado de trapeadores cualquiera de los lavatorios desocupados, no cumpliéndose con las normas de bioseguridad; otros de los ambientes con que no cuenta son triaje, sala de observación y unidad de reanimación.

Por esta razón, no está diseñada para dar atención de emergencia, pero se ha tratado de adaptar los ambientes, incluso por necesidad se adapta en los pasillos, tópicos y ambientes de

observación camillas para alojar a las personas enfermas ocasionando desorden, incremento de riesgo de infecciones cruzadas y una forma de trabajo por la cual los profesionales de salud, en especial enfermería, se ingenia para dar la atención debida, asumiendo el reto de cuidar en estas circunstancias.

### **3.5. Instrumentos de recolección de datos**

Para la recolección de datos, la investigadora utilizó la observación no participante, la entrevista semi-estructurada a profundidad y el diario de campo.

La observación, como técnica de investigación científica, es un proceso riguroso que permite conocer, de forma directa, el objeto de estudio para luego describir y analizar situaciones sobre la realidad estudiada, pues, es susceptible de ser aplicada a cualquier conducta o situación<sup>14</sup>. En esta investigación se utilizó la observación no participante (Anexo nº 2), en la que sólo se adoptó el rol de espectador, para evitar realizar acciones que modifiquen o alteren el fenómeno que se estudió “el arte de personalizar a través del cuidado”, incluso que pudiera darse un involucramiento con los sujetos de investigación, pues se tiende a la subjetividad.

De acuerdo a los tipos de observación no participante, se utilizó la observación directa, ya que, al realizar la entrevista semi-estructurada a profundidad se tuvo un contacto inmediato con las enfermeras; permitiendo así observar acciones, gestos y palabras que involucren personalizar. Este tipo de observación permitió a la investigadora dedicar toda su atención y además conocer, de forma

directa, el objeto de estudio para luego describir y analizar situaciones sobre la realidad estudiada<sup>15</sup>.

Se considera que “si no está escrito, no sucedió nunca”. Por ello, para el registro de lo observado se utilizó las notas de campo<sup>9</sup>, que tuvo información descriptiva de la situación y el material que expresó la reflexividad del observador. En esta investigación, y según lo que refiere el autor, se llevó al escenario una libreta en la que se anotó información breve que ayudó, luego, a redactar las notas de campo. La libreta se llama “bitácora” y permitió anotar información en bruto<sup>15</sup>.

Luego esta información fue llevada al diario de campo (Anexo nº 5) donde se organizó y ordenó la información e implicó una elaboración de la investigadora fuera del campo. En este diario se incluyó descripciones de los sujetos de investigación y la persona en el servicio de emergencia, del contexto, sucesos, acontecimientos y conversaciones que llamen la atención, incluso se describió el escenario<sup>14</sup>.

Luego se procedió a aplicar la entrevista semi-estructurada a profundidad (Anexo nº 4), que es una entrevista con relativo de flexibilidad tanto en el formato como en el orden y los términos de realización de la misma para las diferentes personas a quienes está dirigida. Este tipo de entrevista permitió que a lo largo de su desarrollo se plantearan las interrogantes sin aferrarse al guión establecido previamente (un listado tentativo de temas y preguntas relacionados con la temática de estudio)<sup>15</sup>

De esta manera, se formuló preguntas no previstas pero pertinentes, ya que el guión utilizado no fue una estructura cerrada

y limitante al que se sometieron la entrevistadora y el entrevistado, sino que orientó el curso de la información e indicó qué información se necesitó para alcanzar los objetivos planteados al principio de la investigación.

### **3.6. Procedimiento**

Las técnicas e instrumentos mencionados anteriormente, se aplicaron de la siguiente manera: la observación no participante se aplicó en todo el tiempo que la investigadora permaneció en el escenario, tomando en cuenta cada acción e interacción de la enfermera con la persona en el servicio de emergencia. En paralelo se entrevistó a los sujetos de investigación, utilizando una grabadora digital para poder grabar sus discursos. Se buscó dentro del hospital un ambiente disponible para la realización de las entrevistas y fue el vestidor.

En los tres ambientes se procuró permanecer con las puertas cerradas, sin distracciones y en el que sólo estuviera presente la investigadora con el entrevistado, previo acuerdo con el jefe del servicio. Antes de iniciar cada entrevista se dio a escoger al sujeto de investigación una lista de nombres de flores, seudónimos que sirvieron para resguardar su identidad, después se informó y se hizo firmar el consentimiento informado (anexo nº 1).

Durante la entrevista surgieron muchas preguntas que permitió profundizar más el fenómeno estudiado, incluso se pidió a los sujetos de investigación detallar y esclarecer algunos términos y conceptos, por lo que el tiempo promedio de todas las entrevistas fueron de 30-40 minutos. De esta forma, no sólo hubo recolección

de datos sino también análisis y reflexión de estos. Anteriormente se acordó identificar con seudónimos de nombres en quechua, para que escogieran el seudónimo que los identificara.

### **3.7. Análisis de datos**

Una vez que se contó con toda la información obtenida de la observación no participante, la entrevista semi-estructurada a profundidad y las notas de campo, se procedió a analizar cuidadosamente los datos, con el fin de obtener una visión lo más completa posible del objeto de estudio.

Teniendo en cuenta que, la teoría fundamentada posee su propio tipo de análisis, se inició analizando los datos a través del microanálisis<sup>8</sup>, detallado análisis, “línea por línea” que consiste en discutir minuciosamente como la persona citada ha usado la palabra, frase y oraciones. Este estudio es necesario al comienzo de un estudio para generar categorías iniciales (con sus propiedades y dimensiones) y para seguir las relaciones entre ellas.

El microanálisis incluye la codificación axial y abierta, que viene a ser un modo de análisis conceptual en el que conceptualizamos y clasificamos y exige examinar e interpretar datos de las diferentes técnicas de recolección. Se incluye en este examen microscópico los datos de los participantes, interpretaciones de la observación y la interacción del investigador con los datos.

En la codificación abierta, los datos se descomponen en partes discretas, se examinan minuciosamente y se comparan en busca de similitudes y diferencias. Los acontecimientos, sucesos, objetos,

acciones e interacciones que se consideran conceptualmente similares o relacionados en el significado se trabajan bajo conceptos más abstractos, denominados categorías; la preocupación es construir categorías y sus propiedades. En el análisis de la presente investigación el contenido de las entrevistas se lograron al descomponer en diversas partes que tenían significado, luego de ellos se compararon similitudes y diferencias construyendo así categorías.

En la codificación axial, en cambio las categorías se construyen de manera sistemática y se ligan a subcategorías. Durante la investigación, se obtuvieron tres categorías con sus subcategorías.

Por otro lado, la codificación selectiva, es el proceso de integrar y refinar las categorías; aquí los datos se reagrupan por medio de oraciones sobre la naturaleza de las relaciones entre las diversas categorías y subcategorías. La estructura teórica resultante permite formar nuevas explicaciones sobre la naturaleza de los fenómenos.

De este modo, las categorías y subcategorías de la presente investigación se integraron finalmente para formar un esquema teórico mayor, logrando que los hallazgos adquirieran la forma de la teoría. En esta fase se creó una categoría central llamada categoría medular, que representa el tema principal de la investigación, es decir, de qué se trata.

La matriz, es un mecanismo de codificación que estimula el pensamiento del investigador sobre las relaciones entre las

condiciones/consecuencias micro o macro tanto para ellas como para el proceso. En la investigación se realizó matrices por categorías y subcategorías, para luego relacionarlas entre sí y desarrollar el primer elemento teórico a través de una matriz de proceso.

El análisis supuso volver con frecuencia a los datos, para analizar nuevas ideas que surgían conforme los datos que surgían y el análisis avanzado. Cabe resaltar que se revisó la literatura, específicamente las bases conceptuales para identificar las evidencias existentes que pudieran dar información acerca de las categorías emergentes, relacionadas con los aspectos positivos que refuerzan el concepto de “personalizar a través del cuidado”.

Así mismo, y de forma simultánea se llevó a cabo una búsqueda de literatura sobre estos conceptos, tal como lo recomiendan los autores en la teoría fundamentada. Igualmente, se revisó leyes, decretos supremos, normatividad MINSA relacionado con la atención en emergencia y los derechos de la persona que se atiende en dicho servicio.

### **3.8. Criterios éticos**

Esta investigación se basó en tres de los principios de la bioética personalista de Elio Sgreccia<sup>2</sup> que fueron validos por él mismo en el 2009, proporcionando así verdadero sentido y rigurosidad ética<sup>16</sup>.

El principio del valor fundamental de la vida humana, en el que los sujetos de investigación participantes, fueron considerados

como persona en su totalidad de valor, por lo cual la investigadora se abstuvo de utilizarla como medio para el logro de sus objetivos.

Otro de los principios utilizados fue el de libertad y responsabilidad, por el cual se tuvo en cuenta que la persona es un yo libre, tutela de su libre expresión, capaz de querer y de rechazar y de elegir, por lo que en todo momento de la investigación, se tuvo presente respetar el rechazo de los sujetos de investigación.

Por último, se asumió el principio de socialización y subsidiariedad; por el cual se procuró llevar a cabo la escucha activa, juicio reflexivo y una relación empática con los sujetos de investigación. Por este principio se mueve también a toda persona singular a realizarse a sí misma en la participación de la realización de sus semejantes. Es por ello que esta investigación, estará a disposición de todos los profesionales de salud, estudiantes de enfermería, docentes y otros lectores que deseen conocer más sobre el objeto estudiado, a través de su promoción y difusión.

### **3.9. Criterios de Rigor Científico**

Credibilidad<sup>10</sup>, es decir, transparencia en la investigación, lo que significa que el contraste entre las interpretaciones del investigador y los hechos ocurridos debe hacer creíbles y aceptables dichas interpretaciones, lo más transparente posible. Por ello, la información recolectada a través de la observación no participante produjo hallazgos que fueron reconocidos por los propios sujetos de investigación al realizar la entrevista semi-estructurada a profundidad, tratándose de llegar a una verdadera aproximación sobre lo que ellos pensaron y sintieron.

Confirmabilidad o auditabilidad, que consiste en un proceso de análisis reflexivo y reconstrucción de las interpretaciones coincidentes desde varios ángulos o fuentes de datos. Este principio se hizo presente al corroborar en el análisis los discursos expresado por los sujetos de investigación con la observación no participante y las notas de campo plasmadas en el diario de campo.

Transferibilidad o aplicabilidad, que se trata de formular hipótesis de trabajo, relevantes para el contexto, que puedan transferirse o aplicarse a otras situaciones similares. En esta investigación para que exista la posibilidad de extender los resultados del estudio a otros sujetos de investigación se describió densamente el espacio y las características de los sujetos de investigación donde el fenómeno fue estudiado.

Dependencia, que hace referencia a la consistencia de determinados resultados, pese a pequeñas variaciones que pueden atribuirse a cambios instrumentales que producen cierta inestabilidad. Se tuvo en cuenta los criterios de exclusión de los participantes, así como las condiciones adecuadas para el recojo de la información.



## **CAPÍTULO III**

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

#### **I. PROMINENCIA DE SALVAR LA VIDA PARA RECUPERARLA**

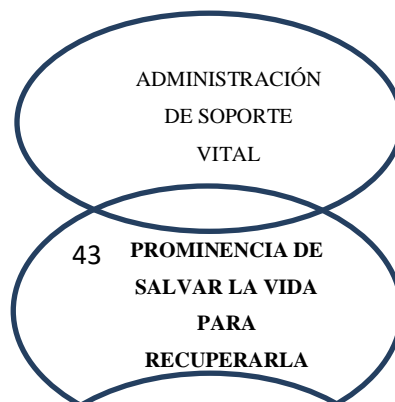
Un único criterio para la condición de persona es la pertenencia biológica al género humano; por eso también el comienzo y el fin de la existencia de la persona no pueden separarse del principio y el final de la vida humana. Si “alguien” existe, ha existido desde que existe este organismo humano individual y existirá mientras este organismo viva. El ser de la persona es la vida de un hombre<sup>2</sup>.

La vida del organismo humano, por tanto, muestra de cierta forma a la persona humana y salvarla, no solo implica proteger su existencia sino en principio reconocerla como tal.

De este hecho un primer bien que se presenta es la vida; lo que quita la vida destruye al organismo en cuanto tal y esta es la privación más grande que se puede infligir a la persona. Los bienes de la vida de relación, afectivos o sociales deben estar subordinados a dos bienes precedentes: la vida y su integridad<sup>2</sup>.

Así lo especifica el informe presentado por la Defensoría del Pueblo sobre la Supervisión Nacional a Hospitales: “el derecho a la salud, guarda una relación evidente con el derecho a la dignidad, a la vida y al libre desarrollo de la personalidad, como se ha señalado, la enfermedad y las condiciones que la favorecen llegan a afectar la dignidad, la vida y la integridad de toda la persona”<sup>17</sup>.

Por tanto, el personal de salud ante el peligro de que una persona pierda la vida debe aplicar todo lo que esté a su alcance para recuperarla, un principio básico e inmediato que los sujetos de investigación de este estudio reconocieron como principal acción en su actuar enfermero: la administración de soporte vital y después de ellos vigilar para satisfacer necesidades.



**Gráfico N°1.** Esquema conceptual construido a partir de la Categoría:  
“Prominencia de Salvar la vida para recuperarla”.

### **1.1. Administración de Soporte Vital**

La toma de decisiones del profesional de enfermería en emergencia se crea por procesos cognitivos, que desarrolla estrategias y habilidades complejas y que permiten su ejecución correcta. Ello se explica, porque el comportamiento o acción libre de todo ser humano está gobernado por la inteligencia y la voluntad, facultades a través de las cuales la persona elabora, valora y a veces modifica<sup>9</sup>. Y el enfermero realiza infinidad de acciones libres por salvar la vida de la persona en emergencia utilizando todos sus conocimientos teóricos prácticos en beneficio de ella.

Por ello, encontramos que una de la principales acciones realizadas en el servicio de emergencia es la administración de soporte vital; que involucra toda técnica o tratamiento que aplicado al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en peligro la vida; comprende actualmente desde la ventilación mecánica y el sostén

hemodinámico hasta la oxigenoterapia, nutrición e hidratación parentera<sup>18</sup>.

Todo ello, para la persona en estado grave, un paciente que en forma repentina e inesperada presenta alteración de la salud, poniendo en peligro inminente la vida o grave riesgo para la salud y que requiere atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos, empleando los recursos de personal, equipamiento y manejo terapéutico de acuerdo a su categoría.<sup>7</sup>

Y según las narraciones de los sujetos de investigación, el dar soporte vital a estas personas es de suma importancia, consideran que ante todo está “salvarles la vida”:

*“...Para dar atención permeabilizar vía área, circulación, etc, estabilizar toda la parte física, también valorar la parte neurológica y ver si el paciente nos responde coherentemente, ver signos que determinen cómo está el paciente, coloración, etc....”*

*Enf. Achiq*

*“...Cuando ingresa hay que evaluar el estado del paciente, si está en estado grave estabilizarlo, ver sus funciones vitales y atenderlo de acuerdo a prioridad, quizás administrándole tratamiento por vía endovenosa, oxígeno, etc...”*

*Enf. Achiquilla*

*“...Tratar de ayudarle en aliviar su problema, controlar signos vitales, vías áreas; ahorita que hay un poquito de tecnología ya podemos ver si está saturando bien y*

*administrarle oxigenoterapia, mantener sus signos vitales estables, tratar de estabilizarlo de acuerdo a como viene...”*

*Enf. Achiyaku*

Como vemos, el personal de enfermería reconoce que en el servicio de emergencia es indispensable los métodos de soporte vital, pues, tienen una influencia decisiva y generalmente cercana en la determinación trascendente del paciente crítico; como lo expresa E, Sgreccia su preocupación es vencer la muerte sean cuales sean las circunstancias. Ellos reconocen que la vida corporal física del hombre no representa algo extrínseco a la persona, sino que representa el valor fundamental de la persona misma<sup>2</sup>.

Por ende, salvar la vida, enfocado en principio desde el plano biológico, es un elemento fundamental para personalizar a través del cuidado, porque la vida de una persona no es un valor agregado a ella, sino que es ella misma; de ahí la importancia de cada una de las acciones que involucran el soporte vital. Y es que, el cuidar se convierte en óptimo si es singular, en perspectiva aristotélica se da a cada cual lo que necesita, ello implica conocer la biología del otro<sup>3</sup>.

Este conocimiento está dirigido a “defender la vida física” y esto es un principio personalista porque ello implica la obligación moral de promover la vida humana y defender la salud del hombre en proporción a sus necesidades<sup>2</sup>.

Este promover la vida humana significa iniciarla o impulsarla procurando su logro; también significa elevar a la persona a una dignidad superior a la que tenía; lo cual resalta una vez más la importancia de aplicar el soporte vital e impulsar la vida de la

persona en estado crítico, pues, ella merece aún más el respeto de su dignidad y no permitir que la enfermedad la denigre.

Así mismo, defender su salud implica protegerla, mantenerla, conservarla, sostenerla e impedir la muerte<sup>6</sup>. Por ello, urge la necesidad que el profesional de enfermería adquiera las competencias idóneas en sus áreas de trabajo, no sólo para adquirir conocimiento y habilidades sino para sobresalir entre la comunidad enfermera, y fundamentalmente para promover y defender la vida.

Este principio no es solo un imperativo bioético sino que está dentro de un marco legal, pues, tenemos la Constitución Política de la Salud, que establece en su artículo 7° el derecho a la protección de salud y en su artículo 9° que el Estado es el responsable de garantizar el acceso equitativo a los servicio de salud.

Por su parte, el artículo 15.1 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud modificada por la Ley N° 29414 establece el derecho de las personas usuarias del servicio de salud a recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado; así mismo a obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud.

Por ello, el enfermero tiene la obligación de difundir todo ello y hacerlo efectivo en la praxis; así mismo convertir las normas en bienes y virtudes de tal manera que podamos expresar un verdadero cuidado.

Tal y como lo refiere el Código de ética y deontología del Colegio de enfermeros del Perú donde especifica que toda enfermera(o) peruana deberá tener presente que la vida es un derecho universal y fundamental del individuo, reconocerá y respetará los derechos humanos por ser base ética y moral de nuestra sociedad.

Así mismo, señala en el artículo 1° que la enfermera(o) brinda cuidados de Enfermería respetando la dignidad humana y la particularidad de la persona, sin distinción de índole personal, política, cultural, económica o social<sup>19</sup>.

En este sentido, F, Torralba nos muestra la relevancia de cada acción que la enfermera realiza durante el cuidado, pues, el cuidado es el conocimiento técnico, intuición y sensibilidad, pues para curar es preciso cuidar y sólo quien se cuida o es cuidado puede llegar a curarse<sup>3</sup>”; dentro del conjunto de acciones que el profesional de enfermería en el servicio de emergencia, por lo tanto encontramos el cumplimiento de las indicaciones médica, como lo evidencian los discursos:

*“...en primer lugar cumplir con las indicaciones médicas para tratar de recuperar su salud que es lo primero...”*

*Enf. Aklla*

*“...para salvarle la vida a una persona en situación crítica, se le realiza todo el tratamiento médico posible para recuperar su estado de salud normal...”*

*Enf. Akllasisa*

*“...mi preocupación es que el paciente salga bien de la molestia que ha presentado, para eso cumplo con todas las indicaciones del médico, más el cuidado cuando está prostrado, pues el paciente debe irse contento, recuperado y rehabilitado...”*

*Enf. Akllasumaq*

Otra de las actividades importantes del enfermero para salvar la vida de una persona en peligro de perderla consiste en el cumplimiento del tratamiento médico indicado, que involucra la administración de medicamentos, realización de procedimientos invasivos (colocación de sondajes, canalización de vías endovenosas u algunas pruebas necesarias como el AGA), monitorización hemodinámica, seguimiento de exámenes auxiliares y de ayuda diagnóstica.

La preocupación por cumplir con esta actividad vital para la supervivencia de la persona en emergencia representa el cuidado; no olvidemos pues que toda preocupación por hacer el bien para algo o a alguien, se convierte en una preocupación ética, pues, ello no sólo permite la restauración del cuerpo sino también de la dignidad. Y esto es el cuidado<sup>1</sup>.

El cuidado se construye a través de las experiencias vividas y las acciones ejecutadas, por ende la personalización del enfermo

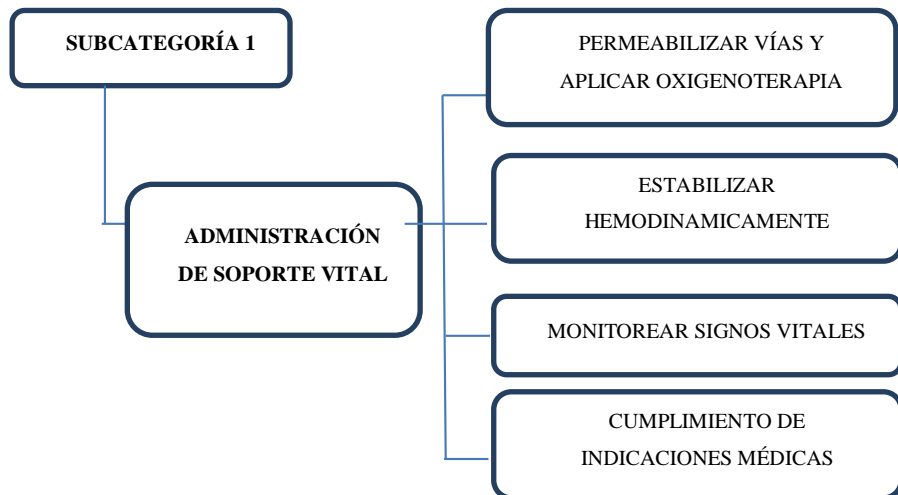
depende de estas actividades realizadas de manera singular, de ahí que este se elabore pensando siempre en la persona misma, reconociendo su esencia. De esta forma la teoría y el razonamiento que hacen las enfermeras son corolarios de su hacer, porque se trata de guiarlo por un marco teórico que ha sido formulado, desarrollado y madurado por el ejercicio de la experiencia.

Esta experiencia guiada por un marco teórico se extiende a todas las edades, desde el nacimiento hasta la muerte en cualquier situación de salud y debe adecuarse constantemente a las necesidades de cada grupo; permitiendo al enfermero visualizarlas, reconocerlas a través de los síntomas, sentimientos y emociones; una llamada de atención indicando que la persona no se encuentra bien, por tanto cuanto más intensos y persistentes sean, más sensación de amenaza representan para su existencia. Por ello, para revertirlos se deben satisfacer las necesidades que se presentan en las diferentes esferas de la persona.

Como sabemos los síntomas pueden ser consecuencia directa del traumatismo sufrido, por la sensación de falta de oxígeno o una hemorragia inesperada o de forma indirecta como la presencia de una convulsión, un rash anafiláctico o la sepsis. En cambio, los sentimientos y emociones a veces no son fáciles de reconocer, llevando muchas veces al enfermero a enfocarse en los síntomas, lo cual puede llevar a una despersonalización del enfermo, pues se trata de una dimensión esencial, no se puede concebir una persona sin

afectividad, sin sentimientos, le faltaría algo fundamental que la haría inhumana en un sentido profundo.

De esta manera, es esencial que el enfermero comprenda el sentido que tiene el dolor y otros síntomas para el paciente, así como la existencia de otros elementos que influyen en su persistencia o intensidad y los efectos que éstos le ocasionan en su función. Por ello, otra forma de personalizar a través del cuidado es vigilar para satisfacer necesidades.



**Gráfico N° 2.** Esquema Conceptual construido a partir de la subcategoría: “Administración soporte vital”.

## **1.2. Vigilar para satisfacer necesidades**

La enfermera debe ser meticulosa en la valoración de la persona en estado crítico, si se mantiene alerta en la observación desde los signos vitales hasta la presencia de alteración en las funciones fisiológicas básicas descubrirá qué necesidades son prioritarias en un momento imprevisto, además las conocerá, actuará en bien del enfermo y su propia satisfacción como profesional al cuidado de otro.

Es así, que resulta relevante conocer a profundidad la situación de salud de la persona hospitalizada, pues, el cuidado sólo es de tipo singular y personalizado si existe un gran conocimiento de cada ser, en especial de su circunstancia, biológica y de su biografía, lo que evita la generalización a que frecuentemente están sujetos las personas<sup>3</sup>.

Este conocimiento de los sujetos de investigación se da mayormente durante el traslado de la persona del tópico de medicina o cirugía hasta los ambientes de observación e inicia con la información del estado de salud en el reporte de enfermería durante las 24 horas y con la evolución médica en la visita médica. En base a esto el profesional de enfermería debe vigilar constantemente sus necesidades biológicas, afectivas, sociales y hasta espirituales, así como lo refieren las narraciones:

*“...vigilarlo constantemente para ver si dentro de su diagnóstico o de su estado, qué situación puede desencadenar una de mayor gravedad o evaluarlo para ver cómo va progresando.”*

*Enf. Aliqora*

*“Tratar de dar una atención de acuerdo a sus necesidades, observando al paciente y ver que está pasando con él, si está despierto preguntarle cuál es su malestar...”*

*Enf. Achiq*

*“...Muchas personas que llegan a la emergencia llegan con una desvalidez, más que física emocional, el estrés por la misma crisis que cursa...es fundamental cómo nos preocupemos por su desarrollo, por satisfacer sus necesidades y como me siento como persona y profesional en el cuidado, o simplemente es una rutina o persona más...”*

*Enf. Achikilla*

El deseo de satisfacer las necesidades de la persona hospitalizada en emergencia, conlleva al enfermero después de la atención inmediata a explorar qué sucede con ella a través de una vigilancia constante, donde el tiempo juega un rol importante; este proceder le ayuda a descubrir y priorizar cuáles son sus necesidades tanto físicas como de otra índole que deben resolverse primero, es decir, el profesional de enfermería dentro de su cuidado se ve obligado a indagar las profundidades reales escondidas en su propia situación de salud o en el diagnóstico formulado.

Y es que todo profesional de salud intuitivamente conoce que acercándose al cuerpo del enfermo, se acerca en realidad a su persona y que el cuerpo del enfermo no es, propiamente “objeto” de la intervención médica, sino “sujeto de la misma”<sup>2</sup>, es decir la inmediatez del cuidado permite abordar aquellas necesidades urgentes.

Porque la persona enferma en emergencia se muestra ante el personal de salud con un conjunto de necesidades muy distintas en cuanto a intensidad y expresión, dada la situación de salud y vida personal de cada persona. En principio los enfermeros identifican las necesidades de tipo orgánico, pues, como ser natural que es, las comparte con los otros seres de la naturaleza, aunque desde una vivencia distinta por su complejidad.

Esta preocupación del enfermero de velar y tratar de satisfacer las carencias de la persona durante su estancia en el servicio de emergencia se convierte en una acción personalizadora, pues, el cuidado no sólo debe estar dirigido a una parte de la persona sino a la totalidad de ella, no al órgano enfermo como una intervención de enfermería rutinaria sino al bienestar de la persona misma; a lo que Warren Reich llamaría “acompañar con cuidado solícito”, es decir, estar preocupado o inquieto por los moribundos y ocuparse día a día de sus necesidades médicas, paliativas, espirituales y emocionales, interesarnos por ellos y estar atentos a lo que pueda sobrevenir<sup>3</sup> luego.

No se trata de asistir solo las necesidades fisiológicas, sino de descubrir luego otras necesidades vitales para su existencia como persona durante su enfermedad. Ahora bien, todas estas necesidades deben ser descubiertas constantemente, tratando de estar vigilantes para responder inmediatamente a ellas y evitar la denigración de la persona enferma.

Según la observación realizada, la persona después de salir de su cuadro de emergencia propiamente dicho, era vigilado constantemente para detectar alguna necesidad física como dolor,

vómitos, constantes vitales alterados, insuficiente oxigenación, higiene inadecuada o presencia de algún signo patológico que manifieste alguna complicación. Y poder ayudar en su pronta recuperación. No olvidemos pues que “el ser humano es potencialmente un ser enfermo, puede enfermar en cualquier momento precisamente por la vulnerabilidad intrínseca de su ser, tanto en el plano exterior como interior”<sup>3</sup>.

Estructuralmente la persona como sujeto vulnerable, es frágil, precario, quebradizo, cuya integridad está constantemente amenazada por elementos externos e internos y está expuesto a múltiples peligros: enfermar, ser agredido, morir, fracasar, etc<sup>6</sup>. Enfermar supone un cambio en su vida, cambio o mutación que no se refiere solamente a la estructura somática sino a su integridad<sup>3</sup>.

Por la misma naturaleza de la persona, aún precisando su valor y trascendencia, sus dimensiones pueden verse afectadas, más aún si tiene una situación de salud crítica, un ser vulnerable, expuesto a múltiples riesgos, daños y complicaciones, con ciertas necesidades que deben satisfacerse para ayudarla a restablecerse y continuar con su supervivencia.

Como vemos la persona es una estructura indigente, es decir, un ser frágil y quebradizo, no sólo en su génesis, sino también en su desarrollo vital y lo es desde muchas perspectivas; como ser indigente significa que tiene muchas necesidades, es decir, que debe cumplir una serie de obligaciones para poder realizarse como tal, necesitando constantes refuerzos para subsistir y para desarrollarse integralmente<sup>3</sup>.

Y precisamente, por esta interioridad el enfermero también debe preocuparse por otras necesidades que ayuden al desarrollo pleno de la persona enferma, que ayuden a la trascendencia del cuidado, sólo así vamos a personalizarla, es decir, reconocerla en su totalidad de valor por tanto realizar un cuidado acorde a su esencia real. Vemos entonces que, cuidar de un ser humano es algo más que paliar sus necesidades de tipo somático. Consiste, fundamentalmente en percibir todas sus necesidades y velar por ellas, responder a ellas<sup>3</sup>.

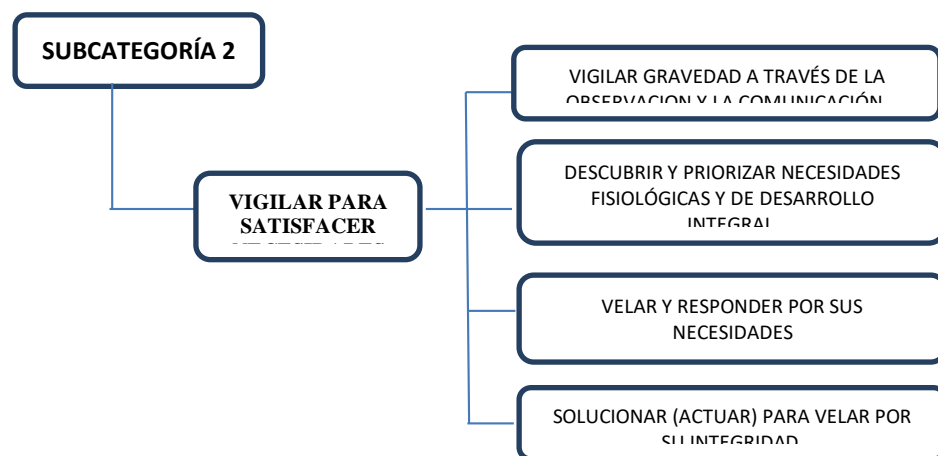
Para evitar la cosificación de la persona, los enfermeros deben razonar la vulnerabilidad, de alguien cuando está enferma, es decir, debe pensarla, reflexionarla y tratar de buscar soluciones y fórmulas para combatir el desaliento, el cansancio, la enfermedad y todo cuanto va relacionado con la vulnerabilidad. El ser humano goza de una superioridad en el orden intelectual que le ha permitido protegerse y superar los obstáculos. Gracias a su conocimiento ha podido construir instrumentos y utensilios para regular la vida y enfrentarse a los azotes de la naturaleza.

Por esta razón, los enfermeros al reflexionar la situación de salud de la persona también deben preocuparse por tratar de solucionar algunos aspectos nocivos para ella y así velar por su integridad, sin denigrarlo o reducirlo a un objeto, por el contrario resaltar su personabilidad. Y ello, lo va a lograr a través de sus acciones, aquellas dirigidas a proteger su unidad y respetarlo como ser digno.

La acción no se refiere a ningún dinamismo parcial sino a toda la actividad de la persona en cuanto tal. La persona despliega

sus potencialidades y entra en contacto con el mundo y con ella misma a través del misterio de la acción humana. Por ende, el enfermero muestra su ser a través de las acciones diarias, no basta con reflexionar y describir el bien dirigido a la persona enferma sino actuar; de allí que a través del cuidado le permita personalizar al ser humano.

La acción tiene la capacidad de interferir y modificar el mundo en el que surge, es decir, es transitiva, ya que no permanece en el sujeto sino que se transfiere al mundo y a las personas, puede transformar el mundo que le rodea<sup>8</sup>. Es así que, el enfermero a través del cuidado puede transformar la existencia humana, proteger la vida y ayudar a recuperarla, hacer que la enfermedad sea llevadera, que la realidad de la persona enferma sea otra y no aquella que a veces aparece en los hospitales, una estadía triste, de incertidumbre, de malos tratos o de una completa despersonalización.

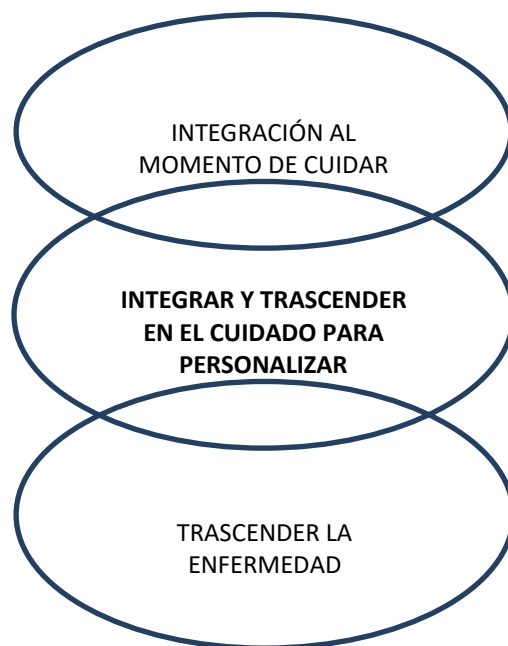


**Figura N° 3.** Esquema Conceptual construido a partir de la subcategoría “Vigilar para satisfacer necesidades”.

## **II. INTEGRAR Y TRASCENDER EN EL CUIDADO PARA PERSONALIZAR.**

Superada la crisis hemodinámica la preocupación de la enfermera de emergencia es proporcionar un cuidado integral al percibir vacíos en el aspecto familiar, emocional, psicológico y hasta espiritual, ellas trascienden más allá de la recuperación física del enfermo pues se dan cuenta de su soledad, falta de comunicación de sus emociones y sentimientos; aspectos que emergen cuando está estabilizado y que al existir tranquilidad y orden, la enfermera se puede percatar de más detalles que conduce a individualizar el cuidado, pues, no es lo mismo un niño politraumatizado que reclama a su mamá o un paciente en coma que requiere los santos óleos.

Al actuar para dar atención integral no siempre es fácil sin embargo como las actuaciones de la enfermera buscan un fin que es el bien del enfermo es posible trascender y transformar las propias acciones en el acto del cuidar en la emergencia y esto es perceptible por el bien continuo que se realiza en las horas de trabajo, los enfermeros a pesar del cansancio se sienten satisfechos de alguna manera buscan la plenitud, la perfección y el desarrollo, percibido cuando el paciente logra ser de alta y puede regresar a su hogar.



**Figura N° 4.** Esquema Conceptual construido a partir de la categoría: “Integrar y trascender en el cuidado para personalizar”

### **2.1. Integración al momento de cuidar.**

Por tanto la integración implica, fundamentalmente, la necesidad de que el sujeto incluya de manera correcta en su acto de autodeterminación los diversos aspectos de la estructura de la persona: cuerpo, psique y voluntad<sup>8</sup>. Por ello, los enfermero al cuidar, si es verdad en primera instancia se abocan a estabilizar al paciente hemodinámicamente, también es cierto que una vez superada la crisis la enfermera percibe detalles que van más allá de cuidar el aspecto físico.

Se puede afirmar entonces que personalizar a través del cuidado significa no solo dirigirse a la parte física y fisiológica afectada en la persona, sino a salvarla de una muerte posible, sino

que sus acciones deben encaminarse hacia otras dimensiones, pues, la persona en emergencia es un todo inseparable, como lo es la enfermera, el médico y la técnica de enfermería; así lo expresan los siguientes discursos:

*“...cuando ya se estabiliza hay que darle apoyo moral, espiritual, emocional, pero a veces el paciente no lo expresa, por eso hay que verificar estos aspectos. Durante el apoyo emocional, verificar el entorno en el que vive y cuáles son los problemas que tiene para orientarlo; en el apoyo religioso darle confort y relajo espiritual, en ocasiones les he leído la Biblia, parece que sienten mucha paz...”*

*Enf. Asiri*

*“...cuando uno realiza la valoración se percibe no sólo los problemas físicos de la persona sino otros aspectos que están también debilitados como el aspecto social, emocional, psicológicos hasta espiritual; desde el primer contacto en la valoración uno percibe no solo los problemas físicos de la persona sino otros aspectos que están también debilitados como aspectos sociales, emocionales, psicológicos y hasta espirituales...”*

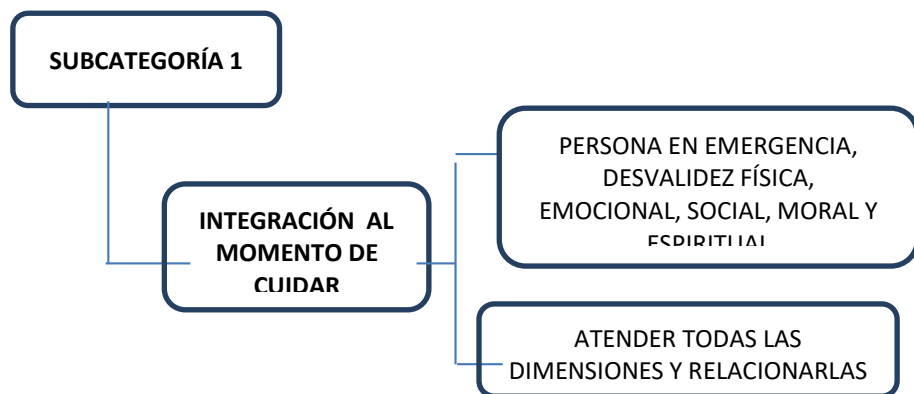
*Enf. Akllasisa*

*“...el individuo como un todo, necesita ser cuidado, ver todo con respecto a su problema de salud; luego darle apoyo psicológico de acuerdo al momento que está pasando, él y su familia; en el aspecto social ver el ambiente en que se desenvuelve, en el aspecto cultural, tratarlo de acuerdo a su cultura y tratar que nos entiendan.*

*Enf. Awaq*

Si la persona es pandimensional el cuidado también lo es. La integralidad del cuidado abarca cuidar también otros aspectos que constituyen a la persona, sus emociones, espiritualidad, entorno y familia, entre otros; de tal forma que se busque el bien integral de la persona, evitando reducirla solamente a lo corpóreo para traspasar los límites de la enfermedad ,debido a que, la persona es una unidad de diversas partes vivientes, por tanto exige la jerarquía de las partes y su intercomunicabilidad, es decir, la armonía o la totalidad; con esta condición se puede hablar de organismo viviente<sup>2</sup>.

Este bien integral exige desde luego priorizar las necesidades de la persona, buscando siempre la relación de sus dimensiones por ser sistémica, así pues, satisfacer la necesidad fisiológica para salvarle la vida, dedicarse a recuperar el funcionamiento de su organismo para calmar el estrés de la persona, fortalecer el espíritu para soportar el dolor físico o explicar aspectos de la enfermedad para calmar los miedos y la tristeza; solo de esta forma el enfermero personaliza, si cuida a la persona integralmente procurando que cada acción dirigida a una de sus dimensiones permita el bienestar de la otra. No olvidemos que cuidar de una persona enferma es una acción humana y lleva inscrita en su seno una alta dosis de belleza y bondad<sup>2</sup>.



**Figura N° 5.** Esquema Conceptual construido a partir de la subcategoría  
“Integración al momento de cuidar”.

Este bienestar involucra luego de salvarle la vida, preocuparse por su dimensión afectiva. A continuación, se aprecia en las siguientes expresiones:

*“...si es una persona que ingresa despierta, exaltada, agitada, de repente con un problema fisiológico como el dolor de la herida pero aparte con estrés porque siente que puede perder la vida, entonces, manejar el aspecto emocional diciéndole que estamos atendiéndolo, brindándole apoyo y bueno actuar, por ejemplo administrándole algún medicamento para el dolor. Y es que debemos verlo como un todo, porque el aspecto emocional influye en el aspecto fisiológico...”*

*Enf. Awasiyaku*

*“...Que salga bien, que se restablezca primero y si está despierto, lucido o puede entenderme, conversar con él para apoyarlo y trate de apoyarse en mí, porque la emergencia se le presenta de un momento a otro, inesperado y a veces si está con su estado anímico dañado empeora la situación, todo esto para que nos pueda ayudar y ayudarse a sí mismo...”*

*Enf. Awank'ay*

*“...Muchas personas llegan con desvalidez más que física, emocional, por la misma crisis que se presenta, el estrés o la serie de conflictos en la persona, familia y entorno, por ello mi preocupación es desarrollar un apoyo integral, pero muchas veces la valoración de la persona no es completa porque no estamos en las condiciones ni tenemos el tiempo para ello...”*

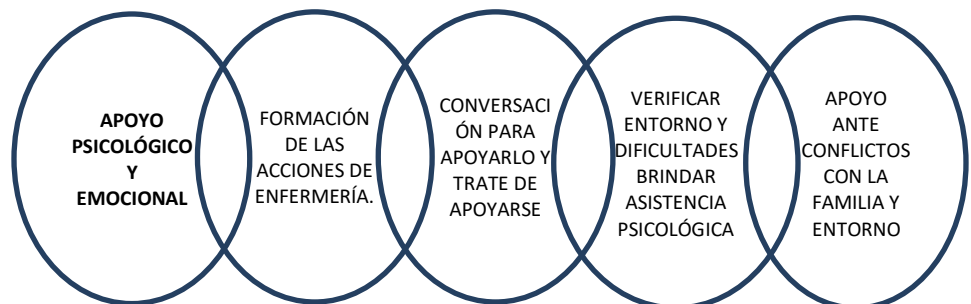
Las enfermeras razonan que las personas enfermas ante el peligro de perder la vida ingresan al servicio de emergencia con su estado anímico dañado, incluso a pesar de haberse recuperado aún siguen sintiendo estrés y según un estudio realizado las personas que acuden a los servicios críticos presentan diversas alteraciones psicológicas como consecuencia de la adaptación a la nueva situación, en la cual se encuentran en un ambiente desconocido, que les priva de sus interacciones y sensaciones habituales, mientras les asaltan constantemente estímulos sensoriales extraños.

De acuerdo, a la observación realizada estas personas presentaban temor ante el inicio de cualquier acción de enfermería, constantemente preguntaban por su estado de salud y en ocasiones se les observaba exaltados o callados; con respecto a ello el estudio mencionado anteriormente explica que aparecen temores producidos por la alteración de las rutinas, procedimientos de monitorización, ruido excesivo(alarmas, equipos de aspiración, teléfonos, conversaciones del equipo de salud), aislamiento físico y social y restricciones de movimiento; produciendo en ellos miedo y ansiedad afectando su estado emocional.

Y efectivamente, la persona en emergencia desde su ingreso no sólo presenta temor a lo desconocido, lo que van a realizarle o la incertidumbre de la enfermedad que padece sino además lo que observan en otras personas, muertes, sollozos de familiares, procedimientos realizados en ellos, monitores que emiten un ruido extraño y profesionales de salud desesperados por salvar una vida.

Ante ello, los enfermeros hacen notar su presencia a través de la comunicación, el apoyo y la acción de enfermería, reafirmando una vez más la importancia de actuar ante sus principales problemas de salud para calmar también las alteraciones emocionales, pues, en una persona por ejemplo el dolor es considerado como principal estresor y ante la enfermedad el «sentimiento de no tener control de uno mismo» también lo es, por tanto, las acciones deben ir dirigidas hacia el alivio del dolor y la promoción de una atmósfera en la que sea posible el descanso, ofrecer asistencia psicológica así como una mayor cantidad de información sobre el tratamiento por parte de un equipo multidisciplinar<sup>4</sup>.

El enfermero debe reflexionar conscientemente sobre la totalidad del enfermo y la influencia de la dimensión emocional en ella, pues, no puede entreeverse una vida sin sentimientos como algo deseable aunque estuvieran cubiertas todas las necesidades, aunque exista un ser muy perfecto pero que no tuviera sentimientos lo consideraríamos carente, truncado, inferior a nosotros; como lo refirió Burgos citando a Descartes el núcleo de la afectividad no está en las tendencias sino en la subjetividad, es decir, sentir es, fundamentalmente, vivirse a sí mismo, ser consciente de la propia intimidad y de sus múltiples modificaciones y avatares<sup>8</sup>.



**Figura N° 6.** Esquema Conceptual construido a partir de la subcategoría “Integración al momento de cuidar”.

Es interesante como las enfermeras se ofrecen, se ofrecen como apoyo para los enfermos, se convierten en elementos terapéuticos logrando que se sientan fortalecidos de tal manera que al ser dados de alta no choquen con el ambiente que les espera, por ello abordan a la familia para acercarlas al enfermo y no sienta la soledad y la ausencia familiar.

Para personalizar también necesitamos incluir a la familia, pues la persona no sólo es unidad de cuerpo y espíritu, sino además es un ser social, que necesita de otros para sobrevivir, así lo refiere Burgos: “existe frente a mí un interlocutor, otro, yo con quien establecer un diálogo, con quien articular la relación yo-tu”; en este caso la persona enferma tiene cerca de ella otras personas en quienes confía plenamente y necesita permanecer a lado de ellas para sentir seguridad y protección.

Por ello, que importante es cuando el profesional de enfermería reconozca a la familia como nexo fundamental entre la persona y el, cuya finalidad es ayudarla plenamente y como lo refieren las enfermeras en los siguientes discursos:

*“...Es importante la visita de algún familiar, cometemos el error que para guardar orden retiramos a todos los familiares, pero no olvidemos que asumimos la función para una persona y varias personas, además como no podemos estar mucho tiempo podríamos dejar a los familiares,*

*personas de confianza que pueden comunicarnos; permitirles el acceso un tiempo durante el día, en una persona en estrés máximo le ayudaría mucho...”*

*Enf. Aliqora*

*“...Lo más importante en ella, primero es su estado de salud, tratar de mejorarlo, así también mejorar el cuadro de salud que viene, después en con relación a su entorno, las personas que la traen, la orientación y el manejo del paciente...”*

*Enf. Alliyma*

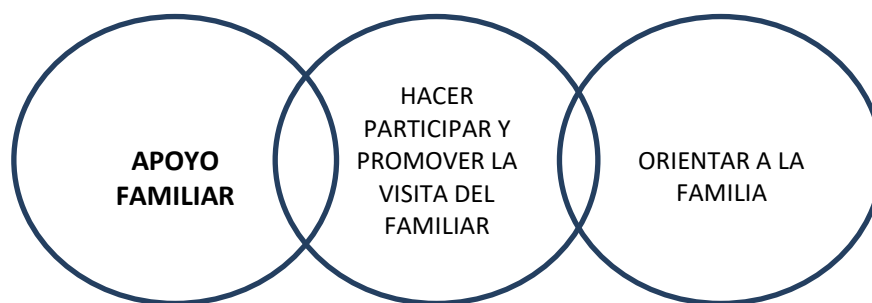
La enfermera valora que la familia aporte durante el cuidado y por ello se le debe incluir. Por ello, la reconoce como alguien que puede apoyar directamente a la persona, a su pronta recuperación. Y es que la familia es el centro afectivo más importante de ella, es el ámbito en el que somos queridos de manera radical e incondicional. De hecho, aunque el hombre es, ciertamente, un ser único e irrepetible, esto solo se pone de manifiesto de modo existencial en el entorno familiar, especialmente en acontecimientos tan trascendentales como la vida y la muerte<sup>8</sup>.

Efectivamente, la familia va a permitir que personalicemos al enfermo, no sólo porque a través de ella reconocemos su dimensión afectiva sino además porque se concretiza su singularidad e irrepetibilidad, sobre todo en el momento de la enfermedad, pues muchas veces la hospitalización dificulta que sea tratado como ser único y tiende a verse como “un caso más que necesita salir del cuadro crítico por el cual está a travesando”.

Resultada significativo hacer participar a la familia en el cuidado a la persona en emergencia, no para “facilitar las

actividades” o “disminuir el trabajo” sino para ayudarla en su bienestar y desarrollo pleno.

Al mismo tiempo la familia es el lugar donde amamos de manera más decisiva, donde se desarrolla al máximo la capacidad de amor, entrega y donación y donde están los seres que dan sentido a la vida, a la trascendencia, a saber ver hacia dentro hasta tocar<sup>8</sup>.



**Figura N° 7.** Esquema Conceptual construido a partir de la subcategoría “Integración al momento de cuidar”.

Un aspecto que supera y da vida a los demás, se trata de la dimensión espiritual. Por ello, una vez estabilizada la persona es necesario preocuparse por su parte espiritual y así ayudarlo a decidir en bien de su salud y desarrollo personal, animarlo a sobrellevar las dolencias que aquejan el cuerpo y el alma misma; así como lo expresan los siguientes discursos:

*“...La espiritualidad tengo que considerarla, tomar en cuenta sus creencias, porque a veces consideramos que todas las personas van aceptar lo que está establecido como un lineamiento de salud, pero por sus creencias no las aceptan, por eso debemos explicarle la situación o la razón de hacer algunas cosas o sino explicarle a los familiares...”*

*Enf. Chami*

El discurso describe como la enfermera considera la espiritualidad de la persona en emergencia, tomando en cuenta sus creencias, pues algunas no aceptan ciertos procedimientos de enfermería como las transfusiones sanguíneas; por tanto, la enfermera opta por explicar tanto a la persona como a sus familiares el objetivo de cada procedimiento.

Ello genera el respeto por su espiritualidad, entendiéndola como fuente de energía que permite al sujeto desplegar actividades de carácter inmaterial, que aunque provocadas por la sensibilidad se despliegan a un nivel superior; estas actividades son la intelección de las ideas universales, la capacidad de reflexión, la libertad y el amor en sentido espiritual y altruista<sup>2</sup>.

Entonces, la parte espiritual se convierte en un punto crucial en el cuidado de la persona , pues a través de esta se supera el tecnicismo y lo biológico para ir más allá de lo corpóreo y llegar a su trascendencia pues, respetar la espiritualidad consta de respetar su voluntad, libertad e inteligencia, propiciando así su desarrollo pleno.

Considerando que la persona es un ser libre, autónomo e inteligente, entonces la enfermera tiene que respetar sus decisiones, evitando imponerle lo que ella cree es lo mejor para su recuperación o darle entender que no conoce y debe obedecer; sucede en ocasiones que la persona por su facultad de inteligencia se da cuenta de algunos errores o deficiencias en las acciones del enfermero y lo comunica, entonces el profesional debe mejorar aquello y evitar

enfadarse o tachar a la persona de “paciente insoportable” y decidir junto con ella acciones que se dirijan a su bienestar.

En el caso de personas en estado crítico, que se encuentran inconscientes o en estado soporoso es también vital considerar esta espiritualidad, pues, a pesar que no esté despierta o no se comunique, no significa que ha perdido su valor, por el contrario sigue siendo persona, como lo refiere E, Sgreccia: “el hombre sigue siendo hombre incluso cuando no despliega aún, o no lo logra por causas accidentales, las facultades mentales. Esta capacidad real radica en la esencia misma de la individualidad humana de la corporeidad, que es informada y estructurada por el espíritu que la vivifica<sup>2</sup>.”

En tal sentido, dentro de esta misma espiritualidad encontramos no sólo el respeto de las creencias personales sino también la capacidad de la persona de estar relegado a una religión ya sea católica o cristiana, es una manera de aceptar la autonomía del ser humano en cuanto a su religiosidad para actuar acorde a esta, como lo narra el siguiente discurso:

*“...La parte espiritual, no siempre, en algún momento si está mal, comunico a los familiares para que traigan a un sacerdote, puedo hacer una oración con él o le pido que se encomiende a Dios, que rece, que no se desespere y le digo que ya va a pasar, esos detalles a todos nos calma...”*

*Enf. Ch’aska*

El profesional de enfermería ve la necesidad de cuidar el alma del ser muriente a través de la oración, la confianza en Dios y la visita de un sacerdote. El alma por ser espiritual no puede derivar

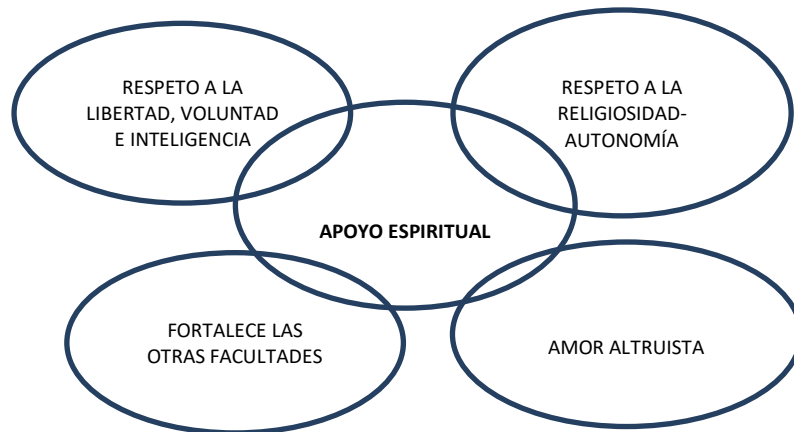
del cuerpo, es inmortal; ello reclama y postula la creación del alma individual directamente por parte de Dios y la certeza de que el hombre es creado “a imagen y semejanza de Dios”<sup>2</sup>; lo cual significa que es necesario recurrir a todo lo cercano a Dios, para ayudar a que la persona en peligro de muerte permanezca en paz y participe de la vida divina.

Además, la dimensión espiritual aunque depende para su ejercicio de la base corporal, la trasciende y está por encima de ella; por tanto, si lo espiritual trasciende a lo corporal y no depende enteramente de él, cuando el cuerpo desaparezca, la dimensión espiritual de la persona no tiene por qué desaparecer, posee capacidad para seguir existiendo de un modo o de otro con entidad propia<sup>8</sup>.

En este sentido, la enfermera trascenderá el cuidado y a la vez personalizará si dentro de todas sus acciones no sólo se ocupa de lo corpóreo sino que va más allá de lo físico, de su tiempo y de su espacio; si trascender es la capacidad de aperturarse a una realidad que se sitúa más allá del mundo de las cosas<sup>8</sup>; entonces el enfermero no sólo debe realizar aquellas acciones que salven la vida desde el plano corpóreo sino también acciones que lo superen; debe cuidar la espiritualidad de la persona enferma, lo cual no significa solamente su religiosidad sino reconocer y actuar desde su libertad, voluntad e inteligencia, para tratarlo en su plena verdad.

Ahora bien, el alma espiritual es forma sustancial del cuerpo, pues activa e informa con su energía y su fuerza unificadora a las facultades, propias de la vida vegetativa y sensitiva<sup>2</sup>. Por ello, qué importante es acoger este aspecto en el cuidado, para lograr además

fortalecer estas facultades en la persona doliente, favoreciendo su pronta recuperación, pues como afirma J.Maritain “Todo elemento del cuerpo humano es humano y existe como tal, en virtud de la existencia inmaterial del alma humana. Nuestro cuerpo, nuestras manos, nuestros ojos en virtud de nuestra alma”<sup>2</sup>.



**Figura N° 8.** Esquema Conceptual construido a partir de la subcategoría “Integración al momento de cuidar”

El enfermero por tanto atenderá las necesidades superiores cuando se han satisfecho primero las necesidades inferiores, sólo así se cuidará integralmente a la persona enferma, lo que conlleva a realizar acciones que la personalicen, evitando reducirla a un objeto, a cosificarla o a enumerarla como una “patología más” y con un “tratamiento igual que a los demás”, pues, la persona es un ser racional, que existe como fin en sí mismo, no como medio para uso caprichoso de esta, sino que debe ser considerada como fin en todas las acciones.

Y como refiere E, Sgreccia: “el punto crucial consiste en definir a la persona en su realidad constitutiva, más allá de la misma conciencia que todos los individuos humanos puedan tener de ella y más allá de las capacidades expresivas logradas por cada personalidad concreta en el proceso de su maduración”<sup>2</sup>.

## 2.2. Contemplación de la trascendencia

Considerar a la persona en su realidad permitirá no sólo el crecimiento de la persona cuidada sino también la trascendencia de la enfermera, ella debe aspirar a la auto trascendencia, expresada en mil formas distintas al momento de cuidar, así como lo enuncia los siguientes discursos:

*“... a pesar que no podamos tener el material necesario o que la persona no tenga los recursos necesarios, pero si me siento motivado para cuidar, lo voy a dar con amor, cariño, responsabilidad, conocimiento y habilidad“...y esto me cuestiona como me siento como persona, como profesional en el cuidado o simplemente es una rutina más o una persona más que queremos cuidar...”*

*Enf. Ch'ayña*

*“...Darle una atención con calidad y calidez y tratar de hacerle llevadero el momento en que está pasando con un problema se salud, apoyarlo tanto a él como su familia, pues en la medida que ayudemos al otro, creceremos nosotros también.”*

*Enf. Asiri*

Estas expresiones muestran que el enfermero no solo es profesional sino que además es persona, por tanto debe esforzarse por ir más allá de una simple rutina e impulsar su actuar hacia la donación de amor y cariño, pensando en el otro durante cada acción realizada, tratando de disminuirle el peso de la enfermedad, apoyando a su familia, siempre con calidad y calidez en base a responsabilidad, conocimiento y habilidad; todo un conjunto que convierten a la enfermería en: ser, conocer y hacer.

Este salirse de uno mismo para entrar en el otro, es la capacidad de trascendencia; como lo refiere V. Frankl: “toda realidad humana se caracteriza por su autotrascendencia, esto es, por la orientación hacia algo que no es el hombre mismo, hacia alguien, más no hacia sí mismo. Cuando me pongo al servicio de algo, tengo presente ese algo y no a mí mismo, y en el amor a un semejante me pierdo de vista a mí mismo. Yo sólo puedo ser plenamente hombre y realizar mi individualidad cuando trasciendo a mí mismo, de cara a alguien que está en el mundo”<sup>3</sup>.

La contemplación de esta trascendencia por parte de la enfermera emana de la dimensión objetiva de la acción, pues, al actuar busca su propia plenitud y por eso su acción es transitiva, ya que, no permanece en ella sino que se transfiere al mundo y a las personas que cuida. En este actuar la enfermera es modificada, la acción nunca sale de su interior porque es ella misma modificándose, activándose y desarrollándose<sup>8</sup>.

Desde esta perspectiva, podemos considerar que es posible reelaborar conscientemente la realidad de la persona enferma, en las obras y en el pensamiento, si empezamos a personalizar a través del cuidado, la herramienta más sublime que el hombre tiene en el camino para poner de relieve su esencia: unidad de espíritu y cuerpo. Por tanto, la medicina no debe considerar accesorio o de escasa importancia esta nueva visión del cuidado, pues, se agravaría la crisis de la pérdida de identidad de la persona enferma.

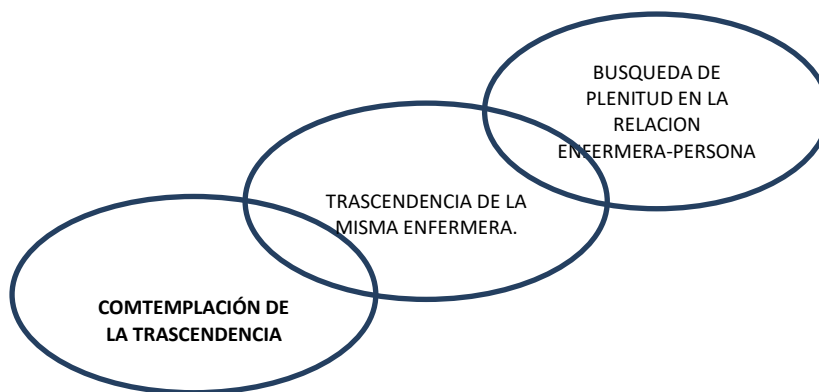
En definitiva, es necesario que en la administración de los cuidados se considere seriamente esta doble naturaleza del ser

humano, pues sólo es posible cuidar íntegramente si se despliega el cuidado de su interioridad (el adentro) y el cuidado de su exterioridad (el afuera), pero no de un modo dividido sino de un modo unitario, en el seno de la misma acción<sup>3</sup>.

A través de esta manera de cuidar el enfermero entonces personaliza su actuar, si bien es cierto la realidad nos muestra que las necesidades espirituales no son abordadas por todas las enfermeras, si hay enfermeras que lo hacen, porque van más allá de lo físicamente observable, es decir involucra otras necesidades que no tienen relación con la vida física sino con la vida moral; si no se satisfacen el hombre cae poco a poco en un estado más o menos análogo a muerte, más o menos próximo a una vida meramente vegetativa. No olvidemos que la enfermedad supone un cambio en la vida de la persona humana, un cambio o mutación que no se refiere solamente a la estructura somática del ser humano sino a su integridad<sup>3</sup>.

Es importante que el enfermero reconozca y vele por esta integridad humana en cada una de sus acciones, puesto que solo se puede hablar de organismo viviente si existe unidad de sus diversas partes y su intercomunicabilidad; después de la vida viene la integridad de la misma<sup>2</sup>.

De esta forma, no basta solo con salvar la vida sino vigilar las necesidades de la persona para satisfacerlas y lograr su bienestar completo, sólo así ver a la persona como un todo y no como un órgano enfermo o un “cuerpo con necesidad de atención médica”, sino un cuerpo que aloja el alma de la persona y que la vivifica, la hacer ser lo que es: PERSONA.



**Figura N° 9.** Esquema Conceptual construido a partir de la subcategoría “Contemplación de la trascendencia”

A lo largo de este capítulo sobre los resultados se han descrito las categorías principales emergentes de este estudio. Así mismo, se ha podido comprobar cómo se relacionan unas con otras hasta llegar a conformar una categoría central que la hemos denominado “Visión de la persona como centro del cuidado”.

Esta categoría central emergió de los datos como una categoría sustantiva que trata de explicar cómo las acciones del profesional de enfermería del servicio de emergencia pueden personalizar a través del cuidado, a pesar del contexto y circunstancias. La categoría explica que se personaliza al considerar a la persona como centro del cuidado. Primero es definir a la persona y luego trasladarla a una determinada esfera del cuidado, obviamente como centro.

### **III. VISIÓN DE LA PERSONA COMO CENTRO DEL CUIDADO.**

### **3.1. El “Paciente de emergencia” vs “Persona en crisis con afectación multidimensional”**

En esta subcategoría se describe a la persona que acude al servicio de emergencia como Persona en crisis con afectación multidimensional, según los discursos de las enfermeras que laboran allí y haciendo el análisis con la literatura coincide esta descripción:

*“...La persona en emergencia un ser humano que ha tenido un hecho, suceso inesperado. Muy vulnerable tanto física como psicológicamente. Sobre todo psicológicamente, porque es más difícil que uno salga tranquilo de su casa y de un momento a otro te ocurra algo y tengas que ingresar a un hospital...”*

*Enf. Achiq*

*“...Una persona que su vida corre peligro, su estado de salud está pasando en un estado agudo a un mal estado de salud. Una persona que no solamente está en decaimiento su estado de salud sino otras dimensiones que lo acompañan...”*

*Enf. Achikilla*

*“...La persona como todo ser humano, significa eso una persona que necesita que uno la cuide que está en busca, que justamente viene para recibir apoyo del cuidado, primordial, básico urgente...”*

*Enf. Achiyaku*

Estos discursos, muestran que la persona en el servicio de emergencia es considerada un ser humano en estado crítico,

vulnerable en todas sus dimensiones, que ha tenido un suceso inesperado y necesita atención de enfermería y médico urgente. Este alcance es una descripción de la Persona en el Servicio de Emergencia, más no una definición pues dada la complejidad de la persona no puede ser encapsulada en conceptos específicos.

De esta manera, los datos mímos del estudio nos comunican esta descripción, coincidiendo con la del estado peruano, “paciente que en forma repentina e inesperada presenta alteración de la salud, poniendo en peligro inminente la vida o grave riesgo para la salud y que requiere atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos, empleando los recursos de personal, equipamiento y manejo terapéutico de acuerdo a su categoría<sup>7</sup>.

Según la revisión de la literatura sobre la definición de salud de la OMS y la que toma en cuenta el estado peruano, la alteración de salud a la que se refiere esta descripción lleva implícita la alteración de algunas dimensiones, como la física, mental y social; sin embargo, no especifica la vulnerabilidad de la dimensión espiritual, que forma parte del todo “persona” y es mencionada por los profesionales de enfermería.

Y de acuerdo a la literatura la persona es unidad de espíritu y cuerpo, por este espíritu es un ente autoconsciente, racional, capaz de actividad moral, dotado de autonomía. La espiritualidad la hace ser una sustancia individual de naturaleza racional, es decir, raíz primera de las actividades de algo, original e irreductible a otra cosa, no existe en otro o como modo de otro, no existe para otro sino para ella misma<sup>2,8</sup>.

Por tanto, la persona que presenta una emergencia, al correr en peligro inminente la vida o grave riesgo para la salud, no sólo requiere atención y procedimientos médicos y/o quirúrgicos inmediatos para salvarle la vida o mantener su salud, sino que además tiene relevancia para su existencia mirada desde su dignidad como persona, valor, indiscutible que todo profesional de salud debe propiciar.

Por su parte, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (conocido como Pacto de San Salvador), es más específico en lo mencionado cuando se refiere que la protección contra las contingencias que imposibilitan a la persona para obtener medios para su subsistencia, debe extenderse al concepto de vida digna<sup>17</sup>.

### **3.2. La persona enferma como centro del cuidado para personalizar**

El servicio al que está llamada la enfermera requiere una relación personal de persona con persona, por esta razón la enfermera asume que ella como ser humano cuida a otro ser humano, para ello ha recibido y sigue recibiendo información porque sin la presencia del enfermo ella no podría existir, por el contrario requiere de los enfermos para volcar todo lo ha aprendido.

*“...la persona es mi centro de cuidado, si no hubiera una persona que necesita atención de enfermería estamos nosotros demás, eso muy importante...”*

*Enf. Aklla*

*“...en nuestra carrera es la más importante, en la cual nosotros basamos todo nuestro cuidado, volcamos toda nuestra atención, pues, tratamos de ayudarlo a salir del estado que se encuentra...”*

*Enf. Akllasisa*

*“...mi formación como enfermera justamente ha sido para cuidar personas, el resto va en relación a ella, lo administrativo o lo asistencial, igual todo es en bien de la persona...”*

*Enf. Akllasumaq*

*“...No solo el centro del cuidado es la esencia del cuidado, de tal manera que es la razón de estar en emergencia, decir tu eres ser humano yo soy un ser humano y como seres humanos tenemos que cuidarnos...”*

*Enf. Aliqora*

Estas expresiones demuestran que la persona no está hecha para estar sola; inclusive, en el ámbito biológico, el hombre necesita de alguien para subsistir los primeros años de su vida; a través de la socialización el hombre aprende a reconocerse a sí mismo. No hay un “yo” sin un “tu”. El hombre necesita compartir y compartir espiritualiza la persona, la hace más humana; este sentimiento se profundiza cuando la persona se enfrenta a su propia muerte<sup>8</sup>.

Evidentemente la enfermera ayuda a la persona a subsistir durante su enfermedad a través del cuidado, de tal forma que la relación entre ellos no es sólo de asistencia técnica sino de reconocimiento mutuo, compañía y colaboración para el desarrollo de ambos; como lo expresa F, Torralba “relación es reciprocidad y

con el mundo es especialmente educativa, pues, a partir de ella el ser humano conoce el entorno y se conoce a sí mismo. La persona aparece cuando entra en relación con otras personas”<sup>3</sup>. Si la persona existe es porque existe otra a lado de ella, de lo contrario no podría estar presente en el mundo.

De esta manera, la persona se convierte en el centro del cuidado, es la razón de ser de enfermería y sino existiera no habría la profesión, pues, gracias a ese alguien que necesita atención enfermería se hace presente con los conocimientos, habilidades y actitudes que constituyen el cuidado. Los sujetos de investigación al considerar la prominencia de salvar la vida para recuperarla, integrar y trascender en el cuidado explican porque la persona es el centro de todo cuidado.

Ahora bien, reflexionando que la acción de cuidar debe estar centrada en la persona, esta debe ser mucho más compleja, rica y ardua evitando cuidados indignos<sup>3</sup>, es decir, inferiores a la calidad y mérito de ser persona<sup>6</sup>. El ser humano no puede ser tratado de cualquier modo, porque tiene una dignidad y esta trata de una característica específica que coloca al ser humano en un nivel superior de la existencia según el cual debe ser respetado por todos los existentes, implicando una praxis donde el respeto a su intimidad, la atención a su vulnerabilidad y la protección de su libertad es básica

De ello, reafirmamos que el enfermero para personalizar a través del cuidado debe existir una asistencia que se fundamente en la persona misma, reconociendo su dignidad personal y evitando usarla como medio o tratarla sin tener en cuenta que es un ser único, insustituible e irrepetible como refiere<sup>20</sup>. Por tanto, para que la

persona se convierta en centro del cuidado debe desarrollarse a través de una relación de amor admitiendo estos aspectos, de lo contrario se ejecutará a través de relaciones de indiferencia o de instrumentalidad, como las cataloga F, Torralba.

Si la relación enfermero-persona se basa en esta instrumentalidad, impide que el profesional de enfermería vea a la persona como centro del cuidado y piense estar frente a “la misma patología” “de igual tratamiento” cuando en realidad es la persona con una situación de salud distinta a las que atendió y con un valor único e irrepetible y como bien lo dijo J, Burgos “la dignidad de la persona hace que sea un valor en sí misma y no pueda ser instrumentalizada, que tenga valor por el hecho de existir. Por eso existe la obligación positiva de buscar su bien y la negativa de no instrumentalizarla, es decir, servirse de ella únicamente<sup>8</sup>”

Esta instrumentalidad, por ser la capacidad de transformar a los semejantes en instrumentos de producción, de diversión, de consumo<sup>4</sup> hace que el enfermero algunas veces caiga en el error de “realizar una serie de procedimientos” para salir de la sobrecarga de trabajo que el sistema de salud le impone o de “atender” sin un sentido con una visión reduccionista y materialista, percibiendo a la persona como un medio para mantener un trabajo y ganar cierta remuneración.

Entonces, como la persona es el fin del cuidado más no un medio para la obtención de objetivos egoístas, F, Torralba propone ver a la persona como una estructura abandonando la concepción sustancialista de la persona para hacer de ella un centro dinámico de

actos, considerando su espiritualidad y no sólo enfocándose con la razón y la universalidad<sup>3</sup>.

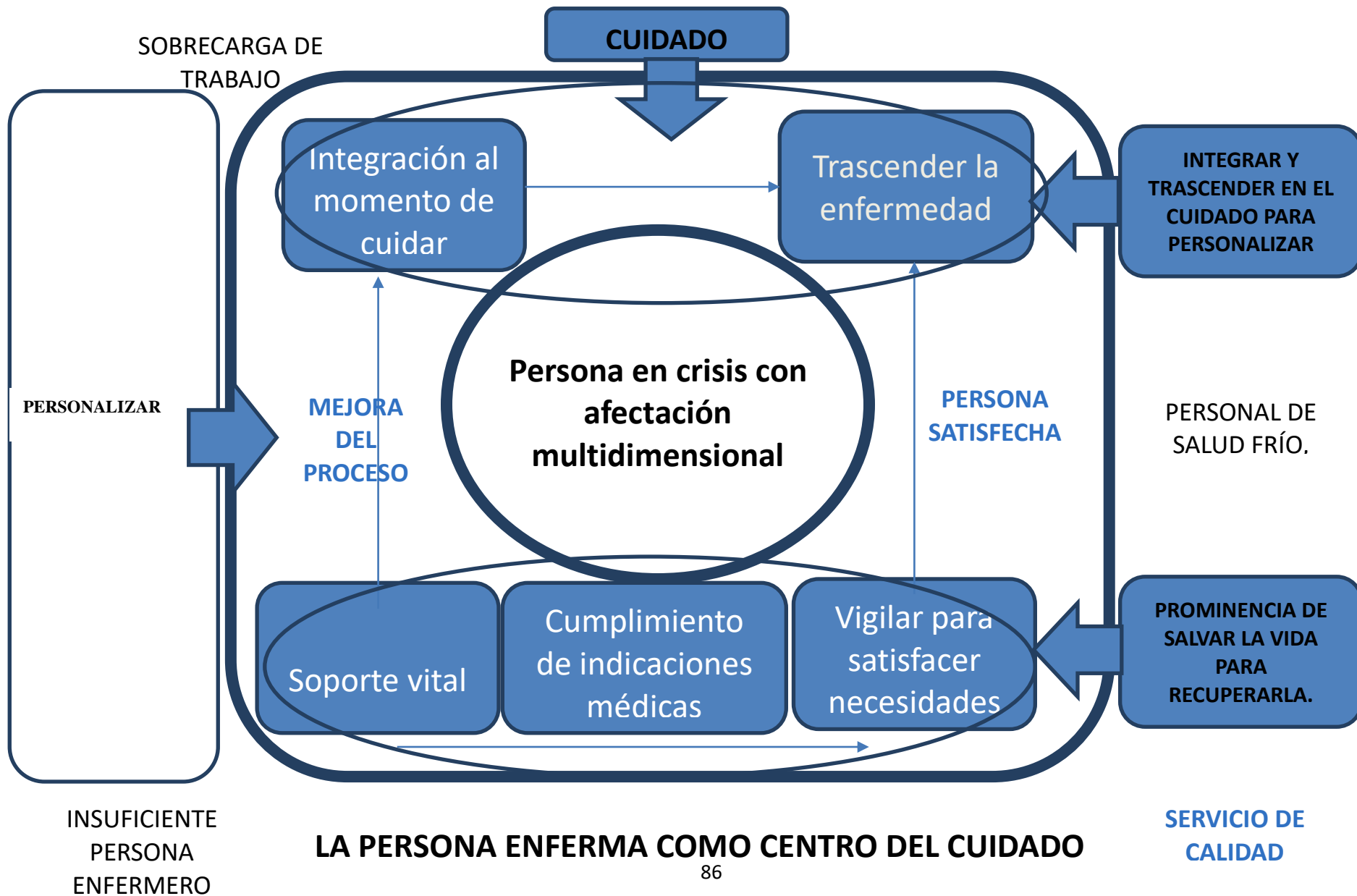
Esta persona tiene una tesitura de extraordinaria densidad antropológica y moral, ya que conlleva la misericordia que es incomparablemente mayor que la eficiencia técnica, porque aquella está en el orden de los fines y ésta en el de los medios, y porque se establece una relación de amor benevolente que es la última raíz del cuidado. Este cuidado es una actitud que atraviesa todas las dimensiones de la realidad humana<sup>20</sup>.

Por ello, la esencia misma de la Enfermería es el ejercicio de cuidar, refiere J.Watson, esto no significa que el profesional de enfermería no deba curar, sino que el móvil fundamental de su acción es cuidar a sujetos vulnerables que sufren y padece, así ellos se convierte también en la esencia de enfermería, pues, no existe cuidado sin un alguien<sup>3</sup>.

A continuación, presentamos el diseño de la matriz condicional que expresa de forma gráfica el inicio de la teoría de mediano rango: “El arte de personalizar a través del cuidado a la persona en el servicio de emergencia”, aún por seguir ampliándola y fundamentarla:



**Gráfico N°10: Esquema Conceptual de la Teoría “El arte de Personalizar a través del Cuidado”**



## **CONSIDERACIONES FINALES**

La acción enfermera netamente dirigida a restablecer la dimensión biológica de la persona en estado crítico, lleva implícita la finalidad de personalizar, pues, salva, protege y defiende la vida humana, atiende un cuerpo que aloja al ser de la persona.

La integralidad, considerada en el actuar enfermero personaliza, al engrandecer la totalidad y unicidad de la persona, sin separarla o dividirla. El resultado final de esta integralidad es la trascendencia de la persona y del profesional de enfermería.

La persona cuidada desde toda esta visión, ocupará sin lugar a duda el centro del cuidado y solo así se logrará personalizarla.

El cuidado se convierte, pues, en un elemento fundamental para que el profesional de enfermería personalice, logrando así engrandecer la profesión desde lo científico, epistemológico, humano y ético.

La persona en el servicio de emergencia, descrita desde la perspectiva personalista es un ser humano en estado crítico, vulnerable en todas sus dimensiones, que ha tenido un suceso inesperado y necesita atención urgente de enfermería y médico.

## RECOMENDACIONES

Enfermería podrá alojar esta nueva visión en su actuar si se dedica a profundizar durante su formación conceptos que la hacen ser: Persona y Cuidado. Por ello, es importante la formación epistemológica, antropológica, filosófica y ética durante el pregrado y postgrado.

La aplicación de una nueva forma de ver el cuidado dependerá de continuar con el estudio desde esta perspectiva, no sólo a través de la investigación sino además de la preocupación por llegar al ambiente hospitalario, a través de los profesionales de salud que laboran en cada Unidad Productora de Servicios de Salud.

La metodología utilizada en esta investigación debe continuar profundizándose, pues, es momento que las investigaciones aterricen desde nuestra propia realidad local, regional y nacional.

Los próximos estudios que se basen en esta investigación deben continuar profundizando los componentes y sus implicancias, para ampliar la teoría y profundizarla.

El profesional de enfermería gestor tiene un papel muy importante en lograr el cumplimiento de esta teoría así como desarrollarla en el ámbito intra y extra hospitalario.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VERA, W. *O Cuidado na Saúde: As relações entre o eu, o outro e o cosmos*. Brasil: Vozes. 2004
2. ESGRECCIA, E. *Manual de Bioética*. Segunda edición. Editorial Biblioteca de cristianos. Madrid. 2009
3. TORRALBA, F. *Antropología del cuidar*. Segunda Edición. Editorial MAFRE. Madrid. 2005.
4. ROMERO, I. *Personalización de los cuidados enfermeros. Aproximación a través de la investigación acción participativa*. España. 2011
5. GUARÍN, G. *El mundo de la enfermera: “Uno aquí no se sienta”*. Contexto de los cuidados. 2009
6. DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA. Segunda edición. 2009. Encontrado en [www.rae.es/](http://www.rae.es/) consultado el día 24 de junio del 2013.
7. LEY N° 27604. DECRETO SUPREMO N°O16-2002-SA. Ley de emergencia.
8. STRAUSS A, y CORBIN, J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Segunda edición. Editorial Universidad de Antioquia. Colombia. 2002

9. BURGOS, J. *Antropología: Una guía para la existencia*. Tercera Edición. Editorial Albatros. 2008
10. TOJAR, J. *Investigación cualitativa: comprender y actuar*. Primera Edición. Madrid: La Muralla. 2006.
11. MORCE, J. *Asuntos críticos de los métodos de investigación cualitativa*. Primera Edición. Sague; 1994.
12. TELLO, C. *Métodos y técnicas de análisis cualitativo*. Sección de Postgrado en Enfermería-Escuela de Postgrado- Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo; 2009.
13. POLIT, B. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. Quinta Edición. Mc Grau Hill Interamericana. México, DF. 1997.
14. PÉREZ, G. *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes. II Técnicas y Análisis de Datos*. Tercera Edición. Madrid: La Muralla; 1998
15. YUNI, J. *Técnicas para investigar: Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación*. Segunda Edición. Córdoba: Brujas; 2006
16. VELÁSQUEZ, S. *Actuar ético de los estudiantes de enfermería en la persona hospitalizada*, Chiclayo. 2009

17. DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *Camino al aseguramiento universal. Resultados de la supervisión nacional a hospitales.* Informe N° 161. Primera edición. Lima. 2013
18. PULGARÍN, A. *Fundamentos de enfermería. Cuidado del Paciente en estado crítico.* Medellín, 2012
19. NEGRETE, M. *Memorias enfermería misión y valores de una profesión. La reunión interdisciplinaria.* Universidad Panamericana. Edición México. 1998
20. COLEGIOS DE ENFERMEROS DEL PERÚ. *Código de ética y deontología.* Lima. 2006-2008

**ANEXO N° 1**  
**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE**  
**INVESTIGACIÓN**

Yo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, identificado (a) con DNI \_\_\_\_\_ declaro que habiendo sido invitado a participar en un proyecto de investigación sobre “El arte de personalizar a través del Cuidado a la persona en el servicio de emergencia” y siendo informado de forma clara, precisa sobre mi participación confió en que:

Los datos obtenidos serán tratados y analizados considerando mi intimidad y de acuerdo a los principios éticos que rigen toda investigación.

Puedo suspender mi colaboración en cualquier momento. No se me tratará en forma diferencial si decido no participar o detener mi colaboración.

Recibiré una copia de este formulario luego que haya sido firmado por mí y la Investigadora Principal.

**Descripción de la Participación:**

La entrevista que será grabada en audio y se llevará a cabo durante 35 minutos.

Las grabaciones serán analizadas por la autora

Tomando ello en consideración, OTORGO MI CONSENTIMIENTO a que se me realice una entrevista semi-estructurada a profundidad.

Chiclayo, \_\_\_\_\_, 2009

Nombre del entrevistado

---

**ANEXO N° 2**  
**OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE**

Seudónimo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora de inicio: \_\_\_\_\_

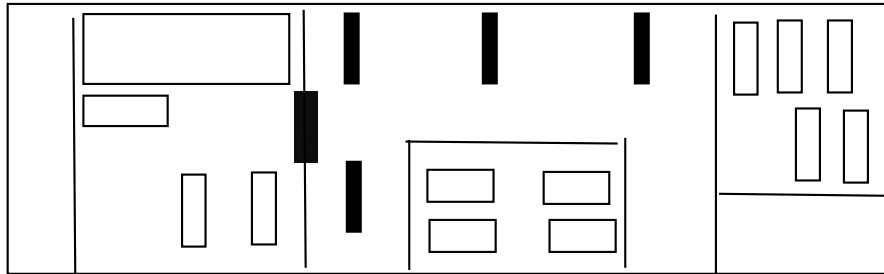
Donde tiene lugar la observación: \_\_\_\_\_

## I. OBSERVACIÓN DE INGRESO:

Quienes están presentes \_\_\_\_\_

Cómo es el ambiente físico: \_\_\_\_\_

Diagrama del escenar



Qué actividades se realizan: \_\_\_\_\_

## II. CUIDADO DIRECTO DE LA ENFERMERA

Saluda a la persona cuando ingresa: \_\_\_\_\_

Con qué ánimos se acerca a la persona e inicia sus cuidados: \_\_\_\_\_

Lo primero que hace: \_\_\_\_\_

Controla los signos vitales, ¿Cómo lo hace? \_\_\_\_\_

Ha revisado la historia clínica previamente: \_\_\_\_\_

Realiza el exámen físico, ¿Cómo lo hace?: \_\_\_\_\_

Llama a la persona por su nombre: \_\_\_\_\_

Conoce su diagnóstico y tratamiento: \_\_\_\_\_

Que cuidados realiza ¿Cómo brinda los cuidados?: \_\_\_\_\_

Conversa con la persona: \_\_\_\_\_

Cómo es su trato: \_\_\_\_\_

Procura un entorno agradable: \_\_\_\_\_

Actitudes que muestra ante la persona: \_\_\_\_\_

Como se muestra la persona ante la presencia de la enfermera: \_\_\_\_\_

Ante un procedimiento:

-Posee conocimientos \_\_\_\_\_

-Informa a la persona de lo que se va a realizar: \_\_\_\_\_

Ante la administración de medicamentos:

-Posee conocimientos \_\_\_\_\_

-Comprueba los 5 correctos:\_\_\_\_\_

-Informa a la persona sobre el medicamento que le va a administrar:\_\_\_\_\_

-Informa a la persona sobre su uso y las reacciones secundarias:\_\_\_\_\_

### **III. OBSERVACIÓN DE SALIDA**

**ANEXO N° 3**  
**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A LOS**  
**ENFERMEROS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA**

La presente entrevista está dirigida a las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, cuyo objetivo es obtener información sobre la acción de personalizar a través del cuidado, por lo que solicita su colaboración voluntaria y confidencial.

**I.- Información General**

Seudónimo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**II.- Información específica**

**Pregunta orientadora:**

**Enfermera:**

1. ¿Qué representa para usted la persona en el servicio de emergencia?
2. Durante los turnos de labor, ¿qué aspectos (observa) de la persona toma en cuenta en el momento de cuidarla?
3. ¿Cuáles son sus preocupaciones fundamentales en relación con la persona cuidada?
4. Usted considera que la persona humana es su centro de cuidado ¿por qué?

**Preguntas complementarias:**

De acuerdo al desarrollo de la preguntas norteadoras.

**ANEXO N° 4**  
**DIARIO DE CAMPO**

Tiempo:

Comentarios del observador

---

---

---

Descripción del contexto:

---

---

---

Sucesos que pueden llamar la atención:

---

---

---

---

---

---

---

---