

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



**COMUNICACIÓN DE LA ENFERMERA  
INTENSIVISTA EN EL CUIDADO A LA PERSONA  
INCONSCIENTE**

Autora: LIC. SONIA JUDITH QUIÑONES CHAPOÑÁN

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

**Chiclayo, Perú  
2012**

**COMUNICACIÓN DE LA ENFERMERA  
INTENSIVISTA EN EL CUIDADO A LA PERSONA  
INCONSCIENTE**

**POR:**

Lic. Sonia Quiñones Chapoñán

Tesis presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad  
Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el Título de:  
**MAGÍSTER EN ENFERMERÍA**

**APROBADO POR:**

---

Mgtr. Ana María Carrillo Yamamoto  
Presidente de Jurado

---

Mgtr. Mercedes López Díaz  
Secretaria de Jurado

---

Mgtr. Mary Susan Carrasco Navarrete  
Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, 2012

*A mi esposo Alfonso, a mis hijos Adriana,  
Alfonsito y mi pequeño Rodrigo, por su amor,  
paciencia y comprensión.*

Con gratitud *al Divino Creador*

Por su infinito amor y bondad, por escuchar mis oraciones y haber permitido alcanzar mi meta.

Gracias a mis *colegas enfermeras* que accedieron a participar en la presente investigación.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	11
1.1 Antecedentes	11
1.2 Bases Teórico – Conceptuales	13
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	35
2.1. Tipo de investigación	35
2.2. Abordaje metodológico	36
2.3. Sujetos de la investigación	39
2.4. Escenario	39
2.5. Instrumentos de recolección de datos	41
2.6. Procedimiento	42
2.7. Análisis de datos	42
2.8. Criterios éticos	44
2.9. Criterios de rigor científico	46
CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	48
CONSIDERACIONES FINALES	63
RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	72

## **RESUMEN**

La presente investigación titulada “Comunicación de la enfermera intensivista en el cuidado a la persona inconsciente” de naturaleza cualitativa, abordada como estudio de caso, tuvo como objetivo identificar, describir y analizar la comunicación de la enfermera intensivista durante el cuidado a la persona inconsciente. El escenario donde se desarrolló el estudio fue la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. (HNAA) Chiclayo –Perú. Las bases teóricas se sustentaron en Stefanelli, Jean Watson y Torralba. Los sujetos de investigación lo conformaron 10 enfermeras, obtenidas por saturación. Para la recolección de los datos, previa firma del consentimiento informado, se empleó la entrevista semiestructurada y observación participante. El análisis de los datos se realizó mediante el análisis de contenido temático, obteniéndose las siguientes categorías: comunicación con el paciente inconsciente: un desafío para la enfermera intensivista, estableciendo estrategias para una comunicación efectiva entre la enfermera y el paciente inconsciente, la sobrecarga laboral como limitante en el vínculo comunicacional con el paciente inconsciente. Durante el despliegue de la investigación se consideraron los principios éticos de la Ética Personalista de Elio Sgreccia y el rigor científico de Guba y Lincoln.

Palabras claves: Comunicación, paciente crítico, enfermera intensivista.

## **ABSTRACT**

This research entitled "Communication from the intensivist care nurse to the unconscious person" qualitative in nature, Sandoval (2002), addressed as case study, Andrade (2006), aimed to identify, describe and analyse the communication of the intensivist nurse during the care the unconscious person. The scene where he developed the study was the unit of care intensive (UCI) of the Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. (HNAA) Chiclayo - Peru. The theoretical basis was supported in Stefanelli (2005), Jean Watson (1999). The subjects of research consisted it of 10 nurses, obtained by saturation. For data collection, prior signing of informed consent, employed the semi-structured interviews and participant observation. Data analysis was performed using analysis of thematic content, Polit (1995), obtaining the following categories of communication with the unconscious patient: a challenge for the nurse intensivist, establishing strategies for effective communication between the nurse and the unconscious patient, work overload such as limiting the communication link with the unconscious patient. During the deployment of research were considered the ethical principles of the Elio Sgreccia Personalist ethics and scientific rigour of Guba and Lincoln.

Keywords: communication, critical patient, intensivist nurse.

## **INTRODUCCIÓN**

La gravedad de la enfermedad, obliga en numerosas ocasiones el ingreso de las personas afectadas a una unidad de cuidados intensivos (UCI), siendo ésta la instalación especial de un hospital que proporciona medicina intensiva , donde se puede encontrar aparatos altamente sofisticados como los ventiladores mecánicos utilizados para el apoyo vital de la respiración, los cuales son adaptados mediante un tubo endotraqueal o una traqueotomía; equipo de monitorización cardiovascular avanzados; vías endovenosas para infusiones farmacológicas o para nutrición parenteral total, tubos nasogástricos, bombas de succión, drenajes y catéteres; y una amplia gama de fármacos incluyendo fármacos vasoactivos, sedantes, antibióticos de amplio espectro y analgésicos.

Aunque la UCI es el lugar ideal para el cuidado de las personas en situación de salud crítica, está culturalmente vinculada a la idea de sufrimiento y muerte inminente, por pacientes y familiares, y parece ofrecer uno de los ambientes más ásperos, tensos y traumáticos, factores agresivos que no sólo afectan a los pacientes, sino también el personal profesional, sobre todo las enfermeras que viven a diario con escenas de atención de emergencia crítica, la muerte, aislamiento, etc. Por otro lado, la búsqueda de la calidad del cuidado en UCI es un reto para todos los profesionales de enfermería. En la UCI más que en ninguna otra parte, se debe trabajar para que se mantenga un óptimo nivel asistencial. Es en este sentido, que la

enfermera alcanza gran protagonismo, ya que sobre ella recae la responsabilidad, desde su competencia profesional, de proporcionar al paciente cuidados óptimos que favorezcan su recuperación en el menor tiempo posible y minimicen las complicaciones que puedan surgir a lo largo del tratamiento.<sup>1</sup> Cuidados que no sólo incluyan destrezas, habilidades intelectuales y psicomotoras para su manejo en beneficio de la persona críticamente enferma, sino a la interacción que debe haber entre la enfermera que cuida y la persona cuidada, considerando al ser humano como un ente integral.

Interacción humana que es inherente a la Enfermería, que está involucrada en su definición y es un componente ineludible de la práctica enfermera. La interacción no puede ser reemplazada, “es el medio por el cual los enfermeros llevan a cabo el propósito de la Enfermería”<sup>2</sup>, interacción que se ve limitada actualmente por la sobrecarga laboral, pérdida de la identidad profesional y rutina en su desempeño.

En lo que respecta a la persona hospitalizada en una UCI, se debe tener en cuenta que este tipo de paciente muchas veces se encuentran en estado de inconsciencia, es decir han perdido su estado de alerta, caracterizado por una depresión profunda y prolongada de las funciones de la vida de relación, motivo por el cual le es imposible comunicarse con el personal de salud.

Cuando las personas permanecen en estado de alerta, mantienen interacción constante con sus semejantes ya sean familiares, amigos, compañeros de estudio o de trabajo y en algunas ocasiones con extraños, es decir se relacionan ya sea hablándose o intercambiando gestos o expresiones corporales.

Este es un aspecto vital en el cual todos los seres humanos están inmersos desde el momento que se nace hasta la muerte. Es mediante la comunicación que los pacientes dan a conocer sus necesidades, inquietudes y sentimientos a las enfermeras que los cuidan.

Sin embargo, el reto en la interacción lo ofrecen los pacientes con alteraciones de la conciencia por efecto de traumas, lesiones o de medicamentos sedantes, estos pacientes no buscan la comunicación, no

hablan y sus expresiones y mensajes se limitan a gestos o permanecer en silencio, convirtiéndolos muchas veces en simples receptores del cuidado, por lo tanto, el enfermero debe mantener con ellos el contacto físico y la comunicación para proporcionarles la información necesaria que favorezcan en su ubicación en la realidad y evitar la sensación de soledad y desamparo.

Muchos pacientes inconscientes, describen con el tiempo, cuantos recuerdos negativos tienen en lo referente a la comunicación con las enfermeras que estaban a su cuidado, sobre todo para pacientes gravemente enfermos o de cuidados críticos, los aspectos no verbales de la comunicación parecen tener una gran importancia<sup>2</sup>.

Existen numerosos relatos en los que personas que han estado inconscientes recuerdan con cariño a la enfermera que gracias a la interacción iniciada por ella, entablaran una relación que los ayudaría en su camino a la recuperación.

Este es el caso del artículo "Mientras... las paredes escuchaban". Mark, un paciente que estuvo inconsciente, al encontrarse después de mucho tiempo con la enfermera que lo cuidó expresa: "Si, Dios, recuerdo su voz. Fue la única manera de saber que estaba vivo y no muerto. Usted fue la primera que me habló sobre el infierno que estaba viviendo. Tenía susto de morir, pero entonces escuché su voz y supe que podría estar bien".

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA), lugar donde la investigadora se desempeña, hay un gran número de pacientes cuyo estado de conciencia está alterado, estando en estado de sopor, estupor e incluso en coma, producto de la enfermedad que adolece o por la sedación.

En este sentido, la investigadora en su experiencia como enfermera en dicha unidad, observó que la enfermera intensivista con la persona enferma consciente logra comunicarse adecuadamente, situación que no se aprecia en la interrelación durante su cuidado con la persona inconsciente, observándose rutina y realización en la forma mecánica de los procedimientos como el baño diario, los cambios posturales, cuando se le aspira secreciones o cuando se le brinda la dieta por sonda nasogástrica, sin comunicárselo a la persona que se encuentra inconsciente por su crítica situación de salud.

Igualmente poco o nada se les comenta sobre el lugar en que se encuentran, la fecha y hora del día, de los familiares que se encuentran afuera esperando por él, y más aún la comunicación no verbal como el contacto físico se da escasamente. Muchas enfermeras solo frente a la presencia de una lágrima emitida por la persona inconsciente se interesan por iniciar la comunicación sólo en ese momento.

Ante esta situación muy poco se reflexiona y se cuestiona ¿la interrelación que tengo con mi paciente inconsciente es el adecuado? ¿La interrelación y comunicación con mi paciente inconsciente puede ser mejor?

Estos cuestionamientos llevaron a la formulación del problema de investigación científica: ¿Cómo es la comunicación de la enfermera intensivista en el cuidado a la persona inconsciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo 2011? Teniéndose como objeto de investigación a la Comunicación de la enfermera intensivista en el cuidado a la persona inconsciente en la UCI.

Planteándose como objetivos identificar, describir y analizar la comunicación de la enfermera intensivista durante el cuidado a la persona inconsciente en la UCI del HNAA.

Los resultados de la presente investigación reflejaron una realidad poco estudiada, llenando un vacío en el conocimiento local de la enfermería, contribuyendo a resaltar la importancia de la comunicación para promover una relación interpersonal con el paciente.

Así mismo permitieron conocer la comunicación que desarrolla la enfermera intensivista con el paciente inconsciente, identificando las fortalezas y limitaciones, permitiendo la reflexión individual y colectiva por parte del cuerpo de enfermería que labora en esta unidad de cuidados intensivos. De este modo se podrán establecer estrategias para desarrollar una comunicación eficaz, hecho que redundará tanto en la satisfacción del paciente, como de la enfermera. De ahí la relevancia que la presente investigación tiene para enfermería.

# **CAPÍTULO I**

## **MARCO CONCEPTUAL**

### **1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

La revisión de investigaciones previas fue fundamental, y de acuerdo al presente trabajo, se citan las siguientes:

“Comunicación Terapéutica para Optimizar la Calidad de Atención al Enfermo Consciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruíz” realizado por Parra, B.; Peña, N.; Pinto, M. y Rosales, R. (2006). El objetivo era determinar la existencia de elementos y factores lingüísticos que interfieren en la comunicación de la enfermera de atención directa, provocando rupturas o bloqueos en el proceso de transmisión de mensajes.

Los resultados evidenciaron carencia de elementos lingüísticos que faciliten la comunicación entre ambos, que la sobrecarga de trabajo interfiere en los vínculos comunicacionales, la carencia de expresiones del lenguaje no

verbal bloqueaba la comunicación, y que existía desconocimiento por parte de las enfermeras del lenguaje terapéutico. Esta situación conllevó a recomendar el diseño de estrategias que propicien una mejor comunicación terapéutica.

“Estudio multicéntrico sobre el empleo del tacto como forma de comunicación del profesional de enfermería con los pacientes”. Realizado por Fidez, J.; Trujillo, E.; Sacaluga, R.; Marchal, M.; Iglesias, M. y García A. (2006). Estudio descriptivo transversal, realizado en los cinco hospitales públicos del servicio Andaluz de salud de la provincia de Cádiz. Cuyo objetivo fue clarificar, como emplea el enfermero/a esta forma de contacto, así como los factores que influyen en el hecho de tocar a un paciente en cualquiera de los centros hospitalarios.

La recogida de datos se realizó mediante cuestionario, que se distribuyó al azar y se estratificó por hospitales y servicios, entregándose a los 710 profesionales seleccionados como muestra. Los resultados: 85% de respuesta. Entre los profesionales enfermeros encuestados, 73,2% fueron mujeres y un 26,8% hombres, de 23 a 64 años de edad.

Existe un número importante (30%) de profesionales que se quejaron de haber sido poco o nada tocados en su adolescencia y eso se traduce en su poco hábito táctil tanto social como a los pacientes. Las zonas tocadas socialmente y a pacientes coinciden en general, priorizándose en los últimos sobre todo brazos y piernas. Se intenta transmitir, cuando se toca a los pacientes, sobre todo: cariño, seguridad y comprensión. Se suele tocar más a pacientes ancianos, niños, adultos y adolescentes por este orden. Se toca más a pacientes graves conscientes, que a leves, en coma o con procesos infecciosos.

“La Comunicación de la Enfermera en el cuidado que brinda a la persona internada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo” estudio realizado por Arrascue, S. y Quiñones S. (2008). El objetivo fue caracterizar y analizar la comunicación entre la enfermera y el paciente consciente. Investigación cualitativa, en la que se

entrevistaron a 11 pacientes que en todo momento estuvieron conscientes durante su hospitalización en UCI, la muestra fue obtenida por saturación.

Llegando a la conclusión que las enfermeras utilizan la comunicación como herramienta durante la realización de sus actividades en el cuidado que proporcionan al paciente. Los pacientes caracterizaron a las enfermeras de acuerdo a sus mensajes verbales y no verbales como carismática, humana, cariñosa y fuente de apoyo. Encontraron que los principios que regían dicha comunicación eran de asistencia, concreción, honestidad, respeto, interés, protección y seguridad.

## **1.2 BASE CONCEPTUAL**

En el presente trabajo de investigación el marco conceptual tuvo los siguientes conceptos: comunicación, cuidado de enfermería, persona inconsciente, y enfermera intensivista.

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

La palabra comunicación tiene su origen en el latín “comunicare”, que significa poner en común. Para colocar alguna cosa en común, es necesario que haya el entendimiento de las partes comprometidas, siendo que para este entendimiento, debe haber inicialmente la comprensión de lo que es comunicado<sup>3</sup>.

La Real Academia Española<sup>4</sup> define a comunicación como la trasmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor. Los procesos de

comunicación son interacciones mediadas por signos entre al menos dos agentes que comparten un mismo repertorio de signos y tienen unas reglas semióticas comunes.

Tradicionalmente, la comunicación se ha definido como "el intercambio de sentimientos, opiniones, o cualquier otro tipo de información mediante habla, escritura u otro tipo de señales". Todas las formas de comunicación requieren un emisor, un mensaje y un receptor destinado, pero el receptor no necesita estar presente ni consciente del intento comunicativo por parte del emisor para que el acto de comunicación se realice<sup>4</sup>.

Para Stefanelli M y Campos, E la comunicación, es un proceso de comprender y compartir mensajes enviados y recibidos, y los propios mensajes y el modo como se da ese intercambio ejercen influencia en comportamiento de las personas envueltas en corto, mediano y largo plazo<sup>5</sup>.

De acuerdo a lo expuesto se puede decir que la comunicación es utilizada por el profesional de enfermería cuando ayuda y apoya emocionalmente al paciente crítico, para reducir sus niveles de estrés, tensión, angustia y superar su estado grave a través del contacto visual, físico, hablándole de forma comprensiva, anticipándose a sus necesidades.

Para que ocurra la comunicación se hacen necesarios algunos elementos: un canal de transmisión, un mensaje, un emisor y un receptor. A través del canal de transmisión es emitida una señal, que debe ser transmitida de un emisor para un receptor. Esta señal tendrá una determinada forma y transmitirá un determinado significado o mensaje, cuya conexión se da, en lo que se denomina en semiótica de código. En este sentido, el cuerpo puede ser usado como un medio de comunicación entre los seres humanos, ora como receptor, ora como emisor. Por lo tanto, en la ausencia de cualquiera de esos elementos no se completa el proceso de comunicación.

Es importante resaltar que en la comunicación no existe un código convencional, ya que parte de los mensajes es "captado" pero no "decodificado".

La observación del sistema de comunicación verbal nos posibilita percibir características de la no verbal, reveladas con señales y mensajes de naturaleza paralingüística, como movimientos de la mirada, de la cabeza, expresiones faciales, gestos, posturas, entre otros, que determinarán, con mayor probabilidad, los varios nichos de significado de un mensaje.

La comunicación es un proceso que envuelve la transmisión y la recepción de mensajes entre una fuente emisora y un receptor destinatario, en el cual las informaciones transmitidas por intermedio de recursos físicos (habla, audición, visión, etc) o de aparatos y dispositivos técnicos, son codificados en la fuente y decodificados en el destino con el uso de sistemas convencionales de signos o símbolos sonoros, escritos, iconográficos, gestuales, etc<sup>3</sup>.

El proceso básico de comunicación puede darse de forma verbal, simbólica y no verbal. La comunicación verbal es el modo de comunicación más conocido y familiar, siendo el más frecuentemente usado. Se subdivide en comunicación verbal-oral, cuando informo oralmente a alguien alguna cosa, o verbal-escrita, cuando me comunico por medio de relatorios, normas y/o procedimientos<sup>3</sup>.

La comunicación simbólica se refiere al uso de símbolos, o sea, refleja nuestra personalidad. Nos comunicamos a través de nuestras ropas, de la decoración de nuestra casa, de nuestro escritorio, entre otros. La comunicación no verbal, aparece como una de las facetas más interesantes de la comunicación, pues ella se relaciona con todas las formas de comunicación que no envuelvan las palabras explícitas. El uso de la comunicación no verbal facilita la percepción más exacta de los sentimientos de las personas y las propias interpretaciones de dudas no verbales<sup>3</sup>.

Una analogía muy interesante es hecha entre la comunicación humana y un iceberg en la cual la porción superior es la verbal. El comunicador eficaz deberá reconocer que, debajo de las palabras pronunciadas, existe un vasto número de símbolos y señales humanos<sup>3</sup>.

La comunicación no verbal juega un papel clave en el día a día de toda persona. El hombre desde su origen, para fortalecerse y defenderse de los animales y de la naturaleza, pasa a relacionarse con los otros seres humanos y expresar lo que siente, sus necesidades e ideas. Realiza gestos, formas de expresión corporal, que ganan un sentido cada vez más preciso, emite sonidos que se tornan, poco a poco, códigos significativos. El canto y el baile le permiten expresar sentimientos, manifestar alegrías, tristezas u oraciones.

Utiliza sus sentidos, la visión, la audición, el tacto, la degustación y el paladar, principalmente cuando utiliza la comunicación no verbal, y a través de ellos, expresa sus pensamientos y sentimientos, interactúa y reacciona en su medio, participa de este escenario social. Se diferencia de los demás animales por un sistema de comunicación progresiva y abierta que puede transmitirse y enriquecerse, de generación en generación, siendo su primera herencia cultural<sup>3</sup>.

La visión es un sentido que para los epistemólogos es considerado el principal canal de la llegada de las sensaciones al intelecto. De esta forma, el ojo humano, cuando es utilizado de forma efectiva, posibilita un contacto con la realidad de lo que comunicamos y de lo que queremos comunicar. El alcance de la visión es definida por la capacidad que tiene cada individuo de transformar el acto de ver en una acción consciente de la mirada. A través de los ojos percibimos mejor el mensaje de los otros y los del medio ambiente<sup>3</sup>.

En relación a la audición, saber oír es mucho más que escuchar y hacer nuestra interpretación conforme deseamos o basados en nuestras propias limitaciones. Saber oír es cultivar el difícil arte de la empatía. La empatía se refiere a la habilidad de colocarse en el lugar del otro, prestando atención en el significado de lo que está siendo dicho; en la manera en que el mensaje está siendo transmitido; en el estado emocional, límites y conocimientos del transmisor; es mirar para los ojos; es preguntar en caso de que haya dudas; es evitar interpretar a partir de lo que fue dicho <sup>10</sup>.

La visión y la audición representan los dos sentidos más empleados en la recolección de informaciones en un proceso comunicacional.

La fluidez con que los individuos hablan o efectúan discursos, así como la articulación, la modulación, el ritmo o el timbre que prestan a su voz no escapa a la observación social y cultural de determinados medios. El tono de la voz, agudo, resonante, nasal, suave, alto, monótono o profundo, puede tener innumerables significados cuando estoy comunicándome y buscando comprender lo que me comunican. El timbre, la entonación de la voz puede significar autoridad, poder, sumisión, rabia, amor, protección, angustia, horror, tranquilidad entre otros. Puede retratar no sólo la personalidad sino también el carácter y el medio social de origen del transmisor.

Si los ojos y los oídos son los principales sentidos de la comunicación, el gesto y la palabra constituyen sus modos principales.

El tacto representa nuestra forma de comunicación más rápida y directa. La superficie de nuestra piel es rica en receptores sensoriales que tienen como finalidad captar estímulos a través de medio millón de fibras sensitivas de la piel penetrando en la médula espinal.

Cuando tocamos y somos tocados, el cerebro recibe la información sensorial de la piel con el fin de ejecutar los ajustes necesarios en relación a las informaciones recibidas.

El toque es reconocido como una forma muy personal de comunicación, una forma auténtica, en la cual se transmiten mensajes como afecto, ternura, apoyo emocional, estímulo, atención personal, o al contrario, rabia, desapego, falta de atención. Los gestos manuales se manifiestan también como importantes en la comunicación, pues muchas veces puntúan y esclarecen la palabra hablada<sup>3</sup>.

El olfato también es poderoso, cuando el olor es agradable, provoca relajación de los músculos faciales, sonrisa, tonalidad afable de la voz, gestos de cabeza, abertura de la boca y respiración más profunda. Los olores se relacionan entre la emoción y la memoria, entre el placer y el displacer<sup>3</sup>.

Ya el paladar se muestra como un componente extremadamente social en el proceso comunicativo. Cuando se alimentan, los seres humanos prefieren hacerlo en grupo. Es comiendo juntos cuando los afectos son simbolizados y es también una forma de conocer al otro y a sí mismo. Es el espacio donde cada uno recibe y ofrece al otro su gusto, su olor, su textura, su sabor<sup>3</sup>.

Enfermería precisa estar atenta para la importancia de estos sentidos, comprendiéndolos como esenciales para el establecimiento de la comunicación genuina en el cuidado. De esta forma debe desarrollar su percepción y sensibilidad, para aproximarse del otro y posibilitar la expresión plena de lo que comunica y de lo que es comunicado, reflejándose en un cuidado diferenciado<sup>3</sup>.

Lo que se observa en Enfermería es que el equipo hace uso frecuente de la comunicación verbal, siendo que ésta ocurre generalmente de acuerdo con lo establecido por las instituciones, ya sea en el cuidado propiamente dicho, en las consultas de enfermería o en las orientaciones a las personas y familia. Sin embargo, la comunicación dicha no verbal, la mayoría de las veces no es reconocida y valorada, tanto en la prestación de cuidados como en el momento de registrarlos<sup>3</sup>.

Se percibe que en el proceso de comunicación en Enfermería existe evidencia más clara en la verbalización de las palabras, en el sentido y significado de ellas en detrimento de las demás formas de expresión, o sea, la no verbal y la paraverbal<sup>3</sup>.

Para que la comunicación no verbal sea efectiva, utilizamos tres especies de soporte: el cuerpo (en sus cualidades físicas, fisiológicas y en los movimientos); los artefactos usados por el hombre o ligados al medio ambiente; y la disposición de los individuos en el espacio.

A través de los movimientos del cuerpo, de la postura, de la actitud y de expresiones faciales, podemos transmitir varios mensajes, sean positivos o

negativos. Por ejemplo, inclinarse en la dirección del emisor y mirar directamente para él, revela interés y atención.

Si la expresión del rostro es suave y agradable, generalmente se establece un clima favorable a la comunicación; si me coloco distante del cliente, manteniendo una postura rígida, el proceso de comunicación queda perjudicado, o el mensaje que se desea dar, no llega al otro como deseamos.

Para comprender lo que las personas comunican de forma verbal y no verbal, y prevenir fallos en la comunicación, utilizando nuestros sentidos, necesitamos hacer uso de nuestra sensibilidad y de la intuición, procurando reconocer e interpretar las señales utilizadas por la persona. Estas son: la influencia de su historia y de su cultura, los medios empleados para la transmisión de los mensajes, la situación y el momento donde está ocurriendo el proceso comunicativo, las expectativas, las emociones y estereotipos tanto del cliente como del profesional de Enfermería, las limitaciones físicas o fisiológicas, las experiencias vivenciadas, la rutina de trabajo, así como el tiempo de estímulo para que la comunicación se efectúe<sup>3</sup>.

La comunicación no verbal ocurre, por lo tanto en la interacción plena persona-persona, aún sin la verbalización de palabras. En este tipo de comunicación todos los comportamientos tienen valor de mensaje, desde que comunicamos a través de la expresión facial, del momento en que las palabras son dichas o no, de la mirada, de la postura corporal, de la distancia mantenida, del toque, del calor, del rubor, de la sudoración, temblores, lagrimeos, de las señales vocales, del espacio de tiempo mantenido entre los comunicadores, de los objetos y adornos utilizados, de los olores que emanamos, o sea, de nuestra presencia.

El hombre enriquece su referencial de conocimientos y pensamientos, esclarece, interactúa y conoce lo que los otros piensan y sienten a través de la comunicación, y es por esta razón que es fundamental que el equipo de Enfermería adquiera habilidades para comunicarse tanto de forma verbal como no verbal.

Se puede percibir que no existen interacciones pasivas, ya que todos se comunican, aunque no hablen. La comunicación es considerada el “carro jefe” de las relaciones, de la socialización civilizada de la ciudadanía. Ella permite calor humano, estableciendo una relación y posibilitando el compartir situaciones<sup>3</sup>.

El cuidado de Enfermería sólo tiene significado cuando resulta de un proceso interactivo, en el cual están manifestadas la intencionalidad del actuar y el conocimiento de lo que se espera de cada uno en el proceso de cuidar. De esta forma, se establece una relación pautada en el encuentro, con un mensaje explícito, legítimo, en que todas las señales emitidas sean percibidas y decodificadas, llevando a una comunicación efectiva.

La disciplina de la enfermería ha adquirido un acervo de conocimientos con el estudio e interpretación de los fenómenos del cuidado y la salud, que ha facilitado y direccionado su práctica profesional, buscando la promoción, el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos<sup>6</sup>.

La evolución de la enfermería a través de la historia ha favorecido la visualización de la realidad como multidimensional y de la misma manera las dimensiones de la experiencia del individuo; por tanto hace posible enfocar el cuidado de enfermería en la interacción de los sujetos: enfermera-paciente que, a través de la comunicación en sus diferentes formas, comparten subjetividades, crecen y logran los objetivos, lo cual permite ver al cuidado como una labor humanitaria.

En este mismo sentido, el cuidado es la máxima expresión de comunicación entre los seres vivos que trasciende más allá de una simple relación entre humanos. En la relación que se establece entre las personas, el cuidado exige la presencia significativa de la persona que cuida, en este caso la enfermera y de la persona que recibe el cuidado, es decir el paciente, esa presencia significativa que implica ver, oír, tocar y sentir a través de un proceso de empatía que debe estar presente en la relación interpersonal enfermera-paciente.

Morfosintácticamente, cuidar es un verbo que denota acción, deriva en un sustantivo: cuidado, que denota resultado o intervenciones, el adjetivo cuidado denota cualidad. El término cuidar es polisémico. Para llevar a cabo esta acción necesitamos saber: saber hacer y saber ser/estar<sup>7</sup>.

El cuidado es una necesidad humana esencial para el completo desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo, es la esencia de Enfermería. Para enfermería cuidado se refiere básicamente al aspecto humano, así se define el cuidado como “ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona. Es una manera de relacionarse con alguien que implica desarrollo”<sup>8</sup>.

En tal sentido Leininger<sup>5</sup> refiere que "el Cuidado es la esencia y el campo central, unificado y dominante que caracteriza a la Enfermería." De manera que para la Enfermera (o) el cuidado es un fin y la más alta dedicación al paciente. Por otra parte la misma autora señala que Cuidados son "aquellos actos de ayuda, apoyo o facilitación a otro individuo o grupos con necesidades anticipadas o evidentes para mejorar o beneficiar una situación o forma de vida humana".

Por su parte Jean Watson<sup>8</sup> nos dice que "la prestación humana de cuidados supone valores, una voluntad de compromiso con el cuidado, conocimiento, acciones de cuidar y las consecuencias." De modo que, la enfermera mediante los cuidados proporcionados demuestra una expresión de interés, de preocupación, compromiso y afecto por las personas enfermas. Según Watson<sup>6</sup>, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona. Además, considera el cuidar como un valor fundamental en la enfermería y a la relación ideal de cuidar enfermera-paciente como un encuentro total. Esta relación debería ser profunda, significativa e íntima<sup>10</sup>.

Colliere<sup>11</sup> define cuidar como: “Mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables que son diversas en sus manifestaciones”. Y cuidados como: “Conjunto de actos de vida que

tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo”. Así mismo esta misma autora nos dice que “Los Cuidados de enfermería se consideran como un acto de reciprocidad que tiende a darse a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para satisfacer sus necesidades vitales. Igualmente, que el cuidado ocurre en aquellas situaciones donde hay disminución y/o pérdida de la autonomía de la persona para poder hacerlo por sí mismo”<sup>12</sup>.

Entendiendo el cuidado como una actitud de responsabilidad y involucramiento afectivo con otro ser humano, “la palabra cuidado incluye dos significaciones básicas, íntimamente ligadas entre sí: la primera la actitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro. La segunda, de preocupación y de inquietud, porque la persona que tiene cuidado se siente envuelta y afectivamente ligada al otro”<sup>8</sup>.

Desde el punto de vista de Patricia Benner, el cuidado determina lo que puede ser percibido o conocido por una persona y se dirige hacia la respuesta individual determinada por su mundo vivencial, es decir, los cuidados deben proporcionarse individualmente, tomando en cuenta los factores de condicionamiento básico de cada persona los cuales incluyen su historia, su cultura, sus creencias, su espiritualidad y el medio socioeconómico en el que viven, por lo tanto practicar el cuidado es entrar al mundo vivencial de cada individuo o cada comunidad<sup>11</sup>.

Morse<sup>13</sup> presenta cinco categorizaciones ontológicas del cuidado:  
Como una característica humana: el cuidado es parte de su naturaleza, común e inherente a las personas como característica universal, básica y constante en la sociedad, un componente esencial y necesario para la supervivencia. Conviven manifestaciones de cuidado entre los grupos humanos ocasionadas por la variación cultural que ofrece interacciones congruentes con las características culturales del individuo, grupo o sociedad en la que interactúa.

Como un imperativo moral o ideal: es considerado una virtud moral; involucra el bien del paciente y la manutención de su dignidad, respetándolo como ser único. Vista así, la enfermería es una práctica que busca el bienestar del otro y desde esta perspectiva el cuidado no se manifiesta como un conjunto de comportamientos palpables.

Como afecto: involucra emociones, sentimientos de compasión o empatía para con el paciente, que motivan a la enfermera a ofrecerlo; se presentan deseos, sentimientos que influyen en el estado emocional y que afectarán la interacción.

Como acción terapéutica de enfermería: la enfermera debe detectar y satisfacer las carencias manifiestas del paciente, campo en donde se deben enfatizar las competencias y habilidades con relación al cuidado que promueven la autonomía, el autocuidado, la información, la compasión y la promoción de la vida. Hace énfasis en la necesidad de adecuar el conocimiento y las habilidades como base de las acciones de cuidado; también, como la congruencia entre las acciones de enfermería y la percepción de las necesidades del paciente.

Como una relación interpersonal o interacción personal: hay comunicación, confianza, respeto y compromiso de uno con el otro. Cuando esto ocurre, ambos se enriquecen. La integración de los sentimientos compartidos establece la posibilidad de dar o recibir ayuda. Se enfatiza en la integración de sentimientos y acciones en el encuentro, de tal manera que la interacción enfermera-paciente es cualitativamente diferente a un encuentro sin cuidado. Desde esta perspectiva se cree que la interacción enfermera-paciente es la esencia del cuidado y abarca sentimientos y comportamientos que ocurren en la relación.

De los anteriores planteamientos podemos decir que cuidado es algo más que atender las necesidades de los pacientes, es identificarse con la persona que cuida, es una relación empática interpersonal, es involucrarse con el paciente y velar para que su estado de salud se restablezca, este cuidado

es fundamental para aliviar las respuestas humanas ante situaciones adversas de salud.

Mayeroff <sup>7</sup> describe ocho componentes del cuidado, pues es necesario que toda persona que pretende brindar cuidados, los conozca y aplique para que realmente el paciente se sienta satisfecho del cuidado recibido así como ella misma.

Los principales componentes del cuidado según este autor son: conocimiento, ritmos alternados, paciencia, sinceridad, confianza, humildad, esperanza y coraje. El autor hace una descripción de cada uno, los cuales se resumirán de la siguiente manera:

**Conocimiento:** Para cuidar de alguien, debo conocer muchas cosas. Necesito conocer por ejemplo, quién es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles sus necesidades y lo que conduce a su crecimiento; es preciso saber cómo responder a sus necesidades y cuáles son mis propios poderes y limitaciones.

**Ritmos Alternados:** No puedo cuidar apenas por hábito; debo ser capaz de aprender a partir de mi pasado. Veo cuantos comprenden mis acciones, si ayudé o no, y a la luz de los resultados, mantengo o modifico mi comportamiento de modo del poder ayudar mejor al otro.

**Paciencia:** La paciencia es un componente importante del cuidado: yo dejo al otro crecer en su propio tiempo y de su propia manera. Con paciencia, yo doy tiempo por lo tanto posibilito al otro encontrarse a sí mismo en su propio tiempo. La paciencia incluye la tolerancia. La tolerancia expresa mi respeto por el crecimiento del otro.

**Sinceridad:** En el cuidado soy sincero al intentar ser verdadero. Al cuidar de otro, debo ver al otro como él es y no como a mí me gustaría que fuese, o como siento que debe ser. Si voy a ayudar a otro a crecer, debo corresponder a sus necesidades de cambio. Pero además de ver al otro como él es, debo también verme a mí como yo soy. Soy sincero al cuidar, no por conveniencia, sino porque la sinceridad es parte integrante del cuidado.

**Confianza:** El cuidado implica confiar en el crecimiento del otro en su propio tiempo y de su propia manera. Al cuidar de otra persona confío en que él va a errar y a aprender de sus errores. Confiar en el otro es dejarlo en libertad; esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, y ambos exigen coraje.

**Humildad:** El hombre que cuida es sinceramente humilde cuando se dispone a aprender más sobre el otro y sobre sí mismo, y sobre aquello que el cuidado comprende. Una actitud de no tener nada más que aprender es incompatible con el cuidado. La humildad también está presente al tomar conciencia de que mi cuidado específico no es de forma alguna privilegiada. Lo que es significativo en última instancia no es si mi cuidado es más importante que su cuidado, pero sí que el hombre es capaz de cuidar y que tenga algo de que cuidar. La preocupación en saber cuál es el cuidado más valioso me desvía del cuidado.

**Esperanza:** Existe la esperanza de que el otro crezca a través de mi cuidado. No debe ser confundido con la esperanza irrealizable ni con las expectativas infundadas. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades. Al contrario, donde no hay posibilidades de nuevo crecimiento habrá desespero.

**Coraje:** Confiar en el crecimiento del otro y en mi propia capacidad de cuidar me da coraje para lanzarme a lo desconocido, pero también es verdad que sin el coraje de lanzarme a lo desconocido tal confianza sería imposible. Es claro que cuanto mayor sea la sensación de lanzarse a lo desconocido, mayor será el coraje exigido para cuidar.

El valor atribuido por los enfermos al cuidado que recibe del profesional de enfermería se origina en la percepción del involucramiento emocional, el compromiso para con el otro, el sentido de minimizar sufrimientos, acoger las expectativas negativas y las inseguridades/inquietudes. Esto es importante tener en cuenta en una unidad de cuidado intensivo, donde la cercanía de la

muerte, las características del entorno, la falta de autonomía, entre otros, son determinantes de una mayor sensibilidad del paciente.

En consecuencia, la enfermera para impartir cuidado humano debe poseer actitudes, aptitudes, cualidades y habilidades personales que le permitan aplicar todos los componentes del cuidado humano descritos por Mayeroff, en el cuidado del paciente crítico inconsciente. Es indispensable que la enfermera cuide con conocimientos, dedicación, respeto, paciencia, sinceridad, confianza, humildad, esperanza y coraje, porque solo así transmitiremos calor humano, cariño, afecto, comprensión y seguridad a esa persona cuya condición de salud está deteriorada y que puede llegar a reunir diversas características hasta el punto de requerir unos cuidados especializados, como los que se ofrecen en las unidades de cuidado crítico, a este tipo de paciente se le llama paciente crítico.

Se define como paciente crítico a aquella persona que presenta cambios agudos en los parámetros fisiológicos y bioquímicos que lo colocan en riesgo de morir, pero que tiene evidentes posibilidades de recuperación.<sup>14</sup>

Domínguez<sup>15</sup> nos dice que paciente crítico, se define por la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible.

El estar la persona en estado crítico trae como consecuencia una serie de reacciones emocionales frente a la enfermedad y más deterioro en la condición física, cognitiva, psicosocial y espiritual, por la dependencia total de la que se es objeto, y por la inmovilización prolongada a la que se es sometido.

Por lo general la hospitalización en una unidad crítica posee una serie de características objetivas como son: la situación de aislamiento del enfermo, tanto por la separación de este con su núcleo familiar como por su confinamiento en un espacio reducido. La despersonalización del paciente ya que generalmente al enfermo se le asigna un número, se le retira casi todos los objetos personales, lo cual conduce a una pérdida de identidad del

enfermo para transformarse en un objeto de asistencia. La pérdida de intimidad, ya que el enfermo está siempre disponible para la totalidad del personal asistencial. La reglamentación de las actividades del paciente como lo son: el horario de las comidas y visitas, el aseo personal, el tiempo de descanso, la calidad del sueño entre otros.

Así mismo los pacientes que precisan cuidados intensivos deben hacer frente a varios factores de estrés, tales como amenaza de muerte, amenaza de supervivencia con secuelas significativas relacionadas con la enfermedad o la lesión, dolor o malestar, estímulos amenazantes y pensamientos aterradores, pérdida de la capacidad para expresarse verbalmente cuando es sometido a una intubación, entre otros, y sus respuestas ante estos factores depende de diferencias individuales como edad, sexo, apoyos sociales, diagnósticos médicos, antecedentes culturales, curso clínico y pronóstico.<sup>16</sup>

Por consiguiente para la investigadora un paciente en estado crítico es una persona cuyo estado de salud está deteriorado, teniendo afectados los principales órganos y sistemas, a tal punto que puede perder la vida.

Los pacientes críticamente enfermos pueden estar conscientes, es decir conectados con su medio, o inconscientes; siendo definido inconsciencia como aquella situación clínica que lleva al paciente a una disminución del estado de alerta normal, pudiendo oscilar desde una tendencia al sueño hasta una ausencia total de respuesta frente a estímulos externos, persistiendo únicamente una actividad refleja residual.<sup>21</sup>

Según el grado de disminución del nivel de conciencia lo podemos clasificar en tres grupos principales<sup>24</sup>: Coma: es el más grave de los problemas de la conciencia y de la vigilia. Altera de forma más o menos total las funciones de relación. Un enfermo en coma puede no reaccionar ni a estímulos nociceptivos (que provocan una agresión dolorosa de los tejidos, por ejemplo pincharlos o perforarlos). Estupor: abarca desde un estado en el cual la persona no reacciona sino a los estímulos simples: su nombre, ruido, luz fuerte, sacudir al sujeto... hasta un enfermo que no reacciona

frecuentemente más que a estímulos nociceptivos (que provocan una agresión dolorosa de los tejidos, por ejemplo pincharlos o perforarlos) y la Obnubilación: es un estado menos severo, la persona responde correctamente a las órdenes complejas (ejecuta órdenes escritas, realiza calculo mental...), pero con lentitud, fatiga o bastante dificultad de concentración.

Es por esto que el enfermo que se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos por sus condiciones críticas exige que la enfermera que lo va a cuidar ,no solo tenga la responsabilidad de ofrecer un cuidado de forma integral, concibiéndolo como un ser holístico, único, donde su equilibrio está afectado no solo desde el punto de vista orgánico sino también emocional y social; sino también posea competencias cognitivas habilidad y destrezas que las adquiere con la experiencia profesional y las afianza con la especialidad de enfermería intensivista o enfermería en cuidados críticos.

La Asociación Americana de Enfermería en Cuidados Críticos<sup>17</sup> define la enfermería de cuidados críticos como la "especialidad dentro de la enfermería que se ocupa específicamente de las respuestas humanas a los problemas que amenazan la vida ... la responsabilidad de garantizar que los pacientes críticamente enfermos y sus familias reciban una atención óptima."

La enfermera como integrante del equipo de salud tiene una gran responsabilidad: cuidar a las personas con compromiso profesional, esto implica, velar por la dignidad que merece el ser humano, ya que este es un ser complejo y digno por naturaleza. Por lo tanto la enfermera que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos debe poseer un perfil enmarcado en una filosofía integradora que incluya conocimientos afectivos, emocionales, científicos y tecnológicos<sup>18</sup>.

El conocimiento afectivo y emocional incluye una serie de cualidades que debe poseer esta enfermera, algunas de estas son: altruista, afectuosa, tolerante, empática, flexible, capaz de enfrentar el estrés, tener habilidad para establecer una relación armoniosa con el resto del equipo de salud, entre otras. El trato solidario hacia sus iguales refuerza el apoyo emocional

consistente y afectivo como aspecto fundamental del cuidado dentro de la profesión de enfermería.

Por otro lado, el conocimiento científico está basado en el proceso de enfermería como método de trabajo que debe considerar la enfermera durante su práctica profesional al desarrollar sus competencias como son: cuidar (asistencial), gerenciar, investigar y la docencia. Al ejecutar la competencia del cuidar en el paciente que está hospitalizado en la UCI, la enfermera tiene la oportunidad de realizar la valoración tanto subjetiva (en el caso de los pacientes conscientes) como objetiva a través del examen físico lo cual le permite identificar diagnósticos de enfermería tanto reales como de riesgos, así como también problemas colaborativos donde estos estudios van a ser solucionados en conjunto con el resto del equipo de salud. Esto le ofrece la oportunidad a la enfermera de elaborar y ejecutar planes de cuidado en función de prioridades para luego evaluar estos cuidados a través de la respuesta del paciente.

Por su parte, el proceso de enfermería es una forma de pensamiento y acción que se basa en el método científico, que va a proveer organización y dirección a las actividades de enfermería que permite evaluar los resultados a través de la respuesta del paciente<sup>16</sup>. Este conocimiento científico favorece la reflexión y la creatividad para la toma de decisiones éticas. Asimismo, le enfermera intensivista al desempeñar la competencia de gerenciar debe ser capaz de administrar el cuidado que le va a proporcionar al paciente en estado crítico, estableciendo prioridades en cada una de sus actuaciones: planificando, organizando, ejecutando y evaluando este cuidado.

Unido a las competencias anteriores, la enfermera intensivista debe reconocer la importancia de la investigación en las unidades de cuidados intensivos. Una de las alternativas que tiene la enfermera que cuida al paciente crítico son los estudios de caso, a través de los cuales la enfermera puede desarrollar la competencia de investigar como una de las más fundamentales en la práctica profesional.

El elemento fundamental de la ciencia de enfermería es la investigación y el elemento fundamental de la profesión es la práctica de la enfermería. La investigación genera el conocimiento que se aplica en la práctica y de la práctica surgen los problemas de investigación<sup>12</sup>.

En lo relacionado al conocimiento tecnológico, requiere la enfermera destrezas, habilidades intelectuales y psicomotoras para su manejo en beneficio de la persona críticamente enferma. Es fundamental que la enfermera intensivista responda a los avances que la tecnología le exige en la sociedad actual sin perder el horizonte del cuidado humano, considerando al ser humano como un ente integral.

La humanización del cuidado por la enfermera intensivista también exige proporcionar apoyo a la familia, por cuanto la UCI es un ambiente restringido, con normas específicas que limitan el acceso de la familia a su ser querido. Por tal razón, la comunicación que la enfermera intensivista establece con ella ha de ser fluída, honesta, receptiva para escucharle sus inquietudes, responderle sus interrogantes y demostrarle una actitud de respeto y consideración.

Es importante que la enfermera intensivista incluya y cuide al unísono “a la persona que está hospitalizada en la UCI y a sus familiares como un solo núcleo del cuidado, lo que facilita a ésta comprender las dificultades socio emocionales surgidas en el núcleo familiar como una totalidad, esto a su vez permite darles apoyo más decidido y comprometido durante el proceso de adaptación a la nueva situación que confrontan”<sup>12</sup>. El personal de Enfermería debe apoyar a la persona cuidada por medio de actitudes y acciones que demuestren interés por su bienestar y su aceptación como persona que piensa, siente y padece y evitar considerarlo como un ser cosificado, que responde a una enfermedad manifestada a través de unos signos y síntomas.

Es imprescindible que esta filosofía integradora armonice con la presencia física de esta enfermera, donde esta presencia sea significativa tanto para el paciente como para sus familiares, este modo de estar presente

significa “ver, tocar, hacer, escuchar” a este paciente, que debe ser concebido como un ser holístico, donde el fin último del cuidado que le proporciona esta enfermera sea la felicidad no sólo para él y sus familiares sino también para la colectividad; o en última instancia ayudar a este enfermo a tener una muerte digna cuando ésta sea irremediable.

Todo lo anterior me lleva a definir a la enfermera intensivista, como la profesional de enfermería que ha seguido estudios de postgrado en cuidados del paciente crítico y por lo tanto brinda cuidado con conocimientos de sólida base científica, habilidades y destrezas en los procedimientos, actitud crítica y reflexiva sobre el cuidado que brinda, una gran sensibilidad frente al sufrimiento de la persona que cuida y sobretodo capacidad de establecer relaciones interpersonales óptimas con el paciente y familia durante su cuidado.

En este sentido, la enfermera es la persona que establece las relaciones afectivas y de esperanza más estrechas con los pacientes, por ello, el cuidado se desarrolla en el ámbito de lo interpersonal e implica concretizaciones de compasión, aceptación, empatía y respeto<sup>2</sup>. El cuidado incluye atención y dedicación basada en la confianza.

Al analizar la ética del cuidado humano, Quintero<sup>20</sup> especifica que éste sólo puede ser efectivo si se realiza de una forma interpersonal, es decir, dentro una relación en la que al menos dos personas están en comunicación y crean una serie de vínculos. Es en este contexto donde la comunicación interpersonal y la calidad de las relaciones humanas juegan un papel trascendente para el logro de los objetivos de atención a los pacientes.

El principal reto es establecer relaciones interpersonales genuinamente humanas, donde el énfasis esté en el respeto de la dignidad de la persona, lo cual implica, no utilizar a la persona como mero instrumento para beneficios particulares, es indispensable respetar su autonomía y sus decisiones.

Las relaciones interpersonales que se dan entre la enfermera y el paciente en el proceso de atención son muy complejas y están influenciadas

por múltiples situaciones y factores, entre ellos tenemos: los conocimientos, valores, principios y creencias propias de la cada una de las personas. Por esto, los cuidados de enfermería suponen una confrontación positiva y activa entre la enfermera, el equipo de salud y los pacientes que requieren del cumplimiento de una serie de características, tales como: honestidad en el actuar, inspirar confianza y respeto a la individualidad, las cuales contribuyen en la atención de los pacientes para la recuperación de la salud<sup>21</sup>.

Además, como menciona esta misma autora, los cuidados de enfermería no pueden realizarse sin establecer relaciones con los pacientes, es decir, no es posible cuidar sin formar vínculo alguno con los pacientes. Esta relación es un acto continuo y dinámico, es un vínculo interpersonal permanente en el que el proceso de comunicación está siempre presente. Así, la esencia del cuidado descansa en el diálogo, la comunicación y la interrelación entre la enfermera y el paciente o sus familiares. En el caso del paciente inconsciente, el diálogo se ve limitado por parte del paciente pero eso no significa que nosotros no podamos hablarles, conversarles e interrelacionarnos efectivamente a través del contacto físico.

El análisis de la comunicación interpersonal en la relación enfermera-paciente ha destacado la importancia de la comunicación no verbal en los vínculos cotidianos, donde si bien una habilidad determinante es el lenguaje oral, los aspectos corporales que acompañan a lo dicho son fundamentales para la mejor comprensión del propósito de nuestros mensajes.

En el contexto de la relación enfermera-paciente se sugiere desarrollar una serie de habilidades comunicativas por parte de la enfermera, las mismas que van desde la capacidad de escuchar hasta el manejo de la comunicación no verbal. Conforme algunos autores, hay nueve habilidades que pueden enriquecer la comunicación interpersonal y por ende la relación de la enfermera con los pacientes y sus familiares; además de favorecer su vinculación con el personal de salud. Las habilidades incluyen: el comportamiento visual (los ojos y la mirada), la postura, los movimientos, los

gestos y las expresiones, la voz y la entonación, el lenguaje, la atención, el manejo del humor, el aspecto y el vestido<sup>22</sup>.

Por otra parte los estados de ánimo que experimenta el personal de enfermería pueden ser un elemento importante para revitalizar las relaciones de comunicación enfermera-paciente, que es crucial para el logro de una buena atención y recuperación de los pacientes. Las enfermeras enfrentan situaciones que generan un impacto emocional capaz de afectar su sentido del humor. En los ambientes hospitalarios, la posibilidad de que ocurra algo inesperado está siempre latente y las relaciones interpersonales son complejas, debido a la convivencia entre colegas, con otros profesionales de la salud, los pacientes y sus familiares. Por ello, se sugiere el manejo del sentido del humor expresado a través de la risa, ya que psicológicamente libera la ansiedad, y esto puede traducirse en una sensación de bienestar y relajación<sup>23</sup>.

Similarmente, Quintero señala que los cuidados de enfermería implican un compromiso, cuyo objetivo fundamental es la protección y preservación de las dimensiones humanas, tales como el respeto a la dignidad de la persona, la autonomía del paciente y la comprensión de los sentimientos y las emociones del mismo.

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

En consecuencia para poder cuidar es necesario poseer conocimientos que le permitan ser reconocida como una profesional experta en el cuidado de la salud, conocimientos que posee la enfermera intensivista, por lo que se espera que el más alto resultado del conocimiento de enfermería se compruebe a través del contacto cálido y afectivo y en situaciones prácticas en la interrelación enfermera paciente. Por otro parte el cuidado que exige una

interrelación interpersonal demanda habilidades, que se adquieren con la experiencia de ser cuidador, para trascender y establecer la relación persona a persona con el paciente inconsciente en estado crítico.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cualitativo. La investigación cualitativa es un método de investigación usado principalmente en las ciencias sociales, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los correspondientes, busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento, así como comprender su fenómeno de estudio en su ambiente usual (cómo vive, se comporta y actúa la gente, qué piensa; cuáles son sus actitudes, etc.)<sup>25</sup>.

Para Sandoval<sup>30</sup> la investigación cualitativa, es un proceso de reflexión y análisis de la realidad a través de la utilización de métodos y técnicas para la comprensión detallada del objeto de estudio en su contexto histórico y así mismo en su estructuración. Ese proceso implica estudios, según la literatura

pertinente al tema, la observación, aplicación de cuestionarios, entrevistas y análisis de datos, que debe ser presentada de forma descriptiva.

Se usó el presente enfoque por que se realizó un análisis crítico reflexivo de la dinámica de la comunicación entre la enfermera y las personas inconscientes hospitalizadas en la UCI, previa observación y aplicación de una entrevista semiestructurada a las enfermeras intensivistas.

## **2.2 ABORDAJE METODOLÓGICO**

Dentro de los variados tipos de investigación cualitativa se encuentra el estudio de caso el cual constituyó el abordaje metodológico de la presente investigación.

La investigadora percibió la necesidad de describir y analizar cómo se desarrolla la comunicación entre el personal profesional de enfermería y la persona inconsciente en estado crítico internada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, es en este sentido que sólo a través de un estudio de caso se puede estudiar este proceso. Según Andrade<sup>26</sup> el estudio de caso consta de 5 etapas:

Etapa exploratoria, consiste en la definición clara y precisa del tema, enunciando las cuestiones orientadoras. Es probablemente el paso más importante de toda investigación científica, pues una pregunta mal formulada puede comprometer todo el estudio.

Esta etapa se desarrolló cuando se eligió el tema de investigación, el mismo que surgió a partir de la realidad observada por la investigadora en su desempeño como enfermera asistencial de la unidad de cuidados intensivos. En esta fase se consideró además la formulación del problema de investigación y el objetivo que direccionó la investigación a lo largo de todo su proceso, de tal manera que los resultados obtenidos a la conclusión del trabajo, fueron los perseguidos por la investigadora.

Planeamiento, a partir de lecciones derivadas del marco teórico y las características del caso, incluye la construcción de un protocolo de

aproximación con el caso y todas las acciones que se desarrollarán para completar el estudio. El protocolo es un conjunto de códigos, términos y procedimientos suficientes para replicar el estudio, o aplicarlo en otro caso que mantiene características similares con el caso de estudio original.

Esta fase es la correspondiente a la redacción y formulación del proyecto de investigación, donde se procedió a realizar una búsqueda minuciosa de la información necesaria para la elaboración del marco teórico; se incluyó la elaboración de los instrumentos de recolección de datos, tales como: la entrevista y el diario de campo.

En el proyecto además se consideraron los detalles y criterios que rigieron en la investigación, como la determinación de los sujetos de estudio, con los respectivos criterios de inclusión y exclusión y la determinación del escenario para la observación. De igual forma se detalla minuciosamente el proceso de desarrollo de la investigación, de tal manera que los lectores tengan una idea general suficiente para aplicar el trabajo en otra realidad.

Para la formulación del proyecto, se consideraron también ciertos aspectos que garantizaron la confiabilidad y veracidad de la investigación, de tal manera que la expresión final del mismo tenga la validez científica suficiente para ser considerado un trabajo referencial.

Recolección de datos y evidencias, existen dos tipos de datos, los primarios que son los recogidos directamente de la fuente y, los secundarios que son los datos ya recolectados que se encuentran organizados en archivos, banco de datos, anuarios estadísticos, etc. Dependiendo del objeto de estudio, las características y la naturaleza de la materia objeto de la investigación, el investigador podría dar más énfasis a la evaluación cuantitativa, o en otro caso, el enfoque cualitativo en el que se buscará describir, comprender y explicar el comportamiento, las palabras y las situaciones.

La fase en cuestión corresponde al desarrollo del trabajo de campo propiamente dicho, se acudió al Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo a observar el desenvolvimiento de las enfermeras incluidas en la investigación

y la aplicación de la entrevista a ellas mismas, contando previamente con la validación de los instrumentos por 2 enfermeras excluidas de los sujetos de estudio.

Durante la investigación, únicamente se tomó en cuenta las fuentes primarias, es decir que la información fue obtenida sólo de lo manifestado y demostrado por las enfermeras durante la entrevista y observación participante desarrollada.

Análisis de resultados, no hay una guía única para analizar los resultados de un estudio de esta naturaleza. La mayor parte de evaluaciones y análisis de datos es realizado paralelamente con el trabajo de recolección. Las triangulaciones de datos o el encadenamiento de evidencias, eventualmente realizadas junto con el trabajo de campo, darán fuerza, confiabilidad y validez a los hallazgos de la investigación y las conclusiones.

La información obtenida fue en primera instancia transcrita manteniendo su integridad, posteriormente se procedió a clasificar los datos de acuerdo a categorías y finalmente fueron interpretados a la luz del marco teórico, permitiendo la construcción de conocimiento, así como para dar mayor fuerza a los resultados.

Presentación del informe, en los estudios de casos la composición del texto debe entenderse como una oportunidad única para exponer una importante contribución al conocimiento y la práctica de la investigación. Los capítulos, secciones, subsecciones y las demás partes pueden ser organizados bajo varios enfoques: con la estructura Analítica Lineal, cuando tiene una secuencia de puntos estándar; estructura cronológica, cuando se guía por una secuencia de capítulos y secciones que describen la historia del estudio de caso; o estructura de la incertidumbre, en el que las respuestas o los resultados del estudio de caso son presentados en el capítulo inicial, y el resto del estudio son relatados en los capítulos y secciones subsecuentes.

La redacción en este caso se elaboró usando el modelo de la estructura Analítica Lineal, es decir se realizó siguiendo el esquema de presentación de

trabajos cualitativos requerido por la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – Lambayeque.

### **2.3 SUJETOS DE INVESTIGACIÓN**

Para la selección de los sujetos de investigación se tomaron en cuenta los criterios que pueden ser de inclusión o exclusión. Los criterios de inclusión son aquellas características que el sujeto o elementos deben poseer para formar parte de la población diana<sup>27</sup>.

Los sujetos de estudio de la presente investigación fueron las enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Siendo excluidas la enfermera administrativa, enfermeras que estén realizando pasantía o prácticas de segunda especialidad. La muestra fue determinada por el criterio de saturación.

### **2.4 ESCENARIO**

El Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA), lugar donde se realizó el presente estudio, viene funcionando en el segundo piso. Cuenta con 3 oficinas: la de secretaría, de la enfermera jefe y la oficina del médico jefe. Un ambiente que sirve como vestidores para el personal de enfermería, acondicionada también para el momento de refrigerio. Además cuenta con 2 ambientes que sirven de almacén para el material médico de uso diario, un tópicos donde se ubica el coche de medicamentos y se preparan los mismos antes de su administración; se guardan y se preparan los set de monitoreo hemodinámico; se almacenan los accesorios de ventilación mecánica, se mantienen el ventilador portátil, el monitor de transporte cargándose con la

fuente eléctrica. En otro ambiente está el tópicos donde el personal técnico lava y esteriliza el material.

La capacidad que tiene es para 10 pacientes, cifra que queda insuficiente para la gran demanda que tiene el servicio. Se la considera como una UCI polivalente, se atienden pacientes de diferentes edades a partir de los 28 días de nacido, de diferentes diagnósticos médicos y quirúrgicos, los pacientes operados son de gran complejidad, neuroquirúrgicos, cirugías cardiacas de niños y adultos, cirugías abdominales, gineco-obstétricas complicadas.

Está iluminada por luz artificial las 24 horas del día, ventilada por sistemas de aire acondicionado; en el área donde se ubican las unidades de los pacientes no posee ventanas, esto hace que el paciente consciente pierda rápidamente la noción de día y de noche, los sonidos y alarmas que se derivan de cada aparato en uso, como monitores EKG, bombas infusoras, ventiladores mecánicos es lo cotidiano en la unidad.

La visita de la familia está restringida a una hora por la tarde y en casos excepcionales pasarán antes, los familiares de los pacientes permanecen en una sala de espera en la parte externa de la UCI. Esto deja ver claramente la separación del paciente de sus seres queridos casi las 24 horas del día.

Los 10 cubículos tienen un área de 2 x 2 m<sup>2</sup>, separadas una de otra por ventanas de vidrio, en cada una de ellos se observa un monitor multifuncional, una cama con ruedas y barandas, soportes para sueros, bombas infusoras, un ventilador mecánico, oxígeno y aspiración empotrados. Además se aprecia un velador a lado de cada cama en donde se coloca material de atención como guantes estériles, gasas, electrodos, sondas de aspiración y útiles de aseo de cada paciente.

Entre cada dos cubículos se ubica un escritorio donde se sitúa la historia clínica y la tablilla de controles de la enfermera y el médico. Desde aquí, la enfermera organiza su atención tanto asistencial como administrativa de ambos pacientes asignados. La distribución de los pacientes por enfermera no

siempre obedece las reglas internacionales que rigen el desempeño en una unidad crítica, que es 2 pacientes para una enfermera, de tal manera que existen turnos en donde 3 pacientes están bajo el cuidado de un profesional de enfermería. Esta situación, obviamente recarga el trabajo de enfermería, puesto que los pacientes en UCI son de dependencia grado IV, esto sin contar los múltiples exámenes de diagnóstico al que se someten, como TAC, RX, ecografías, ecocardiografías, interconsultas, procedimientos terapéuticos como: colocación de catéter venoso central, línea arterial, colocación de swang ganz, mediciones de gasto cardiaco, entre otros; donde la participación de la enfermera es activa.

## **2.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Los datos en la presente investigación se recolectaron a través de la entrevista semiestructurada y la observación participante.

Según Pineda<sup>26</sup> la entrevista, es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto.

Para Hernández<sup>25</sup> la entrevista semiestructurada, es una conversación informal, amistosa y empática que acontece entre el investigador y el informante sin un esquema preestablecido.

Esta entrevista se le realizó a la enfermera de la UCI constó de 4 preguntas abiertas con el objetivo de ofrecer al entrevistado la posibilidad de verter su opinión en forma amplia sobre el objeto de estudio, además se introdujo preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre el tema.

La observación participante consiste, en esencia, en la observación del contexto desde la participación del propio investigador o investigadora no encubierta y no estructurada. Este tipo de observación proporciona

descripciones de los acontecimientos, las personas y las interacciones que se observan, pero también la vivencia, la experiencia y la sensación de la propia persona que observa<sup>25</sup>. Se utilizó la observación participante, observándose a la enfermera intensivista la comunicación durante el cuidado que proporciona a la persona inconsciente. Todo lo observado fue vertido en el diario de campo, definido como el instrumento de registro de datos del investigador de campo, donde se anotan las observaciones (notas de campo) de forma completa, precisa y detalla<sup>26</sup>.

## **2.6 PROCEDIMIENTO**

Para recolectar y analizar la información se procedió a formular y validar los instrumentos de recolección de datos y luego la autorización de la institución.

Posteriormente se contactó a las enfermeras que trabajen en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, a quienes se les realizó la entrevista semiestructurada y la observación participante, para lo cual se explicó los objetivos de la investigación y garantizó la confidencialidad de la información obtenida. Así mismo las enfermeras participantes firmaron el consentimiento informado y se les pidió permiso para grabar la entrevista.

Posterior a ello se realizaron las entrevistas, estas se realizaron en un ambiente tranquilo y favorable para que la persona se exprese sin inhibiciones. La observación se realizará en los diferentes turnos de trabajo.

Luego de haber recogido la información necesaria, fue analizada y procesada por la investigadora, quien formuló y realizó una interpretación de los resultados obtenidos.

## **2.7 ANÁLISIS DE DATOS**

Para el análisis de los datos cualitativos de la presente investigación se utilizó el análisis de contenido temático. Según Polit<sup>34</sup> el análisis de contenido es un conjunto de técnicas de análisis que busca a través de procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, obtener información que permitan la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/ recepción de estos mensajes.

El análisis de contenido, es una técnica de interpretación de textos, ya sean escritos, grabados, pintados, filmados..., u otra forma diferente donde puedan existir toda clase de registros de datos, transcripción de entrevistas, discursos, protocolos de observación, documentos, videos, el denominador común de todos estos materiales es su capacidad para albergar un contenido que leído e interpretado adecuadamente nos abre las puertas al conocimientos de diversos aspectos y fenómenos de la vida social<sup>35</sup>.

El análisis de contenido cualitativo no sólo se ha de circunscribir a la interpretación del contenido manifiesto del material analizado sino que debe profundizar en su contenido latente y en el contexto social donde se desarrolla el mensaje<sup>35</sup>.

Varios son los caminos que pueden ser recorridos en el Análisis de contenido. Los procedimientos varían conforme sea el objetivo, en sus fases o etapas. Sin embargo, es un Método que trabaja indispensablemente con los procedimientos de: lectura globalizada del material, clasificación (recorte en sus partes), codificación (según significados) y categorización de los conceptos (en correlación con un todo)<sup>34</sup>.

El investigador debe orientarse por un conjunto de decisiones sobre tales conceptos, definiéndolos clara y objetivamente, para no correr el riesgo de incluir un significado en dos categorías.

Para cumplir con este criterio es necesario que el investigador posea dominio teórico sobre los conceptos básicos en el campo referente a su estudio<sup>34</sup>.

A través del análisis de contenido la investigadora realizó la interpretación de los discursos de las entrevistas realizadas a las enfermeras intensivistas y fueron relacionadas con el contexto en que se desarrollan.

Según Bardin<sup>36</sup>, el análisis de contenido consta de tres etapas. La primera es el pre análisis, siendo la etapa de organización del material a analizar, en la que se diseñan y definen los ejes del plan que permitirá examinar los datos y realizar efectivamente el análisis. En el estudio se realizó las revisiones de las grabaciones de la entrevistas hasta que la investigadora se halló inmersa en los datos.

Las entrevistas fueron transcritas palabra a palabra, para esto la investigadora escuchó atentamente las grabaciones lo antes posible después de la entrevista, prestó atención tanto el contenido de la conversación como el tono de voz, las inflexiones y las pausas, tanto de la investigadora como del participante.

La segunda etapa es la codificación la cual consiste en realizar una transformación de los datos brutos (material original) a los datos útiles. En esta etapa se realizó la limpieza de discursos, fragmentación de los mismos y la extracción de unidades significativas.

Finalmente la última etapa fue la de categorización que consistió en la organización y clasificación de las unidades obtenidas, posteriormente fueron analizadas y categorizadas, así como confrontados con la bibliografía respectiva.

## **2.8 CRITERIOS ÉTICOS**

La presente investigación se guió a la luz de los principios de la ética personalista de Elio Sgreccia.

El primero de ellos se refiere al valor fundamental de la vida humana. La vida corpórea y física del hombre no es nada extrínseco a la persona, sino que representa el valor fundamental de la persona, se defina ésta en la forma que se defina. Es valor fundamental porque aunque la persona no se agota en su

cuerpo, éste es esencial a la misma en cuanto se constituye en el fundamento único por el cual la persona se realiza y entra en el tiempo y en el espacio. A través de él expresa otros valores como la libertad, la sociabilidad y el mismo proyecto de futuro<sup>32</sup>.

En la presente investigación se aplicó este principio al escuchar los discursos de las enfermeras sin cuestionarlos, respetando en todo momento sus opiniones vertidas en las entrevistas.

El segundo principio propuesto por la ética personalista es el de libertad y responsabilidad. Este principio de libertad y responsabilidad sanciona el deber moral del paciente de colaborar a los cuidados ordinarios y a salvaguardar su vida y la de los demás. Esta libertad tiene su contrapartida en la libertad-responsabilidad del médico que no puede transformar la terapia en una constricción obligatoria cuando no está en juego la vida del paciente.<sup>32</sup>

En este sentido la participación se realizó de manera voluntaria, se les informó previamente sobre el objetivo de la presente investigación y firmaron el consentimiento informado.

El tercer principio de la totalidad o principio terapéutico, se fundamenta en el hecho de que la corporeidad humana es un todo unitario resultante de la conjunción de partes distintas que están unificadas orgánica y jerárquicamente en la existencia única y personal. Este principio se ha extendido por algunas más allá de la estructura orgánica para incluir en él el bienestar psicosomático del paciente<sup>32</sup>.

Este principio se aplicó puesto que se respetó las emociones y sentimientos de los participantes durante la entrevista, siendo el caso necesario la postergación de la misma.

El principio de socialización y subsidiariedad mueve a toda persona singular a realizarse a sí misma en la participación de la realización de sus semejantes. En el caso de la salud se considera la propia vida y la de los demás como un bien que no es sólo personal sino también social y se exige a la comunidad a promover el bien común promoviendo el bien de cada uno<sup>32</sup>.

El presente principio se aplicó por que una vez concluida la investigación fue difundida a los sujetos de estudio y al mismo tiempo dada a conocer en eventos de investigación con la finalidad de concientizar y llamar a la reflexión a los profesionales de la salud que se dedican al cuidado de este tipo de personas.

## **2.9 CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO**

El rigor de la investigación, busca velar porque los datos estén completos, que sean de calidad y estén en un formato que facilite su organización para describir el trabajo percibido. Según Guba y Lincoln<sup>33</sup> estos criterios son:

La credibilidad, se logra cuando el investigador, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los participantes en el estudio, recolecta información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten. Así entonces, la credibilidad se refiere a cómo los resultados de una investigación son verdaderos para las personas que fueron estudiadas y para otras personas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado.

La credibilidad del estudio permitió que la información obtenida mediante las entrevistas y los datos de observación extraídos de la realidad sean datos veraces sin alterar lo vertido por los sujetos de investigación. Además se procuró obtener datos a profundidad en las entrevistas.

La auditabilidad, llamada por otros autores confirmabilidad; se refieren a este criterio como la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador haya tenido en relación con el estudio. Esta estrategia permite que otro investigador examine los datos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares a las del investigador original siempre y cuando tengan perspectivas similares.

Según lo antes mencionado la investigadora garantiza que los resultados pueden ser contrastados a través de otras investigaciones en situaciones similares, ya que este trabajo representa el inicio de toda una trayectoria para futuros estudios, es por esto que se detalló de forma minuciosa los pasos seguidos y se documentó todos los aspectos relevantes.

La transferibilidad o aplicabilidad, este criterio se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones. Indican que se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto.

La investigadora asegura que este estudio puede aplicarse a otras investigaciones con temática relacionada a la presente.

## **CAPÍTULO III**

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

La vida humana solo puede ser llamada así porque hay una razón especial para ello. La persona siente, piensa, actúa y reflexiona sobre sus cosas. Existe algo en los seres humanos que les faculta compartir con sus semejantes la vivencia de esos procesos y este algo es la comunicación. Es este fenómeno que nos permite afirmar que los seres humanos existen como tales.<sup>5</sup>

Por otro lado, el cuidado de Enfermería se caracteriza como un encuentro repetido durante espacios de tiempo, entre seres humanos dentro de una unidad de salud o de un ambiente hospitalario, donde se enfrentan, interactúa, se comunican y se influyen mutuamente.

En este proceso de cuidar y ser cuidado, la comunicación se presenta como un vínculo entre el cliente y el enfermero, un elemento indispensable en la calidad de las relaciones, en la identificación del proceso salud-enfermedad y en la realización del cuidado, puesto que determina una práctica

humanizada, en la cual ocurre un intercambio de mensajes compartidos, enviados y recibidos. Para que la comunicación sea efectiva, el enfermero necesita comprender al ser humano como un ser activo y al cuidado como finalidad en las más variadas situaciones de la vida.

En el presente trabajo de investigación, posterior a la recolección de datos, se procedió a la sistematización y ordenamiento de la información, en este caso, los discursos fueron dispuestos de acuerdo a categorías para su mayor comprensión. Y esta información a su vez fue analizada acorde con el marco teórico existente de tal manera que se pudiera proceder a la teorización presentada.

Las categorías resultantes fueron:

- Categoría 1: Comunicación con el paciente inconsciente un desafío para la enfermera intensivista.
- Categoría 2: Estableciendo estrategias para una comunicación efectiva con el paciente inconsciente.
- Categoría 3: La sobrecarga laboral como limitante en el vínculo comunicacional con el paciente inconsciente.

## **1. COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE INCONSCIENTE: UN DESAFÍO PARA LA ENFERMERA INTENSIVISTA.**

Según el Diccionario de la Real Academia Española<sup>4</sup> un desafío es un reto, una situación difícil a la que se debe enfrentar. Por otro lado entendemos por comunicación como la vía por la cual se lleva a cabo el propósito de la enfermería, que consiste en asistir a un individuo o familia a prevenir o enfrentar la enfermedad y el sufrimiento y a encontrar los significados de esa experiencia.

Sin embargo a veces la interrelación a través de la comunicación se convierte en un reto para la enfermera intensivista quien también tendrá que cuidar a pacientes con alteraciones de la conciencia como efecto de traumas, lesiones o de medicamentos sedantes.

Este desafío en la comunicación con el paciente inconsciente lo reflejan los siguientes discursos:

*“Es difícil porque a veces uno siente que se encuentra en un monólogo donde no hay una reciprocidad, a veces uno se siente frustrado porque no sabes si lo que estás diciendo o haciendo es lo que el paciente necesita o desea, es todo un desafío” (Minerva)*

*“La comunicación con el paciente inconsciente es la parte que quizás más descuidamos debido a que hay que vencer ciertas dificultades como tener que interpretar algún gesto que realiza o lo que necesita; así como tener que hablarle sin esperar respuesta” (Artemisa)*

*“...en la comunicación siempre hay un receptor y un emisor pero en este caso el receptor no tiene una participación activa, a veces tú puedes decirte como enfermera que haces hablando a una persona que está con dosis altas de sedación y encima con relajante muscular para acoplarse al ventilador” (Afrodita)*

Como se puede apreciar en estos diálogos, los sujetos de investigación reconocen que la comunicación con el paciente inconsciente se torna todo un desafío, una situación difícil para la enfermera que lo cuida pues tendrá que intentar interpretar alguna señal o gesto que manifieste, así como conversar con él sin esperar respuesta.

Una de las premisas sobre comunicación que nos menciona Stefanelli<sup>5</sup> en su libro “La comunicación en los diferentes contextos de Enfermería”, es que “la comunicación es la esencia de un cuidado humanizado y es esencial para la salud de las personas, así esta no esté en condiciones de emitir una

respuesta, y más bien debe ser considerado todo un desafío a vencer por parte de la enfermera”.

Es decir que a pesar que el estado de inconsciencia de un paciente lo prive aparentemente de interrelacionarse y comunicarse con el medio que lo rodea, este no debe ser considerado un obstáculo por la enfermera, quien deberá esforzarse por superarlo y mantener con ellos en todo momento la comunicación.

En este sentido Naranjo<sup>39</sup> afirma que “aunque el paciente sea un ser inconsciente no puede dejarse en el olvido, porque allí se encuentra un ser humano valioso que necesita un cuidado de calidad, para lograr su bienestar biosicosocial, con la comunicación que se establezca”.

También lo expresa Beltrán<sup>2</sup>, al afirmar que a pesar que estos pacientes no buscan la comunicación, no deben convertirse en simples receptores del cuidado, el enfermero deberá mantener con ellos el contacto físico y la comunicación para favorecer la ubicación en la realidad y evitar la sensación de soledad y desamparo.

En el caso del paciente inconsciente, el solo hecho de estar postrado en una cama, conectado a múltiples sondas y equipos, está transmitiendo el mensaje de que es un ser frágil y que más que nadie necesita de ese calor humano que brinda la comunicación.

Por otro lado Oliveira<sup>3</sup> sostiene: “para comprender lo que los pacientes nos comunican necesitamos hacer uso de nuestra sensibilidad y de la intuición, lo que nos ayudará a reconocer e interpretar las señales emitidas por el paciente”. Es decir la enfermera intensivista no solo deberá guiarse por lo que pueda o no expresar el paciente, sino deberá hacer uso de la sensibilidad y de la intuición para descubrir y comprender lo que el paciente inconsciente siente y requiere para proporcionarle el cuidado.

Con respecto a la dificultad que las enfermeras manifiestan para comunicarse con el paciente inconsciente porque éste no puede pronunciar palabra, Torralba<sup>42</sup> en su libro “Antropología del cuidar” dice: “el cuerpo

humano es una realidad expresiva y comunicativa por sí mismo...el rostro humano habla...y la expresión facial de un hombre que sufre es mucho más enfática y directa que la verbalización de dicha experiencia”. Nada más cierto que lo expresado por Torralba, puesto que muchas veces podemos saber que un paciente inconsciente esta angustiado, ansioso o en disconfort por lo que expresa a través de su rostro.

Más allá del desafío y dificultades que representa para las enfermeras intensivistas, el comunicarse adecuadamente con el paciente inconsciente, existe un aspecto importante, que se dé la posibilidad de tratar al paciente como un objeto por su aparente incapacidad de comunicarse.

Al respecto Torralba<sup>42</sup> afirma: “el ser humano, jamás puede ser tratado como una cosa, a pesar de que su capacidad expresiva verbal y gestual sufra una terrible erosión. La dignidad ontológica del ser humano está más allá de su capacidad expresiva y comunicativa y la persona enferma jamás puede reducirse a un cuerpo objetivo e inerte, pues más allá de sus límites y de sus fragilidades externas o internas, es persona y el ser persona es algo subsistente”. Es decir que tiene sentimientos, valores. Entonces queda claro que el paciente inconsciente, es ante todo persona y por lo tanto tiene dignidad y esa dignidad hace que no pueda ser tratado de cualquier modo, requiere un cuidado ético y dentro de ese cuidado definitivamente debe incluirse a la comunicación.

A través de la observación participante se pudo apreciar que los sujetos de estudio tienden a comunicarse más con aquel paciente inconsciente niño, joven o madres jóvenes que tienen hijos pequeños dándoles sobretodo palabras de aliento y fuerza.

Hoy se habla a menudo de la humanización de la atención en salud, expectativa que se convierte en un lema si no fundamentamos el cuidado en necesidades humanas. Cuando los seres humanos no pueden identificar y satisfacer sus necesidades, la comunicación se torna imprescindible en el cuidar, así este paciente no esté en condiciones de emitir respuesta alguna.

Por eso es indispensable el poder establecer ciertas estrategias tal como se enuncia en la siguiente categoría.

## **2. ESTABLECIENDO ESTRATEGIAS PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE LA ENFERMERA Y EL PACIENTE INCONSCIENTE**

Como sabemos la comunicación ocurre de dos formas específicas: la comunicación verbal y la no verbal: la comunicación verbal se puede entender como aquella que se transmite a través del lenguaje escrito o dicho, por medio de los sonidos y de las palabras y la comunicación no verbal entiende las expresiones emitidas por las actitudes corporales, que no se puede transmitir con palabras. Esta forma de comunicación es en la mayoría de las veces, emitida por el cuerpo sin que nosotros seamos concientes de eso que estamos emitiendo.

Albert Mehrabian halló que el impacto total de un mensaje es verbal en un 7% (palabras solamente), el 38 % vocal (el tono de la voz, los matices y otros sonidos) y 55% no verbal. Explicó también que el componente verbal de una conversación cara a cara es menor al 35% y que más del 65% de la comunicación es de tipo no verbal<sup>40</sup>.

Por otro lado, no se puede olvidar que desde el punto de vista emocional la enfermedad es una situación negativa para el sujeto enfermo. Por ello reclama una interacción cálida y satisfactoria que una el apoyo social con el calor humano y la ayuda e intervenciones técnicas que los profesionales de salud le prestan mientras dura su padecimiento. En esta interacción, en la que predominan las calidades afectivas, se ponen en juego los aspectos más complejos del proceso social de interacción comunicativa.

Es así como el empleo de la comunicación no verbal durante el cuidado del paciente inconsciente fue manifestada por las enfermeras intensivistas al expresar:

*“...bueno yo utilizo la comunicación no verbal, por que el paciente siente, por eso más que hablarle lo toco..., si está inconsciente me puede sentir cuando lo toco y le brindo sus cuidados”. (Flora)*

*“Cuando el paciente está bajo sedación o está inconsciente el paciente mas siente nuestro contacto con la mano” (Afrodita).*

*“En el paciente inconsciente...utilizo mas la comunicación no verbal que la verbal por ello le podemos hablar pero pienso que con la no verbal como tocarlo y acariciarlo nos va asimilar mas”. (Venus)*

Como vemos los sujetos de estudio manifiestan que utilizan más la comunicación no verbal, específicamente el tacto, puesto que sería mejor percibida por el paciente inconsciente.

Esto es fundamentado por Oliveira<sup>3</sup> al expresar: “el tacto representa nuestra forma de comunicación más rápida y directa. La superficie de nuestra piel es rica en receptores sensoriales que tienen como finalidad captar estímulos a través de medio millón de fibras sensitivas de la piel penetrando en la médula espinal, llegando al cerebro con el fin de procesar la información obtenida”.

También lo corrobora Beltrán<sup>2</sup> al expresar que para los pacientes gravemente enfermos o de cuidados críticos, los aspectos no verbales de la comunicación tienen gran importancia.

Torralba<sup>42</sup> respecto a la comunicación no verbal afirma: “El cuidado es una modalidad comunicativa, donde el lenguaje no verbal, ocupa un papel central. El cuidar comprende el desarrollo óptimo del lenguaje no verbal, pues la persona enferma es extraordinariamente sensible al lenguaje de los gestos”. Lo dicho por Torralba confirma la importancia del empleo de la comunicación no verbal o sicobiológica como lo denomina Stefanelli, en el cuidado del paciente inconsciente.

Otra enfermera refiere:

*“...pienso que a través del contacto con la mano le estoy brindando seguridad, tranquilidad...” (Afrodita)*

Una de las funciones de la comunicación no verbal, según Stefanelli<sup>5</sup>, es que permite demostrar sentimientos. Podemos decir que a través del tacto, las enfermeras intensivistas generan sentimientos de confianza, solidaridad, seguridad y tranquilidad en el paciente inconsciente, teniendo repercusión favorable en la salud del mismo.

Esto se sustenta con lo que Gómez Longoño<sup>16</sup> sostiene “el tacto se relaciona con la piel, con la vida, supera el marco verbal. Dada la radical vulnerabilidad del paciente requiere de ese tacto más que en cualquier otra circunstancia de su vida corriente; a través del tacto experimenta solidaridad, que le importa a alguien y que alguien cuida de él”.

También lo afirma Beltrán<sup>2</sup> “el toque es reconocido como una forma muy personal de comunicación, una forma auténtica, en la cual se transmiten mensajes como afecto, ternura, apoyo emocional, estímulo, atención personal”.

Todos estos autores coinciden en señalar que a través del tacto podemos hacer llegar al paciente inconsciente muestras de proximidad hacia él, que no está solo en este difícil trance que le ha tocado vivir.

En cuanto a las zonas corporales del paciente donde las enfermeras suelen tener contacto físico y la forma como utilizan el tacto nos dicen:

*“A mí me gusta acariciar mucho al paciente inconsciente en las mejillas, la frente, la cabecita” (Minerva).*

*“Al paciente inconsciente suelo acariciar las manos, los hombros y la cabeza, le palmeo los hombros” (Flora).*

Lo vertido por los sujetos de estudio revela que suelen acariciar a su paciente inconsciente en diferentes zonas corporales como una forma de comunicarse con ellos.

Al respecto Torralba<sup>42</sup> asevera “cuando el sujeto se halla inmerso en la vulnerabilidad, esto es cuando sufre o enferma necesita de forma patente un cuidado que integre afectividad y sobretodo ternura y la expresión máxima de la ternura, es la caricia”.

Podemos decir que al ser el paciente inconsciente un ser desvalido, que ha perdido la capacidad de defenderse frente a las agresiones del medio que lo rodea, un ser que está experimentando dolor, sufrimiento, lo convierte en una persona ávida de amor, cariño y comprensión, y es a través de la caricia que la enfermera intensivista le demuestra su afecto y solidaridad.

Al respecto el mismo autor agrega “en determinadas situaciones críticas, la caricia constituye un elemento fundamental de comunicación no verbal. Cuando la persona doliente no puede expresarse a sí misma y tampoco puede oírnos, entonces es necesario calibrar adecuadamente nuestros gestos, pues estos, se convierten en el único material expresivo”. Y añade “la caricia es fundamental. Acariciar el rostro de una persona doliente es una forma de decirle que no está sola, que hay alguien que comparte su sufrimiento y su temor. La caricia, es quizás la forma más bella de expresar la ternura humana”.

También Levinas, filósofo citado por Torralba afirma “la caricia expresa amor...la persona doliente agradece la caricia, pues este gesto expresa de un modo lacónico, la cercanía y el cuidado solícito.”

Afortunadamente las enfermeras intensivistas comprenden que el acto silencioso de acariciar forma parte importante del proceso de curación. Gestos simples como alisar el pelo o un apretón de manos, pueden calmar y tranquilizar a un paciente ansioso. Con ello se expresa preocupación sincera en un ambiente que puede resultar aterrador como lo es la UCI.

Sin embargo lo que se pudo observar fue que muchas de las enfermeras que respondieron que si empleaban el contacto físico mediante el tacto lo hacían solo para realizar los cambios posturales, es decir en forma

instrumental como lo denomina Stefanelli, al contacto físico deliberado, necesario para el desenvolvimiento de una tarea específica.

Otro aspecto que abarca la comunicación como ya se mencionó es lo referente a la comunicación verbal, o sicolingüística como lo denomina Stefanelli, específicamente al uso del habla para interrelacionarse con el paciente inconsciente. Al respecto Torralba<sup>42</sup> argumenta “la palabra es el medio de comunicación específicamente humano. Tenemos otros medios, pero la palabra es el más excelente, el de mayores posibilidades, el más adaptable para comunicar todo lo humano y lo divino”.

Referente al empleo de la comunicación verbal los sujetos de estudio expresan:

*“así este inconsciente pienso que es muy importante hablarle y manifestarle todo las actividades que le voy a realizar” (Selene)*

*“yo empleo la comunicación verbal con el paciente inconsciente al saludarlo, llamarlo por su nombre, informarle los procedimientos a realizar” (Diana)*

Como vemos los sujetos de estudio utilizan la comunicación verbal en su interrelación con el paciente inconsciente. Las enfermeras intensivistas al llamarlo por su nombre e informarle los procedimientos están expresando respeto hacia su dignidad de ser humano.

Torralba<sup>42</sup> afirma “la palabra es un poderoso soberano, que con un pequeñísimo y muy invisible cuerpo realiza empresas absolutamente divinas. En efecto, puede eliminar el temor, suprimir la tristeza, infundir alegría, aumentar la compasión”

Este autor resalta la utilidad de la palabra como medio para transmitir confianza y tranquilidad a las personas en situaciones de salud difíciles.

Así mismo, las enfermeras intensivistas sujetos de estudio manifestaron lo siguiente:

*“De todas maneras le hablo, yo se que de repente me escucha, pienso que me escucha dicen que lo último que se pierde es la audición”. (Urania)*

*“Cuando el paciente está inconsciente, yo les hablo, les canto, se que el oído es lo último que se pierde”, (Atenea)*

Como podemos apreciar las enfermeras sujetos de estudio aseguran que les hablan a su paciente inconsciente porque piensan que el paciente les escucha por ser el oído el último sentido que se pierde, este aspecto se ve refrendado por múltiples testimonios encontrados de personas que han estado en estado inconsciente y recuerdan haber escuchado todo lo que sucedía a su alrededor como el siguiente relato encontrado: “Me vi rodeado por una especie de nube rosada. No sentía dolor alguno, sino una extraordinaria sensación de bienestar. Oía las voces de la gente gritando en torno a mí: ¡Está muerto, está muerto! Quería gritarles que estaba vivo, pero no podía. Luego tuve la impresión de que me colocaban en un féretro, de asistir a mis propios funerales. Y pese a todo, no sufría. Me parecía vagar en un mundo compuesto de un cielo azul y una serenidad inmensa. Después, escuché la voz de la enfermera que cuidaba mis heridas: "Permanezca tranquilo. Está perfectamente vivo, aunque le habíamos dado por muerto". Testimonio del cantante Charles Aznavour. Sucedió el 31 de agosto de 1956.

En general, así como el oído es el primer sentido que desarrolla el bebe en el vientre de su madre y es por eso que se le pide que se le estimule al niño hablándole para que reconozca la voz de su madre al nacer, cuando muere una persona, el oído es el último sentido en perderse, el primero suele ser la vista, seguido del gusto, el olfato y el tacto. Realmente los científicos han comprobado que el último nervio que se desconecta, al morir, es el auditivo.<sup>42</sup>

Olarte<sup>41</sup> también señala “así el estado de inconsciencia haga pensar lo contrario, es tranquilizante el contacto personal amable, las explicaciones con voz cálida y firme, así parezca que no escucha, también contribuye a generarle

tranquilidad”. El emplear una voz agradable y que demuestra afecto, favorece el bienestar del paciente inconsciente.

En cuanto al tono de voz que utilizan las enfermeras sujeto de estudios nos dicen:

*“Cuando un paciente esta inconsciente me comunico con un tono de voz que sea suave que le de seguridad”. (Minerva)*

*“Para comunicarme verbalmente con el paciente inconsciente lo hago a través de un tono suave, calmado.”(Atenea)*

Los sujetos de estudio manifestaron utilizar un tono de voz apropiado para darle tranquilidad, calma y seguridad al paciente en este trance tan difícil que está experimentando.

No es solo importante lo que se le dice sino la forma como se lo dice, esto se ve refrendado por La Cuesta, citado por Naranjo<sup>35</sup>, al argumentar “el cuidador debe hablarle al paciente, pero lo importante no son las palabras sino el tono, porque la diferencia de tono en una misma palabra puede hacer que su significado varíe completamente”.

Otra enfermera nos refiere:

*“Yo procuro usar una voz suave, amable que le de tranquilidad, me pongo en el lugar del paciente, a mi gustaría escuchar una voz suave amiga, que me de seguridad”. (Afrodita)*

En este discurso la enfermera se coloca en el lugar del paciente y manifiesta que ella se comunica tal como le gustaría que lo hagan con ella si se encontrara en esa situación. Al respecto, Naranjo<sup>35</sup> argumenta “para darnos cuenta de cómo asume el paciente el cuidado, nos debemos poner en su lugar como lo propone Virginia Henderson. La enfermera deberá esforzarse en comprender al paciente cuando este no posea la voluntad, la conciencia o la fortaleza necesaria, la enfermera debe “ponerse en su lugar” es decir por

algunos momentos adoptar el papel del enfermo, e intentar vivir de cerca esa situación de incertidumbre y encamamiento”. Esto es lo que llamamos empatía, uno de los componentes básicos de la comunicación enunciado por Stefanelli, definida como la habilidad del cuidador para tener conciencia de las necesidades, sentimientos y preocupaciones de los otros y por lo tanto, estar en la capacidad de responder adecuadamente frente a éstos, es decir consiste en darse cuenta de lo que sienten los demás sin necesidad de que nos lo digan, implica ponerse en “los zapatos o en la piel del otro”.

### **3. LA SOBRECARGA LABORAL COMO LIMITANTE EN EL VÍNCULO COMUNICACIONAL CON EL PACIENTE INCONSCIENTE**

A nivel mundial se ha reconocido la sobrecarga laboral como un problema cada vez más importante que se presenta en todas las profesiones pero especialmente en los trabajos asistenciales como enfermería. Hay que tener en cuenta que la sobrecarga laboral en enfermería está dada por la cantidad de pacientes que se tenga por cada enfermera, por la cantidad de personal que haya en la unidad de cuidado intensivo y por las actividades y procedimientos que se les realizan a los pacientes que se encuentran hospitalizados en dicha unidad.

Corredor y Sánchez<sup>43</sup> definen a la sobrecarga laboral en enfermería como “volumen y nivel del trabajo de enfermería”, es decir la cantidad e intensidad de trabajo de la enfermera en su jornada de trabajo, además es necesario agregar que hoy en día las enfermeras realizan otras actividades que no están relacionadas con el cuidado directo al paciente, como las administrativas entre ellas coordinar las interconsultas, llenar libros de productividad, control del material hospitalario, entre otras.

Establecer una comunicación plenamente humana entre enfermera y paciente requiere tiempo, más aún con el paciente críticamente enfermo inconsciente. Al respecto las enfermeras sujeto de estudio refirieron:

*“Cuando estoy apurada porque me viene algún ingreso o cuando me asignan tres pacientes son en estas ocasiones que me comunico poco con mi paciente inconsciente” (Diana).*

*“A veces por la premura del tiempo porque tengo demasiado trabajo suelo actuar, realizar algún procedimiento sin decírselo” (Artemisa)*

Estos diálogos nos permiten decir que las enfermeras intensivistas entrevistadas atribuyen como un factor que limita su comunicación con el paciente inconsciente el exceso de trabajo dado sobre todo por la falta de recurso humano en la UCI teniendo en muchas ocasiones que cuidar a 3 pacientes críticos en su turno, siendo la norma internacional de 2 pacientes por enfermera.

Esto se ve refrendado por Jovell citado por Naranjo<sup>39</sup> quien argumenta que un factor que dificulta el acercamiento de los profesionales a los enfermos es la limitación del recurso humano y la falta de tiempo, porque en la mayoría de las instituciones hay poco personal, al que además se le asigna un gran número de pacientes y funciones.

Al respecto Jorcano<sup>40</sup> también afirma “en el sistema sanitario existen dificultades que hacen más difícil o bloquean la comunicación. Estas circunstancias pueden paralizar, detener o impedir el proceso comunicativo y la relación entre los profesionales sanitarios y los enfermos. Destacando el escaso tiempo de que se dispone por el exceso de trabajo al que es sometido el profesional, lo cual puede llegar a despersonalizar y a tener efectos negativos, produciendo insatisfacción en los profesionales y desencanto entre los enfermos”.

Este resultado concuerda con el encontrado en el estudio “Comunicación Terapéutica para Optimizar la Calidad de Atención al Enfermo Consciente en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Dr. Patrocinio Peñuela Ruíz” realizado por Parra, B.; Peña, N.; Pinto, M. y

Rosales, R. quienes evidenciaron que la sobrecarga de trabajo interfiere en los vínculos comunicacionales con el paciente.

Sin embargo en la observación participante que se realizó, se pudo observar que si bien muchos de los sujetos de estudio no lograban una comunicación con el paciente inconsciente cuando tenían sobrecarga de trabajo, otras que si tenían el tiempo suficiente realizaban en forma mecánica el cuidado sin tampoco lograr establecer una comunicación con su paciente inconsciente.

Olarte citado por Vanegas<sup>41</sup> sostiene que “ante el paciente en estado de inconsciencia y de invasión por la tecnología, la vida completa está en manos del personal que lo cuida”. Añade que “los conocimientos científicos, los descubrimientos y avances tecnológicos son importantes pero la intervención de enfermería no puede estar centrada únicamente en el cuidado de sondas, equipos catéteres; la intervención debe estar centrada en el paciente como persona”. Este autor reafirma la importancia de no limitar el cuidado que brinda la enfermera al uso apropiado de la tecnología, sino cuidar al paciente con dignidad, valorar en todo momento su condición de persona y esto incluye hacer uso de la comunicación.

## CONSIDERACIONES FINALES

La presente investigación surgió del interés de la investigadora en profundizar sobre la comunicación de la enfermera intensivista en el cuidado a la persona inconsciente. El análisis de los diferentes discursos expresados por las enfermeras permitió describir, interpretar y comprender la comunicación que establece la enfermera intensivista y el paciente inconsciente llegando a las siguientes consideraciones finales:

- ✓ La comunicación es la esencia de un cuidado humanizado, para la enfermera intensivista comunicarse con el paciente inconsciente se convierte en todo un desafío a vencer debido a la incapacidad de este de emitir alguna respuesta.
- ✓ Desde el punto de vista emocional la enfermedad es una situación negativa para el sujeto enfermo y así el estado de inconsciencia haga pensar lo contrario, es tranquilizante el contacto personal amable, las explicaciones con voz cálida y firme, así parezca que el paciente no escucha, contribuye a generarle tranquilidad, la enfermera intensivista emplea la comunicación verbal con su paciente inconsciente para saludarlo, informarle sobre los procedimientos a realizar, sobre su familia, para darles palabras de aliento. Se fundamentan en que científicamente está comprobado que el oído es el último sentido que se pierde.
- ✓ Dentro de los aspectos no verbales de la comunicación el tacto cobra gran importancia, puesto que el toque es reconocido como una forma muy personal de comunicación, una forma auténtica, en la cual se transmiten mensajes como afecto, ternura, apoyo emocional, estímulo, atención personal. Sin embargo en el presente estudio la enfermera

intensivista emplea el contacto físico más de forma instrumental que como forma de comunicación no verbal.

- ✓ Establecer una comunicación plenamente humana entre enfermera y paciente requiere de tiempo, más aún cuando el paciente críticamente enfermo esta inconsciente. Si bien es cierto la sobrecarga laboral es un problema que afecta a las enfermeras que laboran en esta área crítica, limitando su comunicación con el paciente inconsciente, también podemos afirmar que muchas de ellas teniendo suficiente tiempo no lo hacen.

## **RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS**

- A las instituciones de salud para que a través de sus Comités Científicos organicen jornadas, que permitan una reflexión sobre el valor de la comunicación, para que ésta sea mucho más clara, eficaz y cálida con los pacientes, sobre todo con aquellas personas cuyo estado de inconsciencia no les permite comunicarse adecuadamente con el personal de salud.
- Dar a conocer los resultados de esta investigación al servicio de cuidados intensivos del HNAAA con la finalidad de promover un análisis constructivo de los aspectos favorables y desfavorables encontrados en la presente investigación.
- Los resultados de este estudio dejan abierta la posibilidad de seguir investigando la manera como se puede construir un puente que permita la integración entre lo que conceptualizamos acerca la comunicación entre la enfermera y el paciente en una unidad de cuidados intensivos y el quehacer de los profesionales en el contexto de la sociedad actual.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García, M, López, P, Eseverri, C, Asiain, M. Calidad de enfermería en cuidados intensivos. Estudio retrospectivo en pacientes de larga estancia. *Enfermería Intensiva* (revista en internet) 1998 Julio-Septiembre. (Acceso 15 noviembre 2010); 9(3). Disponible en: [http://www.doyma.es/revistas/ctl\\_servlet?\\_f=7064&articuloid=13008747](http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&articuloid=13008747)
2. Beltrán, O. La práctica de enfermería en cuidados intensivos. *Aquichan* (revista en internet) 2008 Enero. (Acceso 15 noviembre 2010); 8(1). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2670447>
3. Oliveira, M<sup>a</sup>, Fenili, R, Zampieri, F, Martins, C. Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Enfermería Global* (Revista en internet) 2006 mayo (acceso 7 de enero 2011); 5 (8). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/450/0>
4. Real Academia española. (En línea) (Acceso 7 de enero 2011). Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/>
5. Stefanelli, M. A Comunicacao nos diferentes contextos da enfermagem. Brasil:Ed. Manola Ltda. ; 2005.
6. Duran de Villalobos, M. *Enfermería: Desarrollo Teórico y Práctico*. Bogotá: Unibiblos; 2001
7. González, R, Bracho, C, Zambrano, A, Marquina, M, Guerra, C. El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud. *Salus* 2002 Agosto. (Acceso 10 de noviembre 2010); 6(2):18-22. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-n/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=502557&indexSearch=ID>
8. Ovalle, M. Las Especialidades de Enfermería en Europa. *Especialidades Enfermeras* (revista en línea) 2006 marzo-abril (Acceso 2 de noviembre del 2010); 2(2). Disponible en: <http://www.especialidadesenfermeras.com/revista/index.htm>
9. Mejía, M. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2006 Noviembre (Acceso 15 noviembre 2010); 15(54): 48-52. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-)

10. Davis, A. El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. (En línea) 2006(Acceso 10 noviembre 2010). Disponible en:  
[http://www.coib.org/uploadsBO/noticia/documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%3%A0\\_DEF.PDF](http://www.coib.org/uploadsBO/noticia/documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%3%A0_DEF.PDF)
11. Suazo, M. “La bioética en el desarrollo científico tecnológico del área de la salud: Enfermería y Ética del cuidado”. *Ciencia y Sociedad* (Revista en internet). 2001 Enero-marzo, (Acceso 14 de noviembre 2010); 16(1): 7-15. Disponible en:  
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/IndArtRev.jsp?iCveNumRev=11272&iCveEntRev=870>
12. Nery, M. Actitudes de la enfermera de cuidado directo y satisfacción de la persona hospitalizada. (En línea) 2009(acceso 18 de noviembre2010). Disponible en:  
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2252/1/Actitudes-de-la-enfermera-de-cuidado-directo-y-satisfacion-de-la-persona-hospitalizad>
13. Salazar, A, Martínez, C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Avances en Enfermería* (revista en Internet) 2008 Mayo. (Acceso 4 diciembre 2010); 26(2).Disponibleen:<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12945/13664#>
14. Urden, L, Lough, M, Stacy, K. *Cuidados intensivos en enfermería*. 5ta ed. España: Harcourt Brace; 2005.
15. Domínguez, M. Algunas consideraciones bioéticas en el paciente crítico.(Acceso 14 de noviembre 2010). Disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2\\_1\\_03/mie12103.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_1_03/mie12103.htm)
16. Gómez-Londoño, E. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico. Una perspectiva bioética. *Persona y Bioética* [revista en internet] 2008 julio-diciembre (Acceso 14 de noviembre 2010); 12 (31). Disponibleen:<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=83211487006.2>, Núm. 31, julio-diciembre, 2008, pp. 145-157
17. Critical Care Nursing Resource Center. (En línea)(Acceso 23 de noviembre 2010) Disponible en: <http://www.medscape.com/resource/critical-care-nursing>
18. Guevara, B, Evies, A. Una aproximación al perfil de la enfermera intensivista. (en línea).2008.Disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/756/1/Una-aproximacion-al-perfil-de-la-enfermera-intensivista.html>

19. Atkinson, L, Murray, M. *Proceso de Atención de Enfermería*. 2da ed. México: El Manual Moderno; 2006.

20. Quintero, B. “Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson”. *Ciencia y Sociedad* (revista en internet) 2001 Enero-marzo (Acceso 10 de noviembre 2010); 8(1): 16-22. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/principal/ForCitArt.jsp?iCve=87011272002#>

21. López, M. E. y Vargas, L. R. “La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente”. *Enfermería*. (Revista en internet) 2002 (Acceso 15 de noviembre 2010); 10 (2): 93-102. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/0A5148CB-1418-4CE8-9C9B->

22. González, E. M. Sentido del humor, una alternativa saludable en el trabajo de enfermería. *Desarrollo Científico de Enfermería*. (Revista en internet) 2006 (Acceso 18 de noviembre 2010):13(3): 91-92. Disponible en: [http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-6/enfoque/a\\_relaciones.asp](http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-6/enfoque/a_relaciones.asp)

23. Campo, A. Importancia de las relaciones interpersonales en los cuidados de enfermería. *Episteme* (Revista en internet) 2006 Octubre-Diciembre (Acceso 18 de noviembre 2010); 2(8-9) Disponible en: [http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-6/enfoque/a\\_relaciones.asp](http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/numero8y9-6/enfoque/a_relaciones.asp)

24. Manejo del paciente inconsciente. (En línea) (Acceso 14 de noviembre 2010). Disponible en: [http://www.aeropuertodebarcelona.net/index\\_archivos/documentos/servicio\\_medico/protocolos/02\\_paciente\\_inconsciente.pdf](http://www.aeropuertodebarcelona.net/index_archivos/documentos/servicio_medico/protocolos/02_paciente_inconsciente.pdf)

25. Hernández, R, Fernández, C, Baptista, P. *Metodología de la Investigación*. 4ta ed. México: Interamericana; 2006.

26. Andrade G. *Estudo de Caso: uma estrategia de pesquisa*. 1º ed. Atlas. Brasil 2006.

27. Menga Ludke e Marli E. D. A. André. “El Estudio de Caso: Su potencial en educación”; 1986.

28. Pineda, E. *Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de personal de salud*. OPS. 2da ed. Washington, D.C; 2004.

29. Iñiguez, L. Métodos cualitativos de investigación en ciencias sociales. (En línea) 2008. Disponible en: <http://psicologiasocial.uab.cat/lupicinio>
30. Sandoval C. Investigación cualitativa. Colombia: Arfo; 2002.
31. Burs N, Grove S. Investigación en enfermería. 3ra ed. Madrid: Elsevier; 2004.
32. Elio Sgreccia. Bioética personalista. Modelo personalista cualitativa. Cali (acceso 11 de noviembre 2010). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.pe>
33. Edelmira Castillo. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Cali (acceso 11 de noviembre 2010). Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.pe/Vol34No3/cm34n3a10.htm>
34. Polit y Hungler. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Nueva editorial americana. México. 1995.
35. Andréu, J. Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada. (En línea) 2006 (Acceso 25 febrero 2011) Disponible en: [http://www.coib.org/uploadsBO/noticia/documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%3%A0\\_DEF.PDF](http://www.coib.org/uploadsBO/noticia/documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%3%A0_DEF.PDF)
36. Gómez, M. Análisis de contenido cualitativo y cuantitativo: Definición, clasificación y metodología. Ciencias Humanas. (Revista en internet) 2000. Disponible en: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev20/gomez.htm>
37. Espina, M. la comunicación, instrumento básico en enfermería (en línea) 2008 (acceso 02 agosto 2011) disponible en: [http://www.coib.org/uploadsBO/noticia/documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%3%A0\\_DEF.PDF](http://www.coib.org/uploadsBO/noticia/documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%3%A0_DEF.PDF)
38. Vargas, R. Cuidado Humanizado al paciente críticamente enfermo: enfermería pieza clave en la atención. Ciencia y Cuidado (Revista en internet) 2007 (Acceso 15 de agosto 2011); 4(4) Disponible en: [http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/6/enfoque/a\\_relaciones.asp](http://www.uvmnet.edu/investigacion/episteme/6/enfoque/a_relaciones.asp)
39. Naranjo, I, Ricaurte, G. La comunicación con los pacientes. Investigación y educación en enfermería (Revista en internet) 2006 marzo (Acceso 15 de agosto 2011); 24(1), Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2165699>

40. Jorcano, Pilar. La comunicación no verbal: un reto en los cuidados enfermeros de calidad. Biblioteca Las casas (Revista en internet) 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0017.php>
41. Vanegas, C, Vega, S, Barbosa, M. Experiencias de profesionales de enfermería en el cuidado psicoemocional a pacientes en la unidad de cuidados intensivos. Revista Colombiana de enfermería. (Revista en internet) 2008 agosto (Acceso 2 de agosto) 3(3). Disponible en: [www.uelbosque.edu.co/...enfermeria/.../experiencias\\_profesionales](http://www.uelbosque.edu.co/...enfermeria/.../experiencias_profesionales)
42. Torralba, F. Antropología del Cuidar. Mapre, 1998.
43. Corredor, L, Sánchez, D. Relación entre la sobrecarga laboral en enfermería y la incidencia de infecciones nosocomiales en la UCI. (En línea) 2008 (Acceso 2 diciembre 2011) Disponible en: [www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/](http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/)

# **ANEXOS**

## ANEXO N°01



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO  
Chiclayo

Yo \_\_\_\_\_, abajo firmante, acepto participar de la investigación titulada “COMUNICACIÓN DE LA ENFERMERA INTENSIVISTA EN EL CUIDADO A LA PERSONA INCONSCIENTE” en la Unidad de cuidados Intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. ESSALUD. Chiclayo 2010” que será realizada por la Lic. Sonia Quiñones Chapoñàn, que tiene como objetivo principal: Identificar, describir y analizar la comunicación en la relación de la enfermera intensivista con la persona inconsciente en la unidad de cuidados intensivos del HNAA.

Acepto participar de la entrevista. Entiendo que las informaciones dadas serán sólo de su conocimiento estando garantizado el secreto y respetando mi privacidad. Estoy consciente que las informaciones obtenidas serán tratadas bajo absoluto sigilo, anonimato y fielmente relatadas por la investigadora y que también podré retirarme del estudio sin que tenga ningún perjuicio o gasto.

Finalmente declaro que después de las aclaraciones convenientes realizadas por la investigadora consiento participar de la presente investigación.

---

Firma de la colaboradora de la  
Investigación

---

Firma de la investigadora

## ANEXO N°02



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO  
Chiclayo

Guía de entrevista semiestructurada aplicada a la enfermera intensivista

### “COMUNICACIÓN DE LA ENFERMERA INTENSIVISTA EN EL CUIDADO A LA PERSONA INCONSCIENTE”

#### I.- Datos Informativos

- Seudónimo:
- Fecha y hora:
- Sexo:
- Edad:
- Años de trabajar en la UCI del HNAAA:

#### II.-Pregunta norteadora:

¿Cómo se comunica la enfermera intensivista con la persona inconsciente?

#### Preguntas complementarias:

¿Qué significado tiene para Ud. la comunicación en el cuidado de enfermería?

¿De qué manera cree Ud. que se comunica con la persona inconsciente?

¿La persona inconsciente se comunica con Ud.?

¿Piensa Ud. que la persona inconsciente siente y escucha? ¿Por qué?

## ANEXO N°03



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO  
Chiclayo

### DIARIO DE CAMPO

#### “COMUNICACIÓN DE LA ENFERMERA INTENSIVISTA EN EL CUIDADO A LA PERSONA INCONSCIENTE”

Pseudónimo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Hora Inicio: \_\_\_\_\_ Hora de término: \_\_\_\_\_

- Descripción detallada sobre la interrelación y comunicación de la enfermera con la persona inconsciente: modo de comunicarse, características de dicha comunicación.