

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



**LA COMUNICACIÓN NO VERBAL DE LA ENFERMERA
CON LA PERSONA CUIDADA. SERVICIO DE EMERGENCIA.
HOSPITAL I CHEPÉN-ESSALUD. 2013**

Autora: Lic. Lisset Villalobos Cachay

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

**Chiclayo, Perú
2013**

**LA COMUNICACIÓN NO VERBAL DE LA ENFERMERA CON LA
PERSONA CUIDADA. SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL I
CHEPÉN-ESSALUD.2013**

POR

Lisset Villalobos Cachay.

Presentada a la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo
Toribio de Mogrovejo, para optar el grado de: Magíster en Enfermería.

APROBADO POR

Dra. Rosa Díaz Manchay
Presidente de Jurado

Dra. Elaine Lázaro Alcántara
Secretaria de Jurado

Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos
Vocal/Asesor de Jurado

Chiclayo, 2013

ÍNDICE

Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	14
1.1 Antecedentes	14
1.2 Base teórico-conceptual	17
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	40
2.5 Instrumento de recolección de datos	42
2.6 Procedimiento	43
2.8 Análisis de datos	44
2.9 Criterios éticos	46
2.10 Criterios de rigor científico	48
CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	50
CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES FINALES	74
CAPÍTULO IV: RECOMENDACIONES	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	86

A mis padres: Lupe y Silmer.
Que son ejemplos motivadores
al afrontar juntos las vicisitudes
de la vida.

Hermanos Marlon y Milene.
A pesar de las distancias: gracias
por su inmenso amor y apoyo
incondicional.

A mi querida princesa: Luciana
Belén, por ser la piedra angular
de este camino que
empezamos juntas, eres la
motivación para superarme
constantemente, gracias por tu
comprensión.

A mi esposo Abel, por su
paciencia, compañía y
comprensión que me ayudó
a culminar el trabajo de
investigación.

Agradezco a mi Dios Todopoderoso, por guiarme incondicionalmente. Gracias Padre Bendito.

A mi asesora: Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos, con su pensamiento crítico, humanizado e innovador, me asesoró permanentemente en toda la investigación.

A las enfermeras del Hospital I Chepén, por su colaboración, disposición e interés por la búsqueda del cuidado humanizado.

RESUMEN

La presente investigación cualitativa, profundiza en el estudio de la comunicación no verbal de la enfermera en el servicio de emergencia, enfatizando la gestualidad, uso de la mirada y toque expresivo entre otros que el profesional de Enfermería exterioriza en el cuidado a la persona. El objetivo fue: describir y analizar las diferentes dimensiones de comunicación no verbal de la enfermera evidenciada en el cuidado a las personas a través de las conductas asumidas por las mismas. El referencial teórico se sustentó en Knapp (1992), Travelbee (2012) y Waldow (2008). La recolección de información se realizó a través de la observación no participante y la entrevista semiestructurada a 6 enfermeras que laboran en el servicio, con precedente de consentimiento informado. Los criterios de rigor científico y los principios de la ética personalista se tomaron en cuenta en toda la investigación. El análisis de contenido temático fue utilizado en el tratamiento de la información emergiendo las siguientes categorías: actos comunicativos kinésicos en la comunicación no verbal con dos subcategorías: variedad de expresiones gestuales en la admisión de la persona y mirada comprensiva vs contacto visual modificado; toque enfermero con perspectiva comunicativa; el lenguaje de la proxémica en la emergencia; una paralingüística distintiva en emergencia. Entre los resultados importa acotar que la comunicación no verbal está adherida a la naturaleza de la enfermera y debe saber auto regularla para fortalecer un cuidado holístico, desde la relación del contacto táctil en las relaciones interpersonales, la gestualidad en las acciones de cuidado, la función de la apariencia en la expresión, la interrelación entre el entorno y la personalidad, la dirección y sentido de las miradas hasta las expresiones faciales.

Palabras Clave: *comunicación, comunicación no verbal, Enfermería.*

ABSTRACT

This qualitative research study explores the nonverbal communication of the nurse in the emergency service, emphasizing the gesture, use of gaze and expressive touch and others that externalizes nursing professionals in caring for the person. The objective was to: describe and analyze the different dimensions of nonverbal communication nurse care evidenced in people through behavior adopted by them. The theoretical framework was based on Knapp (1992), Travelbee (2012) and Waldow (2008). Data collection was conducted through participant observation and semi-structured interview to 6 nurses who work in the service, with previous informed consent. The criteria of scientific rigor and ethical principles were considered personalist throughout the investigation. The thematic content analysis was used in the emerging information processing the following categories: kinesic communicative acts in nonverbal communication with 2 subcategories: gestural expressions variety of admission of the person and comprehensive look vs. modified eye contact, touch nurse communicative perspective, the language of proxemics in emergency, a distinctive paralinguistic emergency. Among the results matter to note that nonverbal communication is adhered to the nature of the nurse and should know self regulate to strengthen holistic care, from the relationship of tactile contact in interpersonal relationships, gestures in the care actions from the function of appearance in the expression, the relationship between the environment and personality, sense of direction and looks to facial expressions.

Keywords: communication, nonverbal communication, Nursing.

INTRODUCCIÓN

El actual contexto en políticas de salud, junto a las innovaciones tecnológicas, imponen nuevas formas de relacionarse y comunicarse en los centros e instituciones de trabajo, teniendo presente las exigencias que demandan las instituciones laborales y los usuarios; el movimiento actual exige al personal tener las competencias comunicativas oportunas, incluso asumir cambios en el rol para una cuidadosa atención a los pacientes. Exigencia que abarca también a los profesionales de enfermería de todos los servicios hospitalarios, quienes tienen que comunicarse con los pacientes las 24 horas del día.

Los servicios de emergencias son componentes básicos en el sistema nacional de salud, están organizados para ayudar en la atención a problemas de manera oportuna, permanente, eficaz y eficiente, con o sin riesgo de muerte, atención proporcionada por un equipo de profesionales especialistas con experiencia, entre las cuales la enfermera desempeña un rol importante, por las múltiples funciones que desarrolla en un turno, donde la variedad de atenciones requieren rapidez, decisión, habilidad técnica y destrezas comunicativas para evitar la presencia de errores o equivocaciones en la actuación profesional.

El requerimiento de una atención oportuna y permanente en los servicios de emergencia requiere transformaciones urgentes que se impongan a cambios globales, por ello se considera importante la formación del profesional de enfermería y la demanda de sus recursos, que deben estar orientadas por áreas de competencia (conocimientos, habilidades y actitudes) que permitan la actuación e interacción multiprofesional, para ofrecer ayuda inmediata con facilidades para la realización de procedimientos y una atención de calidad.

En el servicio de emergencia del Hospital I Chepén- Essalud, cuenta con una enfermera programada por turno que se hace responsable del triaje, star de enfermería, tópico de procedimientos de emergencia y un ambiente de observación; además tiene a cargo el traslado de pacientes graves por referencia al Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo-Chiclayo, a una hora de la ciudad de Chepén. En este contexto, las enfermeras están en alerta constante, para llevar a cabo sus actividades en un ambiente de imprevisibilidad e incertidumbre, que requiere conocimiento, pensamiento rápido y disposición para desarrollar el proceso de toma de decisiones, para satisfacer las necesidades urgentes de los pacientes.

En una de las reuniones bimestrales del equipo de gestión, del Hospital I Chepén-Julio 2012, se analizó el trabajo del primer semestre, donde el indicador calidad de atención al usuario en el servicio de emergencia presentado en diapositivas por el encargado de la oficina de planificación del Hospital I Chepén, mostró un déficit en la calidad de atención por parte del personal de enfermería, refiriendo que las observaciones más comunes de los asegurados fueron *"...al llegar al servicio de emergencia, las enfermeras nos piden el DNI, con algunos gestos negativos, no preguntan cómo nos sentimos, se les ve algo molestas.."*; otra situación referida es: *"...cuando realizan la toma de presión arterial a veces no nos hablan, ni nos miran, solo copian en sus hojas y hablan con el médico .."*; otro dijo: *"...una enfermera me tomó del brazo, me colocó la*

inyección y se dedicó a regañarme por lo mucho que había comido, por ello estaba con cólicos, me sentí muy incomodo con su mirada ..”; otra declaración fue: “...no se les ve sonreír, la enfermera no es la de antes; cuando nos dan las indicaciones del alta, a veces parecen que gritan, si no entendemos les cuesta volver a explicarnos se ponen algo molestas...”.

Todo lo manifestado, se reflejó en el aumento significativo de quejas en la oficina de atención del asegurado que corresponde al 40% del total. Quejas que fueron corroboradas por la oficina de planificación del Hospital I Chapén, la cual también realizó una encuesta cuyo resultado manifestó el descontento en la atención de enfermería, especialmente al ingresar al servicio de emergencia donde preguntas relacionadas al saludo, cortesía y escucha al paciente fueron las más observadas.

Corroborar a esta problemática las observaciones realizadas por la investigadora, quien percibió en los diferentes procedimientos, cómo las enfermeras los realizan sin dirigir la palabra a los pacientes, sus rostros se mostraban bastante serios; ante las urgencias el estado de ánimo cambiaba, había alza de voz de forma grotesca y la solicitud de ayuda era de forma inadecuada, incluso las cosas que llevaban en las manos se caían al suelo por el apuro y la vehemencia de su caminar, el lenguaje simbólico que expresaban sus rostros y los movimientos de las manos decían bastante de su estado de ánimo, los posibles conflictos personales que puedan tener o problemas de índole familiar con sentimientos reales, que no pueden ser expresados oralmente y son manifestados externamente a través de gesticulaciones o expresiones del rostro.

Las intervenciones de enfermería están orientadas a la atención integral, aspectos bio-psicosociales, inclusión participativa del grupo familiar, y también se pone énfasis en las habilidades de comunicación no verbal, para neutralizar el descontento de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia. Por ello, la experiencia como enfermera circunstancial en este servicio también ayudó a notar actitudes de malestar,

gestos negativos, situaciones donde los pacientes explican sus problemas y la enfermera no les dirige la mirada, solo está imprimiendo la hoja de atención de emergencia o simplemente está mirando la computadora, causando una situación de insatisfacción y distorsión de la imagen de la enfermera en esa área.

Por otro lado, cabe mencionar, que existe mayor carga de trabajo en actividades que son absorbentes como papeleo continuo y cuestiones administrativas, dejando de ejercer tareas relacionadas a la comunicación no verbal: como sonreír, mirar, realizar gestos que transmitan empatía, faceta importante para enfermería cuyo objeto es el cuidado, estas acciones de sobrecarga de trabajo administrativo contribuyen negativamente cuando se les pregunta, y hasta cierto punto es comprensible que respondan de mala manera o siempre se les observe apresuradas, sobre todo los días lunes y miércoles que son días operatorios, recargándose el preoperatorio a las actividades propias de emergencia.

Al respecto las encuestas de ambas Oficinas de Atención del Asegurado y de planificación del hospital, coinciden en manifestar en su informe verbal a la coordinación de Enfermería, la pérdida de compromiso al cuidar al paciente, calificándolo como trato impersonal, que no solo se refleja en las encuestas antes mencionadas sino que también se observa en el servicio.

Ante esta realidad narrada, la investigadora se formuló la siguiente pregunta de investigación científica ¿Cómo es la comunicación no verbal de la Enfermera con la persona cuidada en el Servicio de emergencia del Hospital I Chepén? Para ello se plantearon los siguientes objetivos: Describir y analizar la comunicación no verbal de la enfermera con la persona cuidada en el servicio de emergencia del Hospital I Chepén.

En este sentido, la investigación argumentó su desarrollo porque la comunicación no verbal esta enlazada al arte de cuidar, situación que la

poseiona como un tema de actualidad y de gran importancia, sin embargo aún no se ha hurgado en su contenido, a nivel local y regional.

Por tanto en el estudio, dada la problemática descrita resulta necesario, importante e interesante profundizar en el análisis de cómo expresa la comunicación no verbal la enfermera con la persona cuidada durante el tiempo que permanece en el servicio de emergencia. La apariencia, la distancia interpersonal y los gestos, desarrollan una dimensión oculta de la comunicación que tiene tanta o más importancia que las palabras. Su estudio reclama la atención de psicólogos, antropólogos, estudiosos de la comunicación, sociólogos, y personal de salud como las enfermeras que están en contacto directo con las personas, y su importancia es tal, que ha llegado a revolucionar los saberes establecidos sobre la comunicación. De esta manera investigar la riqueza que encierra dicha comunicación en el cuidado, resulta muy relevante, además de considerar las prioridades y necesidades de la persona en situación de emergencia. Necesidades que ayudarán a razonar hasta qué punto la enfermería se preocupa por lo no verbal, y si, esta influencia es o no necesaria, las lagunas existentes en esta temática se afrontarán en temas de investigación posteriores, incluso con enfoques metodológicos distintos.

Por otro lado, analizar el rol que cumple la Enfermería, en la comunicación no verbal, plantea un desafío para Enfermería para asumir a futuro una correcta comunicación no verbal con quien la necesita en una situación urgente de salud, o se manifiesta débil o angustiado por una rápida atención, además desarrollar el grado de comprensión que debe tener una enfermera en el servicio de Emergencia y su valorización necesaria para determinar la existencia de buenas relaciones personales enfermera–persona cuidada, que muchas veces no se encuentra evidenciado en los reportes de Enfermería, pero que sí lo percibe la persona cuidada, en términos de calidad de atención.

Igualmente, los hallazgos del estudio permitirán la mejora continua del personal de enfermería con la apertura de la línea de investigación de comunicación no verbal en el cuidado de la persona hospitalizada en otras áreas como medicina interna, cirugía, ginecología, forjando un conocimiento que emana desde la experiencia de sus propios autores, las enfermeras; cuyos resultados mejorarán sus capacidades, además de proponer estrategias para que la comunicación no verbal se deba realizar con sensibilidad, sea oportuna, continua y acompañada de humanidad.

Por último, la determinación del cuidado enfermero es uno de los retos de la profesión de enfermería especialmente en emergencia, que por la coyuntura actual que se presenta en un hospital de nivel I, no sólo requiere resaltar características de destreza con habilidades técnicas, si no también actitudes del que cuida y cómo aplica una comunicación no verbal eficaz. Por tal motivo la investigación discurre en la necesidad de adicionar la temática de comunicación no verbal en el currículo de pregrado, necesario para la formación de las futuras profesionales de enfermería con las capacidades necesarias de comunicación no verbal efectivas.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. ANTECEDENTES:

La revisión de investigaciones previas fue fundamental ya que aportaron conocimientos para el desarrollo de este informe. Por ello se citan las siguientes investigaciones internacionales:

Bautista, Norma¹ (2006) realizó en México una investigación intitulada: “Comunicación no verbal en pacientes hospitalizados en una institución de II nivel Hospital de Veracruz”, estudio cuantitativo cuyo objetivo fue determinar la presencia de la comunicación no verbal entre el usuario y el personal de enfermería, con diseño descriptivo transversal, que utilizó un instrumento Alpha de Crombach, cuyos resultados demostraron que existe una buena comunicación de 68,3%, la kinésica es la más brindada en un 91.7% mientras que la táctica es mala, el 86,7% afirma que es mala, concluyendo que la comunicación que más se da al usuario es a través de las expresiones gestuales y el contacto táctil hacia el paciente es la menos utilizada.

La investigación cualitativa de Giunta da Silva; Visconde Brasil; Quatrini Carvalho y Ramos de Almeida² (2000), titulada la “Comunicación no verbal: reflexiones acerca del lenguaje corporal” realizada con 20 estudiantes de la Escuela de Post Grado de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo, aplicaron entrevista semiestructurada a profundidad con análisis de contenido. Las autoras buscaron reflexionar sobre la importancia del lenguaje corporal, a través de la identificación de un grupo de enfermeras, estudiantes de post-grado. Analizaron el contenido de los relatos, de donde surgieron cinco categorías: concepto, función, importancia, significado y formas de manifestación del lenguaje corporal. El lenguaje corporal fue valorizado por el grupo, como una forma compleja de interacción interpersonal, de la cual se tiene poca conciencia, ocurriendo algunas veces al margen del propio control. Tiene por función expresar sentimientos, emociones y transmitir mensajes, cuyo significado es influenciado por el contexto. El reconocimiento del lenguaje corporal amplía la percepción profesional como un instrumento más para mejorar la calidad de la asistencia de enfermería.

La investigación de Morales, Manuel; Puerta, Ana y Gómez, María³ (2000), denominada “La comunicación entre el personal de enfermería, el paciente y la familia en algunos servicios hospitalarios médico quirúrgicos. Medellín, fue realizada con docentes y estudiantes de Enfermería y Comunicación social de la Universidad de Antioquia, con el objetivo de comprender universos simbólicos y formas de representación de pacientes, familiares y personal de enfermería, bajo el enfoque cuantitativo, cualitativo e interpretativo. El objetivo fue analizar la semiótica de la comunicación en las interacciones entre el personal de enfermería, pacientes y familiares durante el cuidado, utilizando modelos lingüísticos de Ferdinand de Saussure y semióticos de Humberto Eco, procesos de comunicación propuestas sobre la comunicación no verbal. El acercamiento cualitativo a la realidad se

hizo a través de las observaciones de estudiantes de enfermería y docentes durante las prácticas, las cuales se consignaron en diarios de campo. Se encuestaron 92 pacientes, 96 familiares y 97 personas de enfermería bajo consentimiento informado. La investigación condujo a los siguientes hallazgos en la categoría cuidado de enfermería: los actores develan lo que es la buena atención, la satisfacción o insatisfacción de la misma, en la categoría interacción comunicación: señalan las actitudes, gestos y el personal identifica los momentos comunicacionales propicios durante la interacción; en la categoría comunicación y desempeño: los pacientes indican la forma de reconocer al personal de enfermería y éste cuenta las barreras para la comunicación social.

Fidez, J y Trujillo, E⁴, realizaron en España un estudio sobre “El empleo del tacto como forma de comunicación del profesional de Enfermería”. El aporte de esta investigación obedece a demostrar que una forma de la comunicación es la no verbal, la cual incluye el contacto físico, como muestra significativa de afecto y amabilidad, aunque ello es una actitud aprendida, confirma que dentro del proceso comunicacional, los profesionales en enfermería deben aprender a manifestar sus sentimientos; punto importante para el estudio ya que estos enfermos debidos a sus condiciones requieren de este tipo de comunicación.

Molinuevo, B y Torrubia, R⁵, en su artículo: “Formación de competencias comunicativas no verbales en alumnos de medicina” presenta una innovación dirigida a estudiantes de salud, estudio cuantitativo donde muestra la experiencia de resultados de valoraciones realizadas a 350 alumnos, tuvo como objetivo principal incluir el aprendizaje de competencias comunicativas no verbales en los currículos para todo el ámbito sanitario académico y clínico, resaltando

la importancia de adquirir las habilidades comunicativas no verbales para una atención de calidad.

Las investigaciones referidas fueron de importancia para el presente estudio ya que concluyen que la comunicación no verbal tiene relevancia en las relaciones enfermera –persona cuidada.

1.2. BASE TEÓRICO- CONCEPTUAL.

El objeto de investigación: Comunicación no verbal: Enfermera-persona cuidada, se respaldó en los conceptos teóricos de Knapp⁶ y Hall⁷, y cuidado humanizado en Torralba⁸, Travelbee⁹ y Waldow¹⁰.

De esta manera cuando hace referencia a comunicación, Knapp⁶ argumenta que es un proceso de interrelación de información o datos, para lo cual requiere una serie de elementos como emisor, canal, un mensaje y un receptor, fenómeno inherente a la relación que los seres vivos mantienen cuando se encuentran en grupo.

Al explorar el concepto de comunicación, esta puede realizarse desde su etimología. La palabra deriva del latín *comunicare*, que significa “compartir algo, poner en común”, por ello a través de la comunicación, las personas o animales obtienen información respecto a su entorno y pueden compartirla con el resto.

El proceso comunicativo implica la emisión de señales (sonidos, gestos, señas, etc.) con la intención de dar a conocer un mensaje. Para que la comunicación sea exitosa, el receptor debe contar con las habilidades que le permitan decodificar el mensaje e interpretarlo. El proceso luego se revierte cuando el receptor responde y se transforma en emisor (con lo que el emisor original pasa a ser el receptor del acto comunicativo).

Igualmente, Gómez¹¹ explica que comunicación puede permitir a las enfermeras establecer una relación de lo que se traducirá en las interacciones que se centran en el establecimiento de las relaciones interpersonales como la posibilidad de crecimiento para todos los involucrados, donde los individuos se influyen mutuamente a través de la comunicación verbal y no verbal.

Al respecto, la enfermera al cuidar a las personas habla y hace, es el emisor, cuando educa, aconseja, pide, manda, informa o reporta, emite un mensaje verbal acompañado de una comunicación no verbal a un receptor que es el paciente, los otros profesionales, la familia o alguna persona relacionada con el servicio donde trabaja.

La comunicación no verbal según Knapp⁶ se define como aquella clase de eventos comunicativos que trascienden la palabra hablada o escrita. Este tipo de comunicación sugiere dimensiones de conducta no verbal en relación con la comunicación, entre las categorías que posee son consideradas las más importantes: La kinésica que estudia el movimiento corporal, incluye el de las manos, cabeza, expresiones faciales, la mirada. La tactésica comprende el contacto corporal, analiza qué partes del cuerpo se utilizan para tocar a otras personas, con qué frecuencia e intensidad, en qué contexto y con qué finalidad. La proxémica constituye el análisis de las características espaciales de la interacción social, estudia las distancias sociales que adoptamos en diferentes entornos, la elección de la postura de sentado o de pie y el ángulo en que situamos nuestro cuerpo al interaccionar con otras personas. La paralingüística se refiere a la forma de cómo se dicen las palabras pero no incluye a las palabras propiamente dichas sino al volumen, timbre, tono, pausas silenciosas, tartamudeo, velocidad. Aspectos que las enfermeras también emiten de forma no verbal durante el cuidado a las personas hospitalizadas.

Entre los movimientos corporales de la kinésica se encuentran: La mirada o contacto ocular con la otra persona, expresa deseo de comunicarse e interés. Por el contrario, la falta de contacto ocular o pérdida frecuente de la mirada de la otra persona, implica renunciar a la comunicación por falta de interés en el tema por preocupación o disconformidad con lo que se dice. Por último la mirada de soslayo se asocia a desconfianza, así un movimiento de los ojos: rápido, parpadear o fruncir las cejas suelen ocurrir en situaciones de excitación o ansiedad (si no usa lentes).

Entre las expresiones faciales tenemos: la sonrisa, tradicionalmente se asocia a situaciones de bienestar y sentimientos positivos hacia la otra persona, sobre todo si se acompaña del mantenimiento del contacto ocular. La depresión de la comisura labial: expresa tristeza y suele acompañar de mordedura de labios; las contracciones de los músculos faciales como la frente arrugada o la contracción de los labios son movimientos que sugieren preocupación o cólera y abrir la boca sin hablar implica la supresión consciente de un bostezo, se asocia a sorpresa o fatiga.

Por su parte Smith¹² justifica que el saludo con una sonrisa es el gesto que inicia y cierra el encuentro entre las personas. Es la primera forma de comunicación verbal y no verbal, constituye una valiosa herramienta para favorecer el vínculo entre el paciente y la enfermera. La experiencia personal, el sentido común y la empatía de la enfermera son importantes para establecer un vínculo adecuado con los pacientes. Por ello, los programas de formación deberían procurar la enseñanza de la competencia en comunicación con el propósito que todo paciente atendido en un servicio hospitalario, especialmente en emergencia, se sientan cómodos y satisfechos después de la atención brindada, se aclaren sus dudas y despejen sus temores ante lo desconocido porque han recibido una voz de aliento, de serenidad y tranquilidad.

Con relación a la tactésica, Knapp⁶ explica que el tacto es usado en dos funciones: instrumental y expresivo, el primero presenta un objetivo concreto, distinto al comunicativo, por ejemplo, mover al paciente, explorarlo o realizar alguna técnica instrumental. Este tipo de situaciones producen una gran ansiedad en el paciente por lo que la enfermera, que invade una zona íntima de él, debe mostrar un gran respeto.

Además, el tacto sirve para expresar confianza, empatía, y apertura hacia la comunicación. Tocar al enfermo acompañado de comunicación verbal permite que entiendan mejor los mensajes y consigue que perciban a las enfermeras como más empáticas. Los pacientes en los que las enfermeras más utilizan la tactésica son los más jóvenes, mientras que donde menos se emplea es en los ancianos y minusválidos físicos, dos grupos de enfermos que, sin embargo, serían de los que más se beneficiarían con este tipo de comunicación.

Al respecto Rulicki¹⁵, sostiene que aunque tocar a un paciente resulta un poderoso medio de expresar empatía, ciertas personas rechazan el contacto físico porque les produce rechazo e incluso hostilidad, así los varones son los menos propicios a aceptar ser tocados porque lo equiparan con debilidad. No es recomendable usar este tipo de comunicación en pacientes que presentan gran suspicacia, en psicóticos, descompensados o estados confusionales. Por ello, el tocar a un paciente en el servicio de emergencia, será procurando el cuidado que requieren, teniendo un contacto físico a través de una caricia, a través de la toma de su mano suave o ayudándole a conservar la calma, para que el paciente pueda sentirse atendido.

Asimismo, Torralba⁸ detalla que el tacto se ha reconocido como esencia en el desarrollo humano y como una necesidad continua a través de la vida, y tiene como órgano fundamental la mano. La mano que toca, la mano que establece la relación, la mano que calienta, la mano que traza quietud, cariño y afecto, principalmente en el contacto

con la persona doliente, pues al usarla para acariciar durante el cuidado se convierte en un arte, porque articula, técnica e intuición con sensibilidad, ternura, y delicadeza con quien está en una emergencia o a punto de morir.

Igualmente Figueiredo¹⁴ corrobora afirmando que el tacto comienza por las manos y después acontece el acto de tocar, los procedimientos, técnicas, y tecnologías solo pueden ser realizados y manipulados por las manos. El profesional de enfermería debe percibir que sus manos son instrumentos de cuidado sobre el punto bioenergético y no solamente estructuras anatómicas que precisan ser higienizadas.

Como toque afectivo al contacto, Gala¹⁵ menciona que dar a conocer tocando, aplica el sentido del tacto, de esta manera todas las facetas del acto de tocar están estrechamente relacionadas con el ejercicio profesional, es una importante herramienta del proceso de cuidar en enfermería, mover, crear conciencia, lleva a encontrar prácticas humanas, más que profesionales, es la ventaja que se tiene a las máquinas para realizar los procedimientos: la sensibilidad.

Por ello, la enfermera por ser el profesional que se relaciona más con el paciente, debe necesariamente establecer un formulario de contacto que va más allá de los procedimientos técnicos, pues busca establecer la empatía social, (sensación de identificación) de la relación enfermera – persona cuidada. Esto puede ser señal de que a través del tacto ofrece confort, calidez y transmite el mensaje que el paciente no es sólo el dolor y el sufrimiento.

Afirmaciones que son corroboradas por Smith y Cruz¹⁶ al fundamentar que el contacto se puede representar por muchas formas, dependiendo de los factores: duración, ubicación, frecuencia, acción, intensidad y sensibilidad. De aquí la intensidad del tacto se refiere a la

presión utilizada en la superficie de la piel durante el contacto y la sensación causada es la interpretación del contacto corporal agradable o no. La piel es el órgano de transformación de los estímulos físicos en químicos y de los estados psicológicos. En cualquier tiempo de vida, un tierno y amoroso contacto con la piel produce la sensación de apoyo, consuelo, compañía, por ende un contacto agresivo hace que la persona se sienta rechazado, despreciado, invadido por la ira y puede hacer una reacción de defensa.

Por ello, se puede afirmar que el toque se caracteriza, como una forma de comunicación no verbal enfermera-persona cuidada, donde se establece una relación, dependiendo del sentido exteriorizado de esta actitud. La principal herramienta de la comunicación enfermera-paciente es la empatía. Esta interacción se refiere a cualquier tipo de contacto: toque; en el que los individuos se influyen mutuamente, se expresan comunicaciones verbales y no verbales tales como la expresión facial, marcha, postura, tono de voz, gemidos y gestos. Mediante el establecimiento de la comunicación como un proceso que permita a la enfermera hacer el contacto, con el fin de ayudar a sobrellevar la enfermedad, el sufrimiento.

Cuando se habla de proxémica, Hall⁷ expone categorías básicas de distancia interpersonal que implica diferentes tipos de comunicación de las cuales la distancia social o profesional, es la que ocurre a partir de un metro de distancia, se emplea para interacciones con personas con las que no existe una relación íntima como las relaciones laborales o la comunicación con pacientes. Sugiere que la comunicación con pacientes postrados en cama o sentados en sillas de ruedas, no se debe realizar de una posición erguida, de lo contrario la simetría en la comunicación que experimentan debido a las diferentes alturas, produce un sentimiento desagradable de inferioridad, hace que el paciente pierda el interés en comunicarse.

Igualmente, Knapp⁶ acota que las posturas generales del cuerpo como la inclinación ligera hacia adelante asocian apertura a la comunicación y atención al tema, la postura hacia atrás, por el contrario expresa desconfianza o desagrado. La rigidez al sentarse sobre todo al borde de la silla significa que se quiere acabar la conversación y falta de interés, así como flacidez extrema al sentarse, indica falta de respeto, desinterés; brazos cerrados y piernas cruzadas expresan desagrado, ansiedad, deseos de evitar la comunicación, asimismo, un encogimiento de hombros denota incertidumbre o ambivalencia. Estas posturas externas forman parte del movimiento o desplazamiento de toda persona cuando se relaciona con otra y también se observan en las enfermeras desde la admisión de los pacientes hasta ser dados de alta, muchas de estas posturas están influenciadas por el estado de ánimo, el exceso de trabajo, las improvisaciones en el cambio, función o las exigencias del servicio.

En esta panorámica los pacientes que ingresan al servicio de emergencia del Hospital I Chepén, tienen diferentes posturas durante el primer contacto con la Enfermera, la mayoría de veces vienen en sillas de ruedas o camillas o acompañados por familiares, situaciones que deparan expresar una comunicación no verbal pertinente que más adelante se analizan y se comprenden en las diferentes circunstancias por las cuales las enfermeras realizan el cuidado.

Ahora se describirá la paralingüística. Según Hall⁷, forma parte del aspecto externo de un individuo, pues los tonos de voces vivaces ejercen un efecto positivo sobre el oyente porque sugieren extroversión y carácter agradable. La monotonía se asocia a frialdad y reserva. La nasalidad produce desagrado sin que se asocie a ninguna emoción específica.

Entre los principales significados de los actos paralingüísticos destacan: el tono de voz bajo, como un susurro, suele utilizarse para

hacer revelaciones personales o de pronóstico; los cambios en el tono de voz se asocian a variaciones en el significado emocional; la velocidad: el habla rápida y espasmódica se asocia a ansiedad, mientras que el habla excesivamente lenta indica preocupación o tristeza; tartamudeos y lapsus verbales producen intensa ansiedad. Considerando las condiciones de los pacientes de la emergencia, los sonidos no lingüísticos son comunes en estos casos, pues solo manifiestan a veces sonidos de dolor, gemidos, suspiros, llamados y llantos y la enfermera tiene que acoplarse con las actitudes y comunicación no verbal propicia.

Por otro lado, García Campayo¹⁷ indica que conocer la disposición básica del paciente con respecto a la primera entrevista se pueden dar relacionados a la comunicación no verbal: como son la disposición colaboradora que es la habitual en los pacientes que han pedido voluntariamente ser vistos por la enfermera. Generalmente, mantienen una expectativa positiva respecto a este hecho, se caracterizan porque mantienen el contacto ocular que suele acompañarse de una sonrisa como saludo, el aspecto general es relajado, con predominio de posturas abiertas.

En cuanto a la disposición evitativa, son pacientes que no solicitan la atención voluntariamente, presentan muchos de ellos un gran temor hacia la enfermedad grave o presentan desconfianza hacia el sistema sanitario. Este tipo de individuos tienden a evitar el contacto visual y prefieren mirar al suelo o a la pared, no suelen estrechar la mano; si lo hacen es siempre con escasa energía. La disposición agresiva, suele solicitar o acudir a la enfermera para protestar por alguna razón o para exigir cuidados, en ocasiones por experiencias negativas previas, presentan una mirada directa, mantenida más tiempo de la habitual y con tono de voz desafiante, ceño fruncido y mejillas apretadas. La

disposición indiferente indica que no se ha solicitado la atención en forma voluntaria sino a instancias de algún familiar.

Al respecto, Rulicki¹⁵ menciona que durante la comunicación no solo es importante que la enfermera observe la conducta no verbal del paciente, sino también es clave que sea capaz de ser consciente de los mensajes que ella misma está enviando al paciente, porque de ellos depende, en buena medida, el éxito del proceso de comunicación. Concretamente, las incongruencias o descalificaciones en los mensajes de las distintas enfermeras llegan a producir en el paciente confusión, rechazo o pérdida de la confianza no sólo en ellas sino en los cuidados que les brindan.

En esta afinidad Vander¹⁸, detalla que los psicólogos sociales denominan fachada a los mecanismos comunicacionales que se utilizan para expresar una determinada imagen. La fachada consta de tres elementos: escenografía, apariencia y modales. La escenografía define el entorno en el que tiene lugar la comunicación con el paciente: características arquitectónicas y estéticas del centro de salud u hospital.

Parte de la imagen está relacionada con los modales, Stefanelli.M¹⁹ argumenta que los modales es el aspecto que con diferencia, más impresiona al paciente. Dentro del afán por identificar habilidades aisladas hay cuatro aspectos dentro de los modales que toda enfermera debe valorar en cada relación interpersonal. Entre ellos: La manera de recibir al paciente en el ámbito hospitalario: debe ser cálida, al acercarse al paciente, las enfermeras deben situarse de forma lateral a la altura del tercio inferior a la cama o al recibirlo mantener un contacto ocular de forma cómoda y esbozar una sonrisa franca en el contexto de una postura corporal abierta.

La manera de tratar al paciente: se debe dirigirse con respeto, tratarlo de usted, se espera que sea recíproco, es considerado como parte de la paralingüística, ya que el uso o no del tuteo, expresa el tipo

de relación que mantenemos con la otra persona , independiente del tipo del contenido de comunicación.

La manera de escuchar: la expectativa principal del paciente durante el tiempo que mantiene la relación desde el punto de vista no verbal, es la sincronía. Esta es una de las principales características de una comunicación fluida y consiste en que el tipo de movimientos no verbales que muestran los interlocutores es similar, con una expresión coherente según la situación.

Otro aspecto básico es la baja reactividad que es cómo se define el tiempo de reacción que deja la enfermera desde la última intervención suya o del paciente hasta que se produce una nueva. Este tiempo se recomienda que sea al menos de 2 a 3 segundos. De esta forma se facilita el discurso del paciente y la expresión de los temas que le preocupan. De hecho se ha demostrado que la baja reactividad es uno de los aspectos que mejor se correlaciona con la capacidad para detectar malestares.

Además, mientras se escucha, explica Stefanelli.¹⁹, se debe evitar una serie de conductas no verbales que dificultan la comunicación: Manos en los bolsillos cuando uno se encuentra de pie o debajo de la mesa, si está o no, mantener contacto ocular suficiente o por el contrario, clavar la mirada en la otra persona o en otras personas y las sonrisas no sincrónicas, es decir que no proceden dentro del contexto comunicacional.

Al respecto Edelman y Mandle²⁰ argumentan que la enfermera debe utilizar siempre un estilo asertivo porque coexiste el más efectivo para la comunicación. Desde el punto de vista no verbal, se caracteriza por: dirigir la mirada al interlocutor cuando se habla, acompañar el discurso, cabeceo facial y el empleo de un habla lento y con buena vocalización. Por el contrario, deben evitarse los gestos que asocian inseguridad porque transmiten una sensación de desconfianza al

paciente: taparse la mano con la boca, hablar con tono bajo, carraspear y adoptar la posición de dictado. Esta posición consiste en colocar las manos entrelazadas con los dedos índices.

Es así como las relaciones de ayuda son el fundamento de la práctica de enfermera clínica: el elemento esencial de cuidados con cada paciente. Así lo estipula el Manual de organización y funciones²¹ 2010-2011, del Hospital I Chépén, donde la enfermera tiene que brindar atención general y especializada al paciente que está en riesgo su vida o que ha sido sometido a intervención quirúrgica, a fin de estabilizar sus funciones vitales, evitar complicaciones hasta la referencia, si fuera el caso, para su pronta recuperación.

En el ingreso al servicio de emergencia, para realizar parte del triaje, la enfermera, brinda al “paciente doliente” como lo llama Torralba⁸, la primera impresión positiva del cuidado brindado, porque es la encargada de orientar al paciente en su ingreso. La educación brindada por la enfermera, describe el desarrollo de sus competencias encaminada a la obtención de la integralidad del cuidado, donde asume aptitudes en la toma de decisiones, liderazgo y comunicación.

Por ello, en el actual cambio de paradigma observado en enfermería, se anhela suministrar un cuidado humanizado, integral y personalizado.

Cuando se establece el momento de cuidar, Waldow¹⁰, explica que este acto está representado por un movimiento ondular, energético, transformativo, estético. Los comportamientos y actitudes de cuidado son: respeto, gentileza, amabilidad, apoyo, consideración, compasión, disponibilidad, responsabilidad, interés, seguridad, confianza, comodidad y solidaridad. Los objetivos del cuidar abarcan entre otros, aliviar, dar, reconfortar, ayudar, favorecer, promover, restaurar, hacer. Todos estos comportamientos y actitudes de la enfermera en el

momento de cuidar llevan implícitos: kinésica, tactésica, proxémica y paralingüística.

Por ello, Waldow¹⁰ menciona que son frecuentes en la práctica de enfermería los casos de omisión, negligencia, o grosería en función de la falta de material o de personal que ejercen el cuidado. Los pacientes se pueden sentir inseguros, amenazados y hasta temerosos, si al ser recibidos al ingreso son tratados con indiferencia, desinterés o grosería. Por ello el personal que labore en servicios críticos como la emergencia debe aprender a ser empáticos, a darse cuenta de lo que sienten sus pacientes, sin necesidad que ellos les digan.

Otra característica del cuidado de la enfermera es la corporalidad, es decir su presencia en un espacio determinado, la que se muestra como una relación auténtica al estar presente utilizando la conversación, el lenguaje corporal, el tacto y el contacto.

Por ello para que el cuidado realmente se dé en su plenitud, la enfermera se relaciona con otro ser expresando su conocimiento y sensibilidad, demostrando habilidad, técnica y espiritualidad, elevándolo y ayudándolo a crecer. A esto se debe de agregar expresiones de interés, consideración, respeto, y sensibilidad, demostrados en sus palabras, tono de voz, postura, gestos y modos de tocar.

El cuidado de la enfermera en el ambiente hospitalario puede parecer invisible y más en un servicio de emergencia donde la premura del tiempo es importante para poder resolver los problemas agudos de los pacientes, por ello la enfermera de emergencia, está inmersa en una interacción legítima y auténtica donde se distinga la hospitalidad y corporalidad. De acuerdo a lo expuesto, y sumados a los criterios de Waldow¹⁰, se afirma que la comunicación no verbal utilizada por el profesional de enfermería cuando cuida y apoya al paciente en

emergencia, debe reducir los niveles de stress e incertidumbre a través de un contacto visual, táctil más empático.

Por otro lado, la actitud del enfermero que presume generosidad, solidaridad, apertura del corazón, acogida con jovialidad, es decir, sensibilidad, son para Bermejo²² actitudes del enfermero peculiares, así, en el servicio de emergencia, por tener que desarrollar acciones rápidas por la naturaleza de las necesidades que se deben cubrir, no deben perder la empatía, sobre todo al ingreso al servicio, con un saludo amable, afable, con disposición de ayuda a pesar del estado agudo o crítico del paciente, pues genera confianza y seguridad.

De esta manera, la enfermera se relaciona, se comunica con el paciente o familiares quienes perciben la manera cómo le hablan, o lo tocan, los apodosos o las frases que utilizan, o incluso la manera cómo lo miran. Por tal razón la sensibilidad de la enfermera debe estar relacionada directamente con experiencias previas que la vuelven empática, es decir la empatía hace que unas personas sean más sensibles que otras, y por ello es necesario desarrollar habilidades de responder adecuadamente a través de una comunicación no verbal, que satisfagan las necesidades de la persona cuidada.

En este sentido la persona doliente agradece la sensibilidad como lo señala Bermejo²³. Sensibilidad que agradece la caricia si lo siente de corazón, al sentir cercanía y que su cuidado es solícito, también lo menciona como a la persona cordial la que ausculta, presta atención, acoge y pone cuidado en las cosas que hace.

Por su parte, Santos et al ²⁴ afirman que el acogimiento es una comunicación afectiva esencial en cualquier actividad terapéutica, que ocurra en la relación enfermera- paciente. Acoger es movilizar afectos. Sentirse acogido, reconocido, amparado, sentido, solidarizado hace parte de nuestra exigencia gregaria y de comunicación.

Cuando la enfermera trabaja lleva consigo conocimientos, miedos, necesidades, frustraciones, alegrías, tristezas, carencias, y afectos. Es decir, lleva todo aquello que le torna ser persona singular, lo cual se plasma en su cuidar cotidiano; la amabilidad nace por la deferencia que tiene la enfermera cuando considera que el paciente, es un ser humano singular, digno de ser amado, tratado con respeto, dedicación, delicadeza, cariño y afecto.

Afectividad que emerge del cuerpo de la enfermera, al respecto Figueiredo⁹⁵ asevera que con el cuerpo transmitimos cargas de energía tanto positivas como negativas, por ello el cuerpo que cuida y que es cuidado posee una interacción electromagnética en resonancia, esta irá interfiriendo en forma directa en el cuidado prestado. La corporalidad durante el cuidado de la enfermera significa la formación de un vínculo afectivo empático, estar presente en forma auténtica, un diálogo/lenguaje de presencias, donde se emite e interactúa mediante: intercambio de energía, comunicación, mirada, escucha, conversa, toque terapéutico, bromas y sonrisas, que a veces favorecen la disminución del dolor, aspectos que originan confianza, cordialidad, amabilidad, compasión y hospitalidad.

Así la corporalidad le da el toque de cuidado humanizado; cuando la enfermera se hace sensible ante el dolor que siente el paciente que ingresa al servicio de emergencia, debe aprovechar los momentos de cuidado como: triaje, administración de medicamentos, ronda de enfermería, procedimientos, colocación de cateterismos, endovenosos, etc.; ya que con los gestos, mirada, se irradia/emite amor, afecto, o hiere sentimientos al ser persona electromagnética.

Se puede apreciar entonces, cómo a través de lo expuesto, la comunicación no verbal, es también un proceso interactivo, donde se produce intercambio de información, donde la forma expresiva de las

enfermeras resulta fundamental, cuyo objetivo es proporcionar cuidados.

Forma expresiva que Souza²⁶ lo devela como la corporalidad, la cual es más que la materialidad del cuerpo, que la sumatoria de sus partes, es el contenido en todas las dimensiones humanas, no es algo objetivo, listo y acabado, mas es un proceso continuo de redefiniciones, es el rescate del cuerpo, es el dejar fluir, hablar, conversar, vivir, escuchar, permitir al cuerpo ser el actor principal, viéndolo en su relación realmente humana. Corporalidad es existir, es mi, su y nuestra historia. La comprensión de la corporalidad es fundamental para un abordaje del cuidado humanizado. Por ello en enfermería necesita escuchar comprender lo que expresan los pacientes. Es preciso re-aprender el lenguaje y el lenguajear, que objetiva lo subjetivo de la persona a través de su cuerpo. Si la enfermera toma en cuenta la corporalidad, desenvolverá su hacer reflexivo, crítico y empático, propiciará ver al otro ser, con sus potencialidades, tornándolo consciente de lo que es, de sus derechos y responsabilidades.

Es preciso que en enfermería, se re-aprenda a escuchar, estar presente con el silencio, el tono de voz, el abrazar, el tocar, conversar, el ponerse en el lugar de otro y los otros, puesto que los gestos, palabras, toques, acciones, silencio, comunica nuestra interioridad y la hacemos objetiva, demostrando interés o desinterés, preocupación o despreocupación,

Al respecto, Maturana²⁷ afirma que el lenguaje como fenómeno biológico consiste en un fluir de interacciones recurrentes que constituyen un sistema de coordinaciones conductuales consensuales. Ni una conducta, ni un gesto, o postura corporal particular constituye por sí solos, un elemento del lenguaje, señal que es parte de él, solamente en la medida, en que pertenece a un fluir de coordinaciones conductuales, los encuentros corporales de los participantes en el

lenguaje desencadenan mutuamente cambios estructurales. Dicho de otra manera, las palabras constituyen operaciones en el dominio de la existencia como seres vivos de los que participan en el lenguaje, que resulta en el fluir de intercambios corporales, posturas y emociones de estos, que tienen que ver con el contenido de su lenguajear.

Aunque los momentos de cuidado se den por cortos periodos como ocurre en el servicio de emergencia, al admitir al paciente, al administrarle medicamentos o al control de funciones vitales, son trascendentales, producen intercambios de energía, de transmisión de energías positivas.

Por otro lado el término Calidez, Bermejo²⁵ lo relaciona buscando únicamente la satisfacción de los pacientes, reduciéndose entonces a la sonrisa o cortesía (visiblemente artificial en muchos casos) de los prestadores de servicios, sobre todo en hospitales particulares. La calidez se puede incluso convertir en bonitos slogans para competir en el mercado intentando marcar la diferencia.

No obstante, en todo caso, siempre habrá intangibles, siempre habrá porqués que influyen en los cómo de los cuidados, de aquí nace una dimensión genuinamente interior que cualificará los servicios a los pacientes y que reclamará al mundo de las motivaciones intrínsecas el compromiso por humanizar.

Humanizar, acota Diego Gracia²⁸ «exige unas ciertas condiciones básicas, que si no se poseen pueden generar lo contrario de lo que se van buscando, es decir, generar procesos de deshumanización». Para humanizar los cuidados, el profesional debe actuar como ser humano, con la característica de autonomía que le es propia, y que se relaciona con otro ser humano, con la misma característica. Además, uno de los patronos de los enfermos, enfermeros y hospitales, San Camilo de Lelis, citado por Diego Gracia²⁸ con palabras del santo en el siglo XVI,

expresaba: «En el servicio a los enfermos, mientras las manos realizan su tarea, estén atentos los ojos a que no falte nada, los oídos a escuchar, la lengua a animar, la mente a entender, el corazón a amar y el espíritu a orar». Cuando San Camilo de Lelis, decía a sus compañeros que pusieran «más corazón en las manos», estaba pidiendo a quien hacía lo que tenía que hacer y lo hacía bien, que pusieran la calidez, el corazón en el proceso. El corazón inteligente: ahí está el secreto. Es por ello que desde los tiempos antiguos, el encuentro entre la enfermera y el paciente ha constituido el principal medio por el que la enfermería logra sus objetivos.

Las afirmaciones de Diego Gracia²⁸ las corrobora Waldow¹⁰ que manifiesta lo siguiente: En el encuentro entre la enfermera y el paciente, no es sólo un amor y cuidado respetuoso, es una combinación entre los conocimientos técnicos necesarios y estos conceptos, porque la seguridad que proviene de los logros profesionales, su desempeño en las actividades técnicas, junto con las expresiones de interés, consideración, respeto y sensibilidad se muestra en el desempeño de las enfermeras, pero la responsabilidad de cuidado va más allá de los procedimientos técnicos, ya que el cliente es un ser bio-psico-socio-espiritual que necesita de una atención integral asegurada por la humanidad.

Desde su perspectiva humanista, Travelbee⁹ nos muestra una teoría de la relación persona-persona, que presenta el desarrollo de habilidades de ayuda interpersonal en Enfermería, donde se percibe el cuidado Enfermero en forma integral, comprensivo y dinámico; que se va desarrollando a medida que el profesional integra en sí mismo saberes para establecer la relación de ayuda. De esta forma la visualización del ser humano como persona única, irremplazable, que inicia un proceso de relación persona a persona, donde ambas se ponen

en contacto, permiten un compromiso emocional de aceptación, actitud juzgadora y de objetividad.

Comprometerse emocionalmente, involucra la capacidad de trascender e interesarse por otra persona, aspirando a un compromiso maduro, para lo cual la enfermera debe conocerse y controlar la expresión de sus sentimientos que se reflejan y son captados por la persona cuidada durante la interacción. Pero un proceso también puede ser difícil transformándose en una actitud no juzgadora, donde la primera impresión cumple un rol único, que pueden generar conductas de rechazo inconsciente, pero percibido por los pacientes, por consiguiente la relación de ayuda, persona a persona, es una clase determinada de relación interpersonal, que se distingue para Travelbee⁹ en una relación planificada, deliberada, y consciente entre una persona que necesita ayuda y otra que está capacitada para proporcionarla.

Durante este proceso donde una persona solicita ayuda (en forma indirecta o encubierta) y la enfermera se acerca con la intención de ayudar, en ambas se inicia un proceso de acercamiento gradual, porque no se conocen, es aquí donde la enfermera hace uso de sus recursos personales y de su conocimiento para acercar las distancias, requiere capacidad de discernimiento, conocimiento y adaptación a la realidad, para ello, utiliza diferentes técnicas de comunicación como la escucha activa de los mensajes verbales y no verbales, por ello Travelbee⁹ afirma que una persona escuchada se siente tomada en serio, siente que puede confiar, se abre, se desahoga y disminuye su ansiedad.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de investigación.

La presente investigación es de tipo cualitativa, porque tiene por objeto proporcionar una mayor familiaridad con el problema. Según Polit²⁹, la investigación cualitativa, plantea que los observadores puedan informar con objetividad, claridad y precisión acerca de sus propias observaciones del mundo social, así como de los demás.

De la misma forma Pérez³⁰, insiste en la importancia de la investigación cualitativa en la ejecución de descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos, que son observables. Por ello, ésta investigación se considera como un proceso activo que a la vez permita la contextualización del ambiente con el entorno de las personas, en este sentido la investigación cualitativa nos permite describir, analizar, comprender y observar experiencias del comunicar, haciendo hincapié en la comprensión de la experiencia humana del modo en que está vivida, por lo general a través de la colecta

con un análisis cuidadoso de materiales narrativas, subjetivas y observables.

Rodríguez³¹ refiere que los investigadores cualitativos estudian la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tiene para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recolección de una gran cantidad de información a través de: entrevista, historias de vida, observaciones, textos históricos, imágenes, sonidos, entre otros, aspectos que describen la rutina, experiencia de vida y los significados en la vida de las personas.

Así mismo el autor antes evocado agrega que el estudio cualitativo tiene la característica de permitir la reflexión de las acciones desarrolladas por el ser humano, en situaciones que pueden ser expresadas, detectadas, por el sujeto que trabaja con el universo de significados, ideas, sentimientos, aspiraciones, motivos, creencias, valores y actitudes que muchas veces el lado objetivo, no permite percibir, tales como la comunicación no verbal en relación enfermera –persona cuidada.

2.2. Abordaje metodológico.

La investigación desarrollada tuvo como abordaje metodológico estudio de caso, cuyo punto central fue analizar y comprender los fenómenos más relevantes para el desarrollo, la atención de la persona o de sus problemas.

Las investigaciones con abordaje de estudio de caso, según Polit²⁹ son investigaciones a profundidad de individuos, grupos o instituciones que se determina porque el sujeto piensa, se comporta o se desarrolla de cierta manera, en particular una sola entidad, normalmente la entidad de un individuo, puede tratarse de familiares, grupos, instituciones u otras

unidades sociales. Por otro lado el estudio de caso ya sea simple o específico siempre debe ser bien delimitado teniendo sus contenidos claramente definidos en el desarrollo del estudio, el caso puede ser similar a otros pero al mismo tiempo distinto, pues tiene un interés propio, singular.

Los principios o características para el estudio de caso que guió a la investigadora según Ludke y André³², en el presente estudio fueron:

- a) Los estudios de caso se dirigen al descubrimiento: La investigación que realizamos partió de las observaciones realizadas a las enfermeras, las cuales sirvieron de base para el estudio, revelando cómo es la comunicación no verbal en la relación enfermera-persona cuidada en el servicio de emergencia del Hospital I Chepén.
- b) Los estudios de caso enfatizan: “La interpretación en el contexto”. Este principio estableció que para tener una comprensión más completa del objeto de estudio, es preciso tener en cuenta el contexto. El estudio se llevará a cabo en el mismo servicio de emergencia del Hospital I Chepén, que fue el escenario del estudio lo que permitió describir mejor el objeto de estudio.
- c) El estudio de caso busca retratar la realidad en forma compleja y profunda. En este estudio de investigación se abordaron las observaciones de cada una de las enfermeras como casos particulares y se profundizaron en cada una de ellos tal y como son en realidad.
- d) Los estudios de caso utilizan diferentes fuentes de información para revelar el objeto de estudio, en este estudio las fuentes lo constituyeron las enfermeras, se utilizó como técnica la observación no participante, nos brindó datos de diferentes momentos, se complementa con una recolección de datos como la entrevista a profundidad que nos permite contrastar lo dicho con lo observado.

- e) Los estudios de caso, revelan experiencias vicarias y permiten generalizaciones naturales. Las experiencias vividas de las enfermeras se tomaron de las observaciones de ellas tal y como se ven y no como la investigadora las interpretó, de ellas se pueden presentar generalizaciones naturalísticas.
- f) Los estudios de caso procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social, por ello se relataron todos los aspectos similares o contradictorias que se presentarán durante la investigación.
- g) Los relatos del estudio de caso utilizan un lenguaje y una forma más accesible con relación a otros relatos de investigación, por lo tanto, el informe se realizó con un lenguaje claro y sencillo, haciendo uso de categorías, subcategorías para los resultados, al obtenerlas se tuvo en cuenta los aportes de Niebet watt citado por Ludke³² :

Fase exploratoria: en esta fase se especificaron puntos críticos, que establecen los contactos iniciales los cuales permitieron entrar en dicho campo de estudio, se localizó a los participantes del estudio que fueron observados y fuentes de datos, siendo fundamental para dar una definición más precisa del objeto de investigación. Esta etapa permitió realizar un análisis crítico de la realidad observada, la descripción de la situación problemática, el planeamiento de preguntas orientadoras determinando así, el problema con los objetivos de la investigación científica; del mismo modo se llevó a cabo la contrastación y el análisis del objeto de estudio con otros trabajos de investigación, empleando la literatura, relacionándola con el tema. Por ende para el objeto de estudio, se procedió a establecer contactos iniciales para entrar al campo, localizar informantes, determinar la fuente de datos necesarios, así mismo permitió validar instrumentos de recolección de datos a través de un muestreo piloto, es decir, la observación a la población en estudio, las mismas que no fueron incluidas para el trabajo de investigación.

Fase de delimitación del estudio: permitió el acopio sistemático de la información o datos esenciales mediante un instrumento semiestructurado, que fue de su elección, surgieron las características propias del objeto de estudio; la importancia de determinar los focos de la investigación, establecer los límites, seleccionar aspectos más relevantes y la determinación del recorte de estos fue crucial para lograr los propósitos del estudio de caso y tener como fin, una comprensión más completa de la situación estudiada.

Fase de análisis sistemático y la elaboración del informe: surgió la necesidad de unir la información, analizarla y remitirla en forma disponible para los sujetos de estudio para que manifiesten sus reacciones sobre la relevancia e importancia de lo que se relató y observó. Estos “borradores” de relato, se presentaron a los interesados por escrito. Se utilizó el análisis temático para una mejor comprensión que permitió establecer las categorías y utilizándose un lenguaje sencillo de fácil entendimiento para el lector.

2.3. Sujetos de la Investigación.

Los sujetos de investigación fueron 6 enfermeras que laboran en el servicio de emergencia, voluntarias previo consentimiento informado del servicio de emergencia del Hospital I Chepén.

Como criterios de inclusión se consideró las siguientes condiciones: enfermera permanente del servicio, con más de 2 años de experiencia, el número de participantes se determinó por saturación y redundancia, cuando se saturó la información necesaria para la respuesta a los objetivos de la investigación, situación que se dio con la participante sexta.

Como criterio de exclusión se desestimó a las enfermeras que rotan esporádicamente por este servicio y las que no quisieron participar

voluntariamente en este estudio, que para efectos de la investigación no se dio en ningún caso.

En relación a las enfermeras participantes ocurrió al azar, por turnos programados, eligiendo aquella que estuviera en el turno, previa explicación y firma del consentimiento informado. Se les aseguró la manera cómo se guardaría la confidencialidad de sus observaciones y discursos a través del uso de códigos numéricos, usando para cada enfermera el código EA1 hasta la última enfermera EA6.

Las enfermeras participantes del estudio, fueron todas mujeres, sus edades fluctuaron entre 28 y 42 años de edad, reconocidas por su dinamismo, diestras y competentes en el hacer, caracterizadas por su acreditación, todas con estudio de especialidad en “Cuidados Críticos y Emergencias” culminados.

2.4. Escenario.

La presente investigación tuvo como escenario el Servicio de Emergencia del Hospital I Chepén; quien otorga prestaciones asistenciales del primer nivel de atención de salud. Tiene por finalidad cumplir acciones de promoción, prevención, proyección y rehabilitación de la salud del asegurado y derecho-habiente, en concordancia con las normas y lineamientos emitidos por el órgano rector del sistema de salud, está conformado por 4 servicios: consulta externa, sala de operaciones, hospitalización y emergencia.

El Servicio de Emergencia del Hospital I Chepén, está ubicado en la parte posterior del área nueva cuenta con un tópico de procedimientos, un consultorio médico, un star de enfermería y una sala de observación que cuenta con 8 camas para una permanencia no mayor de 24 horas, así mismo, cuenta con un servicio de ambulancia las 24 horas del día, para referencias a la ciudad de Chiclayo, con un tiempo promedio de 1 hora hospital más próximo de referencia, donde las enfermeras viajan

brindando cuidados al paciente y a su familiar según protocolo de atención en referencia al asegurado.

El personal de enfermería está formado por 10 enfermeras y 5 técnicos de enfermería, algunos turnos se obtienen apoyo de un digitador asistencial para obtener las historias clínicas del sistema de gestión, cuando no se cuenta con este personal, la enfermera asume el papel de digitador. El trabajo efectuado en el servicio de emergencia consiste en un diverso plan de cuidados, que inicia con el triaje, admisión a la persona y control de sus funciones vitales además de efectuar diversos procedimientos invasivos como colocación de catéteres venosos periféricos, sondas nasogástrica y foley, cuidados a los pacientes de observación, con administración de tratamiento medicamentoso, a todo esto se agrega la responsabilidad del cuidado de equipos que se encuentran en el tópico de procedimientos así como la asistencia a procedimientos y maniobras de RCP, desfibrilaciones, atropinización, hasta la preparación a la persona para la referencia, si fuera necesario.

De ello se desprende la información del servicio de emergencia donde se llevó a cabo el estudio de investigación que la atención sigue las normas de soporte vital avanzado, del cual se atiende un promedio de 700 pacientes mensuales, entre urgencias /emergencias, 80 son emergencias prioridad II, 500 prioridad III el resto prioridad I los cuales permanecen en observación durante periodos variables, dependiendo de la gravedad, se hospitaliza o se refieren. Los trastornos más frecuentes, son cardiovasculares, metabólicas, enfermedades infecciosas, traumas y problemas traumatológicos que son referidos por falta de especialista.

El servicio de emergencia presenta mucha afluencia de pacientes, porque existe una preferencia por el servicio, gracias a que los que asisten a ella tienen una atención rápida y preferencial, a comparación de la consulta externa, donde tienen que esperar por cupos disponibles, por

ello acuden más rápido a la emergencia; a pesar de que no corresponden a prioridades I y II.

2.5. Instrumentos de recolección de los datos.

Teniendo en cuenta la complejidad del objeto de investigación, se utilizaron como instrumentos de recolección de datos la observación no participante²⁹ y la entrevista semiestructurada que se realizaron a las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital Chepén, esto permitió profundizar en el objeto de estudio, mediante una comunicación interpersonal, en la cual se buscó las gesticulaciones que expresan y transmitan oralmente las enfermeras en el proceso de comunicación no verbal.

Con relación a la observación no participante, Tello³⁵, argumenta que es el uso sistemático, de los sentidos en la búsqueda de los datos que se necesitan para resolver un proceso de investigación, la observación debe seguir algunos principios básicos como un propósito específico, ser planeado cuidadosamente, debe ser controlado a través de escritos con duración y frecuencias, debiendo seguir los principios básicos de validez y confiabilidad.

Por ello, la investigadora organizó un plan de observación no participante y aplicó la guía de observación (ver anexo N°01) ayudado de un cuaderno bitácora donde las observaciones percibidas, sin ninguna clase de intermediación, tal y como se daba naturalmente desde la admisión del paciente fueron escritas. Para ello la investigadora pasaba desapercibida, actuando de tal manera que el observado no modifique o altere su conducta, el logro de esta observación mostró datos confiables y de buena calidad que fueron posteriormente analizados, permitiendo una apreciación clara del objeto de estudio.

También se usó la entrevista semiestructurada, la cual se aplicó en un primer momento y luego se rectificó el rumbo de la recogida de datos,

usando en un primer lugar la guía de observación no participante explicada anteriormente y después se continuó aplicando la entrevista semiestructurada, la cual se basó en una guía de tópicos y la investigadora tuvo la libertad de plantear preguntas adicionales, cuando surgió algún caso en particular que sirvió de ejemplo y que ayudó a una mejor comprensión del tema que es materia de investigación.

De este modo, la entrevista se desarrolló en un marco de conversación entre dos personas, con el propósito de favorecer la producción de un discurso conversacional continuo con cierta línea de sentido argumentado, no fragmentado, segmentado, pre codificado, el cual fue validado para su aplicación. También la entrevista permitió profundizar en el tema específico pues la investigadora realizó una secuencia para la realización de las preguntas, porque tienden a cambiar a medida que la investigadora aumente sus evidencias ayudando a realizar repreguntas y de esta se profundizó en el objeto de estudio.

2.6. Procedimiento.

Anterior a la presentación, sustentación, y aprobación del proyecto de investigación por la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo-Chiclayo-Perú y validado el instrumento de recolección de datos, a través de la realización de la prueba piloto, se procedió a recoger los datos de las Enfermeras en el servicio de Emergencia del Hospital I Chepén. Se iniciaron primeramente 2 entrevistas y luego se hizo la observación no participante a 6 enfermeras; aprovechando la entrega de material, la investigadora observaba los movimientos de las enfermeras, entrando y saliendo en un turno de 6 horas desde 7am hasta la 1pm. Cada observación eran anotadas posteriormente en el cuaderno de bitácora, para luego hacer su estructuración significativa ordenándolos por movimientos de cabeza, manos, como miraban, como se acercaban y las distancias que tenían con el paciente, tonos de voz, inflexiones, los gestos que mostraban al

realizar procedimientos, etc. La duración de las observaciones duró 2 meses.

Para la realización de las entrevistas se esperaba los cambios de turno de las enfermeras, previo a la entrevista la investigadora explicó los objetivos de la investigación para su autorización y cada una firmó el consentimiento informado, (ver anexo N°03) se les explicó además que toda la información recogida recibida sería guardada, por la investigadora y la identificación de cada entrevistada sería a través de códigos. Culminado el proceso del informe final de la tesis, se les declaró que los discursos vertidos serían quemados.

Después se aplicó la entrevista utilizando una grabadora y refiriendo en cada momento que se mantendrá la privacidad y anonimato, por lo cual se podían expresar con plena libertad, en total se realizaron 6 entrevistas delimitadas por saturación y redundancia³⁴, es decir la investigadora ya no encontró información diferente para profundizar en su objeto de estudio, las entrevistas tuvieron una duración de 30 a 45 minutos y se realizaron durante 4 meses, por los compromisos que tenían las enfermeras con sus familias y sus estudios.

Terminada la recolección de datos se procedió a la transcripción de las entrevistas con una duración de 4 a 5 horas, luego se llevó a cabo la lectura y relectura de los discursos descritos con la finalidad de identificar unidades de significados que permitan relacionarlas con la observación no participante y poder develar el fenómeno de estudio.

2.7. Análisis de los datos.

El análisis de datos cualitativos se diferencia del cuantitativo, porque los investigadores profundizan y se detienen en la fase descriptiva, antes de pensar en el análisis e interpretación, Burns³⁵

El análisis de datos tanto de la observación como de la entrevista semi estructurada se realizó por contenido temático, esta parte de la información observada y escrita como de los datos textuales de los discursos, se descompusieron en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías, siguiendo el criterio de analogía, es decir considerando similitudes o semejanzas que existan entre ambas, en función de criterios preestablecidos. El análisis del contenido temático comprende tres etapas según Lupicino³⁴:

- **Pre análisis:** es la etapa de organización del material a analizar en la que se diseñó y precisó los ejes del plan, examinar los datos escritos y realizar efectivamente el análisis del contenido. Durante esta etapa, la investigadora transcribió las observaciones grabadas y organizó los escritos, de tal manera que la profundización permitió una mejor contextualización semántica a continuación fueron ordenados de forma numérica y posteriormente se agruparon en categorías y subcategorías.

- **Codificación:** consistió en realizar una transformación de los datos brutos (material original) a los datos útiles, información tratada del EMIC al ETIC, operaciones implicadas en esta etapa serán las fragmentaciones del texto utilizando el método del recorte e identificación de colores, es decir, el establecimiento de unidades de registro y catalogación de elementos que formarán parte o que son materia de estudio. En esta etapa se llevó a cabo una lectura minuciosa y completamente detallada de los escritos, se fueron descartando los datos no útiles para la investigadora, estableciéndose los escritos observacionales y los discursos en unidades significativas, luego ambos se fueron moldeando en un lenguaje claro y que sea entendido.

- **Categorización:** consistió en organizar y clasificar las unidades obtenidas en base a criterios de diferenciación. Criterio fundamental de la categorización (agrupación) el cual es semántico, es decir, considerando similitudes en su significado. La investigadora una vez

obtenido los datos, los procesó con el análisis temático relacionado al contenido, codificando y clasificando los temas que dieron inicio a 4 grandes categorías, éste tipo de análisis temático permitió examinar los escritos a través de tres etapas, llegando hasta la categorización que posteriormente se confrontó con la literatura para dar significado a todo lo observado y dicho en las entrevistas para el logro de objetivos planteados.

La presente investigación se convirtió en un desafío para la investigadora que abordó sola una investigación de tipo cualitativa, donde encontró algunas limitaciones, superadas por dedicación, estudio, revisión de bibliografía e idas y venidas a la biblioteca. Igualmente cabe mencionar la facilidad que me proporcionaron las enfermeras del servicio de emergencia donde todas colaboraron en la realización de la investigación, cuyos resultados serán beneficiosos y exitosos si son asumidas por todas ellas.

2.8. Criterios éticos

Los criterios éticos que sustentaron la presente investigación tuvieron como base la Ley del Trabajo del Enfermero³⁶ (27669), artículo 7^{mo} inciso I y el Código de ética del Colegio de Enfermeros del Perú³⁷ artículo 57°. Además se examinó los lineamientos para garantizar el ejercicio de la ética de la investigación desde el reconocimiento de los derechos humanos aprobados por Decreto Supremo N° 011-2011. Perú que estipula el respeto de la persona humana y su inherente dignidad de la investigación.

También en la investigación se abordaron los principios de la Ética Personalista, de Elio Sgreccia³⁸. Entre ellos el respeto a la dignidad de las personas, donde las enfermeras que participaron en este estudio fueron consideradas como personas únicas, dignas, con autoconciencia, poseedoras de un cuerpo y un espíritu unitotal, por tanto no fueron

cosificadas solo para obtener datos. Se reconoció en ellas su autonomía, decisión de participar voluntariamente con consentimiento informado, su identidad y declaraciones estuvieron resguardadas por códigos, se procuró buscar la verdad hasta encontrarla.

La libertad y responsabilidad; principio donde una persona tiene la libertad para conceder o no la intervención sobre sí, pero, este es un punto importante, porque tiene a la vez la responsabilidad de que su elección esté en consonancia con su propia dignidad y con lo que este viene a ser, mientras que una persona consigo misma tiene un compromiso de respeto, puesto que ni el propio sujeto se ha hecho a sí mismo ni por sí mismo, exige respeto y valor de aprecio que se debe tener.

Este principio permitió ceñir el plan de investigación con rigor científico, sin producir ningún tipo de daño a los participantes, mucho menos tergiversando los resultados a libre albedrío, sino trabajando para desentrañar el objeto de estudio y lograr los objetivos propuestos.

La socialización y subsidiariedad, demuestra que los resultados trabajados ayudarán sin duda a mejorar la comunicación no verbal en la relación enfermera-persona cuidada en el servicio de emergencia del Hospital I Chepén y buscar el bien común, sin discriminación de edad, sexo, religión, situación social, económica o cultural.

Principio del valor fundamental de la vida humana: este principio implica afirmar que todas las dimensiones del ser que participan, integran o expresan la dignidad de la persona, son objetos de respeto. Tales dimensiones tienen sentido en el todo de la persona y no pueden ser consideradas como un medio disponible para la maximización de lo útil o placentero. Para efectos de este importante caso, el valor fundamental de la vida ordena la disponibilidad y la sacralidad de la vida.

El derecho a la vida es el primero de los derechos y el más fundamental, que sin él, todos los demás incluidos la libertad serían inexistentes. El respeto a la vida , así como su defensa y promoción, tanto ajena como la propia, representa el imperativo ético más importante del ser humano, es un valor absoluto que hay que respetar siempre, es lo más sagrado que tenemos, la vida de cada quien es única, irrepetible, insustituible, inviolable. Tal respeto a la vida humana se entiende en todas sus etapas de manifestación, desde el momento de la concepción (fecundación) hasta el último instante (muerte Cerebral).

Cuando se habla del respeto del cuerpo y la vida humana, significa que, nunca puede ser utilizada como medio para un fin distinto a ella misma, no puede ser objeto de experimentación si no está bajo ciertas condiciones y nunca de manera arbitraria, por ello los sujetos de estudios se sujetaron bajo este principio.

2.9 Criterios de rigor científico

Entre los aspectos de rigor de la investigación cualitativa, Morse³⁹, considera los criterios de rigor que fueron tomados en cuenta en la investigación:

Credibilidad: se logró cuando los hallazgos del estudio son reconocidos como reales o verdaderos, por las personas que participan en el estudio, por aquellas que han experimentado el contacto con el fenómeno investigado. Aquí se reconoce la importancia de los informantes que son los que conocen verdaderamente su mundo, el que es completamente diferente al mundo del investigador. Captar a través de la observación, lo que es cierto, conocido o la verdad para los informantes requiere observar de manera activa, reflexionar y tener una relación de empatía con el observado, es por eso que el objetivo del investigador es ingresar en el mundo de las personas lo cual exige

paciencia, reflexión, y evaluación permanente llevado a cabo a través de la observación no participante.

Auditabilidad o Confirmabilidad: se refiere a la neutralidad de la interpretación o análisis de la información, que se logra cuando otro investigador puede seguir la pista y obtiene hallazgos similares. Para ello es necesario un registro y documentación completa de las decisiones o 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 similares a las del investigador original, por ello, en esta investigación, se ha guardado la originalidad de los discursos observacionales tal y como se presentaron y así poder ser objeto de análisis si así se requiere en un futuro.

Transferibilidad o aplicabilidad: consiste en la posibilidad de transferir o extender los resultados a otros contextos o grupos. Se trata de examinar qué tanto se ajustan los resultados con otro contexto. En esta investigación cualitativa la audiencia o el lector del informe son los que determinan si pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente del estudio. Por ello se describió densamente el lugar y las características observacionales de las personas donde el fenómeno fue estudiado. Por tanto, el grado de transferibilidad es una función directa de la similitud entre los contextos.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La conducta no verbal de la Enfermera está en constante estudio, no sólo por los directivos de una Institución hospitalaria, sino también apreciada y criticada por la propia persona que recibe el cuidado suscitada por la inmediatez en la relación enfermera paciente. Al respecto las categorías emergidas en la investigación “La comunicación no verbal de la enfermera con la persona cuidada. Servicio de emergencia. Hospital I Chepén-Essalud. Setiembre del 2012” son:

Primera categoría: Actos comunicativos kinésicos en la Comunicación no verbal.

1^{ra} Subcategoría: Variedad de expresiones gestuales en la admisión de la persona.

2^{da} Subcategoría: Mirada comprensiva vs contacto visual modificado.

Segunda categoría: Toque enfermero con perspectiva comunicativa.

Tercera categoría: El lenguaje de la proxémica en emergencia.

Cuarta categoría: Una paralingüística distintiva en emergencia.

En el servicio de emergencia, el paciente siempre está acompañado de familiares y amigos, esto significa que todos están atentos a las expresiones faciales de las enfermeras para relacionarlas con sus necesidades y ansiedades. Por ello toda enfermera debe estar consciente del uso de la comunicación no verbal, de su significado y propósito para con los pacientes. Igualmente ser capaces de comunicarse de manera eficaz y tener mayor capacidad de iniciar cambios que favorezcan la salud del paciente, especialmente cuando ingresa a un servicio de emergencia que a pesar de la rapidez en los movimientos corporales que la enfermera expresa para atender al paciente, también es cierto que deben establecerse una relación de confianza con ellos y sus acompañantes ya que el fracaso en la comunicación causa una dificultad importante, aumenta la responsabilidad y amenaza la credibilidad profesional.

En este sentido, es importante señalar que la comunicación no verbal es trascendental debido al papel que desempeña en el sistema total de la comunicación y no debe estudiarse como una unidad aislada sino como una parte inseparable del proceso global de comunicación. Porque puede servir para repetir, contradecir, sustituir, complementar, acentuar, o regular la comunicación verbal, a través de las emociones mediante señales que la identifican tales como: expresiones faciales, postura, posición, espacio, actos explícitos y gestos, que muestran y regulan el comportamiento de la enfermera, detalles que se aprecian en la:

I CATEGORÍA: ACTOS COMUNICATIVOS KINÉSICOS EN LA COMUNICACIÓN NO VERBAL.

Según Birdwhistell⁴⁰, el ser humano posee dos dimensiones generales en la forma de comunicarse para expresar sus necesidades con el mundo, anuncios efectuados a través de actos comunicativos que enrolan un lenguaje verbal o psicolingüístico relacionado al mundo de las palabras y un lenguaje no verbal o psicobiológico cuyo modo de comunicación implica al cuerpo con sus cualidades fisiológicas, físicas y gestuales. Por consiguiente, desde el momento que uno se encuentra en presencia de otra persona, se activan y superponen discursos percibidos por los sentidos de la vista u oído, conversación que va tejiéndose de manera inconsciente como diálogo corporal.

Por ello, es de cuestión vital tener presente la comunicación no verbal, la cual no puede estudiarse de forma aislada, va unida indisolublemente a la comunicación verbal tal como lo afirma Knapp⁶, quien menciona que la comunicación no verbal es cualquier movimiento reflexivo o no, de una parte o la totalidad del cuerpo que una persona emplea para comunicar un mensaje al mundo exterior. Knapp⁵ sugiere dimensiones de conducta no verbal en relación con la comunicación, dentro de ellas la kinésica, considerada como el estudio del movimiento corporal que abarca expresiones faciales, movimientos que enrolan la siguiente:

1ra. Subcategoría: Variedad de expresiones gestuales en la admisión de la persona.

La comunicación no verbal necesita al igual que la verbal de un emisor y un receptor, cuando la persona ingresa al servicio de emergencia se convierte en receptor y la enfermera que lo atiende es el emisor, ella sin darse cuenta expresa durante este proceso variedad de expresiones gestuales las cuales pesan mucho más que la cadena verbal, porque en el rostro es

posible visibilizar con claridad los sentimientos, antes de que se digan en forma verbal; por ello al cuidar se debe desarrollar, como sostiene Torralba⁸, el sentido que tiene la corporalidad.

En este sentido, la kinésica determinada por expresiones gestuales no es un complemento de las palabras, sino elementos que aportan un verdadero significado pues permite alcanzar un alto grado de expresividad y sutileza, muchas veces discordantes con el lenguaje verbal, como se pueden apreciar en las siguientes observaciones y discursos:

"...al entrar se observa un rostro serio, ceño fruncido, labios cerrados y apretados... camina rápidamente, con el brazo derecho levantando, como diciendo que esperen..." OEA1

"...al ingresar un paciente a emergencia, lo saludo con respeto y le pido el DNI, realizamos también la función de digitación, por atender al paciente rápido, estas cosas administrativas... quitan un montón de tiempo...no deberíamos de hacerlas... después le tomo las funciones vitales, imprimo la historia y la paso al médico..." EA1

"...cuando entra a la emergencia se queda de pie, tronco muy recto, presenta una expansión del pecho, cabeza erecta y brazos extendidos hacia los costados, su rostro refleja seriedad muestra un ceño fruncido, no esboza una sonrisa, pero saluda, con un tono grueso y fuerte..." OEA2

"...cuando ingresa un paciente, estoy en el módulo de admisión lo saludo cortésmente, nosotras tenemos un protocolo de atención al paciente en Essalud, creo que todas lo cumplimos; le pregunto cuál es el problema por qué viene al servicio y como se siente..." EA2

"...la enfermera se encuentra de pie, con tronco recto, ceño fruncido, mirando fijamente al computador, desde

donde realiza preguntas a los pacientes continua mostrando seriedad en sus gestos..."OEA4

"...al paciente se le atiende brindándole una sonrisa y preguntando por lo que le aqueja, siempre tratándole con respeto como se merece el asegurado..."EA4

La cara está compuesta por una serie de elementos que transmiten a través de gestos mucha información, donde ojos, cejas y boca en conjunto son encargados de esta misión, según Mínguez Vela⁴¹, brindándonos micromensajes gestuales que nos muestran expresiones fugaces, pero reveladoras. Esto significa que muchas veces, los discursos positivos se contraponen con expresiones gestuales negativas, observadas por la investigadora como rostros serios, ceños y labios fruncidos, seriedad en los gestos; dichas observaciones difieren de lo manifestado por las enfermeras al cuidar, durante el ingreso de pacientes al servicio de emergencia del Hospital I Chepén. Estas gesticulaciones negativas pueden ser producidas por una serie de filtraciones de sentimientos que en ocasiones sirven como válvulas de escape de la expresión de impulsos, que pueden ser no percibidos por los emisores.

En el servicio de emergencia del Hospital I Chepén, ingresan personas con una serie de afectaciones de su corporalidad que van desde una fiebre alta de 40°grados hasta un politraumatismo encéfalo craneano; requiriendo cuidados simples hasta complejos. Para Travelbee⁹ el cuidado es la esencia de la práctica de enfermería, una de las acciones de cuidado se manifiesta en la comunicación como parte integrante de la relación de ayuda. Parte de ella, la comunicación no verbal muy común en un servicio de emergencia por la rapidez de acciones que lleva a cabo la enfermera, vendría a ser el intercambio de un mensaje sin utilizar palabras para comunicarse y relacionarse eficazmente con la persona que requiere cuidado.

Por tal razón, el rostro, como lo argumenta Dolores Cáceres⁴², posee un gran potencial comunicativo, fuente principal de comunicación no verbal

a nivel humano, por ser una zona del cuerpo muy asequible y visible suele prestarse mucha atención, como sucede cuando la enfermera inicia el proceso de admisión de la persona en un servicio de emergencia. La expresión de un rostro serio significa una primera barrera en la comunicación, en ese primer contacto interpersonal; Travelbee⁹ explica que una cálida acogida y una comunicación afectiva ayudarán perfectamente a establecer el encuentro original, que aporte bienestar, tranquilidad y confianza.

En los discursos presentados por algunas enfermeras del servicio de emergencia, se observa variedad de expresiones kinésicas durante la admisión, expresiones que no favorecen la visión positiva que tienen las personas de las enfermeras, como lo detalla Travelbee⁹, porque la cara (los músculos que rodean los ojos) y las manos son especialmente expresivas, éstas mal usadas, como en los discursos a continuación, causan un efecto negativo en ellas.

Según el estudio de Varela⁴³ y colaboradores con la sonrisa el 100% de personas reciben buena acogida, perciben que la interrelación va a ser positiva e incluso aprecian que hay un buen ambiente que les proporciona tranquilidad, confianza, seguridad y protección, aspectos que no se observaron en ciertas enfermeras de emergencia; además no tienen una posición y movimientos adecuados; los tonos de voz denotan apresuramiento que no permiten transmitir un interés por la persona, este primer contacto se puede apreciar como deshumanizado según las apreciaciones de Reynoso⁴⁴ y colaboradores debido a que no hay respuesta a las necesidades y expectativas que esperan de la enfermera.

Igualmente, la discordancia entre lo dicho y lo observado se percibe al recibir a la persona, pues según lo manifestado, la enfermera aplica un protocolo de bienvenida que cumple pero al mismo tiempo manifiesta poco tiempo disponible para atenderlo justificándose con otras actividades administrativas, situación que les permite que sus expresiones gestuales

entren en discordancias con el apresuramiento y la preocupación por actividades descentradas del cuidado de la persona, pero con una ambivalencia con la comunicación no verbal.

Sin embargo, es necesario expresar que también hay enfermeras que están preparadas para crear una buena interrelación a pesar de las emergencias que se presentan en la admisión de las personas, siendo conscientes de saber transmitir mensajes positivos. Aquí algunos de los discursos donde se puede apreciar las siguientes observaciones:

"...esboza una sonrisa y señala un asiento con su mano, mirando al paciente fijamente y a la vez imprime la historia..." OEA5

"..Al decirle en que puede ayudar a un paciente, le tiende la mano para obtener el DNI, lo mira fijamente acompañándolo de una sonrisa y continúa escuchando atentamente lo que le manifiesta...el paciente sonrío y comienza hablar más tranquilamente..." OEA5

"...la enfermera tiene un hablar tranquilo y claro con la hija del paciente, tratándola de calmar con su voz, su mirada tranquila y fija después le brinda una sonrisa amplia y espontánea, también se observa a la paciente sonreír..." OEA6

Los discursos anteriores son productos de la observación realizada a las enfermeras donde se analizaron en forma resaltante la aplicabilidad de la sonrisa como expresión facial positiva, usada por la enfermera para tranquilizar y brindar confianza; siendo este gesto correspondido por la persona cuidada, lo que denota que es un signo no verbal muy útil para el inicio de una interrelación enfermera- persona cuidada.

La sonrisa de placer que indica gratitud, bienestar, humor, brindando tranquilidad y confianza. Según García Campayo⁴⁵, la sonrisa se asocia a situaciones de bienestar y sentimientos positivos hacia el otro,

sobre todo si se acompaña de la mirada; en el ambiente de emergencia mientras actúa la enfermera mira a la persona cuidada, este contacto ocular con la otra persona expresa el deseo de comunicarse y el interés que pueda tener por ella de acuerdo a las observaciones y discursos analizados emerge la siguiente subcategoría:

2da. Subcategoría: Mirada comprensiva vs contacto visual modificado

La mirada en la comunicación se utiliza como una forma de conducta relacional con la forma de ver que tiene el individuo y las consecuencias que de allí emanan para la interacción, así hace notar Dolores Cáceres⁴². En la mirada puede darse el contacto ocular directo que es una de las mejores formas de potenciar el mensaje que se desea transmitir o la falta de contacto ocular que implica renunciar a la comunicación que se puede asociar a desconfianza, aspectos que se aprecian en las siguientes observaciones y discursos:

"...La enfermera ingresa a la emergencia, lo hace mirando a todos, con ojos vivaces y brillantes, esboza una ligera sonrisa y saluda a todos, con tono de voz amable, después comienza a entrar a los ambientes a su cargo con miradas rápidas..."OEA3

"...comienzo por saludar al paciente, pedirle sus datos y si tiene un documento de identidad, le pido que se siente, para tomarle los signos vitales, y se le explica que el llamado es por orden de llegada, y que el médico de guardia la llamará, y que aquí será atendida, luego en el tópico de enfermería, le pido la indicación del médico y procedo a colocar los endovenosos o lo que requieren..."EA3

“...Al ingresar se observa a la enfermera con un rostro tranquilo, mira fijamente a un paciente que se le acerca, y contesta cortésmente ante su pregunta, se voltea y continua caminando hacia el módulo, esbozando una sonrisa y una mirada cortés de bienvenida a las 3 personas que se acercan a su lado...”OEA6

“...Lo primero que hago al recibir al paciente, es saludarlo y pedirle su identificación, después preguntarle en que lo podemos servir...”EA6

Para Dolores Cáceres⁴², la eficiencia del comportamiento no verbal se ve reflejado en la cara, los músculos que rodean la cara y la forma de mirar son especialmente expresivos, pues transmiten profundos estados de ánimo; con la mirada se puede transmitir acogida, serenidad, ternura y comprensión, en el discurso presentado el mirar a todos lados indica reconocimiento del lugar, necesarios para empezar su trabajo pero no para mostrar interés por la persona que nos está hablando o pidiendo algo.

Los ojos vivaces y brillantes para Hernández Herrarte⁴⁶ son producto de una sobrecarga de hormonas y secreción en las glándulas lacrimales, que provoca muchas veces sentimentalismo en el receptor de las miradas, esto debe aprovecharse de manera positiva para aumentar el grado de acogida y bienvenida, en un servicio tan a menudo frío e impersonal y atiborrados como son los servicios de emergencia.

En estos discursos podemos apreciar otro tipo de mirada firme y sostenida en tiempo, que refleja interés, atención e inteligencia, con capacidad dialogante y tolerante según lo emite Hernández Herrarte⁴⁶.

“...La enfermera atiende a un paciente, mirándolo fijamente, luego esboza una ligera sonrisa, y habla con tono de voz amable...”OEA5

“...La enfermera se posiciona de pie, de frente con una mirada firme y sostenida dirigida al esposo, al que

escucha, le pide una consulta médica para su esposa, fija la mirada en la paciente y pide el DNI , esbozando una sonrisa y señalando un asiento con su mano, mirándola fijamente, asintiendo la cabeza ligeramente de forma cortés..."OEA5

El adecuado uso de la mirada y la sonrisa para Reynoso⁴⁴ se asocia a buenos comunicadores con habilidades para la CNV, pues mantener la mirada y dar la bienvenida se asocia con una mayor efectividad en las relaciones interpersonales en salud. Un estudio sobre comunicación a nivel interpersonal, refiere que el uso de la mirada muestra fascinación, gracias a la capacidad del ser humano para comunicar sutilmente grandes cosas. Por ello la forma como la enfermera la presenta, tiene un peso importante frente a las personas cuidadas. En este sentido, al desviar la mirada la enfermera puede enviar mensajes no verbales negativos de desinterés, cansancio y aburrimiento, como se aprecian en las siguientes observaciones y discursos:

"...Dirige la mirada hacia el consultorio médico, esquivando y desviando su mirada de los pacientes, que se acercan y ella por el contrario alejándose rápidamente..."
OEA1

"..Se observa a la enfermera con un rostro serio y miradas rápidas de reconocimiento a las vías y sondas que presenta el paciente, pero no lo mira al rostro, continúa controlando las funciones vitales rápidamente y luego pasa a otro paciente..."OEA4

"...Cuando ingreso al servicio en la ronda a los pacientes de observación, los saludo y les pregunto como están, al mismo tiempo de que voy observando los pacientes cómo están sus vías y mirarlos rápidamente porque el tiempo me gana..." EA4.

La información proporcionada por nuestros ojos es mucho más precisa que la suministrada por nuestros oídos, por ello controlar el canal de la comunicación no verbal para Dolores Cáceres⁴², con la mirada se indica a los interlocutores la predisposición de iniciar, continuar e interrumpir el contacto, en el discurso presentado se observa una mirada esquiva conscientemente dependiendo si es una mirada atenta o en caso contrario si no lo hace puede representar una falta de desinterés como podemos observar a continuación:

“... un paciente solicita atención, la enfermera pide el DNI, no lo mira, con tono de voz serio, continúa escribiendo en la computadora y solo mira el computador, pregunta ¿cuál es la emergencia?, el paciente refiere que no lo deja dormir...” OEA2

“...la enfermera se encuentra de pie, con tronco recto, ceño fruncido, mirando fijamente al computador, no mira al paciente, desde donde realiza preguntas a los pacientes...” OEA4

Solo se tiene una oportunidad para dar una impresión positiva, pues el tiempo disponible es corto, lo menciona Baumgart⁴⁷, por ello la enfermera debe estar preparada para proyectar una mirada, que genere confianza; poder tener la capacidad para controlar las diferentes emociones que pueda presentar como ansiedad, irritaciones; al no mirar a un paciente produce en la mayoría de casos desdén y falta de interés por parte de ella.

Otra dimensión de la conducta no verbal en relación con la kinésica, es la llamada táctica, ligada al contacto corporal, situaciones que serán analizadas en la siguiente categoría.

II CATEGORÍA: TOQUE ENFERMERO CON PERSPECTIVA COMUNICATIVA

El movimiento de tocar produce comunicación a través del tacto, se hace un redescubrimiento de la sensibilidad, lo aduce García Hernández⁴⁸, que va más allá del uso de las manos para manipular, transportar, levantar, coger, pinchar, presionar. La acción de tocar es abordado por la táctica, dimensión de la conducta no verbal según Hall⁷, que presenta mayores diferencias culturales en entornos hospitalarios, el tacto es usado en dos funciones: toque expresivo e instrumental, éste último presenta un objetivo concreto: movilizar al paciente, explorarlo, ejecutar una técnica instrumental; este tipo de situaciones produce ansiedad y se pueden apreciar en las observaciones a continuación:

“... toma el brazo rápidamente, coloca el mango de esfigmomanómetro, comienza insuflar seriamente, observa la medición, retira rápido y fuerte el manguito; la paciente se queja, me duele refiere...continúa llorosa y acongojada...”OEA2

“...pide a un adulto mayor que se acueste en la camilla, para aplicarle un inyectable, le realiza preguntas, para lo cual contesta con monosílabos, no lo mira, continua volteada dando la espalda, toma el brazo, escoge un lugar, lo aseptica, después comienza a colocar un catéter endovenoso, el paciente quiere preguntar, ella dice: no se mueva; al paciente se le observa cerrar los ojos, con expresión de dolor, se queda en silencio...”OEA4

En los discursos emitidos se puede observar ejemplos claros de toque instrumental, en actividades del cotidiano hacer de la enfermera del servicio de emergencia, debemos resaltar el sentido de la sensibilidad de las manos, descubriendo las propiedades energéticas, térmicas y no solo

mecánicas del tocar, situaciones superficiales que en algunas circunstancias dadas las características de un servicio de emergencia o por la rutinización del quehacer enfermero, conlleva a realizar los deberes de forma mecánica, omitiendo u olvidando las reacciones de empatía que debe ocurrir en toda relación interpersonal cuando un paciente ingresa por emergencia.

La rutina conduce a cuidados despersonalizados, la realización de procedimientos con movimientos bruscos con el afán de terminar rápido, acciones que de alguna manera dañan la sensibilidad de las personas porque hiere su corporalidad tal como lo acota Torralba⁸:” el ejercicio de cuidar exige una rigurosa observación de la corporeidad humana, y de su potencial expresivo. La mirada, la boca, las manos, el llanto, el grito, el toque son instrumentos de comunicación que el cuidador debe considerar muy seriamente en el despliegue de su labor pues la persona enferma se expresa a través de dichos elementos y es, absolutamente indispensable ser receptivos a ellos.

De acuerdo a las apreciaciones anteriores, las enfermeras de emergencia, descuidan de alguna manera su potencial expresivo, mientras interactúan con la persona cuidada, el toque instrumental que ejecutan no toma en cuenta las expresiones del rostro, quejas y dolor que producen los procedimientos que realiza como lo emiten en los discursos observacionales analizados.

Sin embargo puede suceder también contrario al toque instrumental, el expresivo, como su mismo nombre lo dice enrola una comunicación, que puede usarse para expresar confianza, empatía y apertura hacia el diálogo; tocar con palabras, permite que se entiendan mejor los mensajes, consiguen percibir a las enfermeras más empáticas, así lo demuestran las siguientes observaciones:

“...brinda un abrazo fuerte, sonrío y le toma sus manos, el adulto mayor la mira y le sonrío ligeramente a pesar del

dolor que se le observa, por los cólicos abdominales que refiere..."OEA2

"...después de colocar un inyectable a un adulto mayor, la enfermera brinda una sonrisa ligera y da toquitos ligeros en el hombro, aunque la persona sigue con dolor, contesta con un gracias y gestos positivos..."OEA3

"...la enfermera le acaricia el rostro a un niño con fiebre, mientras sonríe y habla con la madre, luego prepara la posición con la madre y procede a colocarle el inyectable al niño..."OEA6

Un instrumento utilizado en el lenguaje táctico según Montagú⁴⁹, es el toque, dependiendo del modo cómo nos aproximamos para tocar, presión ejercida, tiempo de contacto y parte tocada, se puede analizar el significado y lo que representa este toque, por ello en el servicio de emergencia se puede resaltar una intención que puede ser percibida por las personas a través de toques o caricias, como lo hace la enfermera al realizar sus procedimientos.

Para la investigadora estas competencias con habilidades comunicativas: toques y caricias, deben conocerse y comprenderse en su lenguaje táctico para saber diferenciar el arte de tocar afectivo del instrumental en situaciones de su cotidiano; hacer, donde muchas veces está más preocupada por tocar los instrumentos y artefactos utilizados en la monitorización, que por el mismo acto de tocar, a pesar de que son muchos los estudios que han demostrado que el contacto físico-afectivo es importante porque brinda confianza, positivismo, tranquilidad.

De manera general el paciente percibe mejor el toque en diversas situaciones de soledad, dolor, de pérdidas de los sentidos como hipoacusia casos que ocurren en un servicio de emergencia. No se puede olvidar que cuando tocamos invadimos un espacio corporal, por ello se precisa estar

atento a demostraciones gestuales no verbales que demuestren consentimiento según lo refiere Stefanelli¹⁹.

Por tales circunstancias, la enfermera competente debe ser receptiva a las situaciones de stress, características del servicio de emergencia utilizando la tactésica, a través de un toque enfermero denominado así por la investigadora, al toque usado para tranquilizar afectivamente a la persona cuidada, ofreciendo equilibrio que calme la soledad, impaciencia y el dolor.

Ligado a la tactésica, complementando muchas circunstancias observadas, la dimensión relacionada al contacto espacial, de donde se desprende la siguiente categoría:

III CATEGORÍA: EL LENGUAJE DE LA PROXÉMICA EN LA EMERGENCIA.

La comunicación entre enfermera y paciente es una constante en el servicio de emergencia, por ser un elemento esencial para enfermería como conocimiento, habilidad y actitud recibida durante los años de formación y detallada anteriormente a través de la tactésica. Las enfermeras expresan una comunicación no verbal en esa relación por medio del lenguaje de la proxémica, lenguaje de las distancias; comunicación considerada como principal medio para el acceso y mantenimiento de las relaciones. Representa, por lo tanto, un importante instrumento para la enfermería en el asentamiento del vínculo con el paciente porque ambos como seres humanos tienen la necesidad de comunicarse. Sousa⁵⁰.

Al respecto, Cibanal⁵¹ argumenta que el sentido del yo como persona no está limitada por su piel, se desplaza dentro de una burbuja que representa la cantidad del espacio que debe haber entre las personas, por espacio se entiende el aspecto físico del lugar o la distancia para hablar. Ese espacio en el servicio de emergencia es reducido por la cantidad de personas que esperan atenderse, estas consideraciones son corroboradas

por Hall⁷ quien acota que el estudio del comportamiento espacial del hombre en el proceso comunicativo: rol del espacio interpersonal, distancia que mantienen las personas, dentro de lo que puede ofertarnos la proxémica comprende sentarse cerca del profesional, cara a cara, sin ningún objeto entre ellos, acompañados de otros movimientos corporales asertivos, que se le llama distancia profesional.

Asimismo, Hall⁷ observó que todo hombre tiene un espacio de la organización fija (el determinado por el modo social de satisfacer necesidades materiales, como comer, beber y dormir), un espacio de organización semifija (el determinado por el agrupamiento de individuos, como ocurre en las salas de espera, en las terrazas de los cafés, etc.) y un espacio "informal" que comprende las distancias que vivimos inconscientemente con los demás. Estos espacios de organización se pueden evidenciar en los siguientes discursos:

"... enfermera posicionada de pie, a 1 metro de distancia de la persona cuidada, que se encuentra sentada, solo se acerca por momentos específicos: medida de presión arterial duración de 5 min, colocación de termómetro 1 minuto y se aleja rápidamente..."OEA1

"...enfermera posicionada de pie con respecto a la persona cuidada, se encuentra en silla de ruedas, para el control de funciones vitales, coloca el termómetro y comienza a insuflar el tensiómetro en un promedio de 2 minutos..."OEA3

"...enfermera posicionada de pie, persona cuidada acostada en camilla, con mucho dolor ,distancia aproximadamente de 30 cm. Acercándose más para la colocación de endovenosos y colocación de sonda nasogástrica..."OEA4

Los espacios de organización evidenciados por la comunicación no verbal proxémica de las enfermeras, están entre distancias íntimas y personales, dados por su postura de pie; mientras el paciente está sentado aparece la distancia muy cercana, sólo para realizar un procedimiento tal como control de signos vitales, colocación de endovenosos o aplicación de sondas con mayor atención a éstos que a la misma persona.

Según, Edward Hall⁷, autor de la teoría, la territorialidad del ser humano, es la prolongación del cuerpo, marcado por signos táctiles, visuales, vocales y olfativos. En este sentido, la distancia regula el contacto y el respeto del territorio, las distancias profesionales en el servicio de emergencia son en promedio 1 metro y el acercamiento profesional se basa estrictamente al actuar porque no existe mucho tiempo para pensar, por ello su quehacer se basa en la agilidad procedimental.

Por otro lado, regular el acercamiento con el movimiento del cuerpo, nos asegura un acercamiento eficaz, si uno se acerca demasiado, las personas pueden sentirse amenazadas, y si no se hace, evidencia indiferencia. Por tal razón la investigadora resalta las habilidades proxémicas que se deben aprender al ingresar al espacio íntimo explicándole el porqué, con respeto, incluso pidiendo permiso.

Waldow¹⁰ y Travelbee⁹ argumentan que la enfermera, se comunica aunque no haya necesidad de palabras, pero lo que sí debe sentir la persona cuidada, es esa motivación, conocimiento, habilidades técnicas, capacidad de cuidar con amor a través de la aproximación de quien lo cuida.

Por ello, para la investigadora, las enfermeras deben preocuparse por desempeñar un papel humano durante la aproximación, con una buena acogida, sensibilidad y empatía. Ellas deben demostrar presencia, dentro del comportamiento espacial, a través de una comunicación no verbal eficaz con un desempeño profesional y humano, basadas en capacidades expresivas no verbales; no sólo en el tecnicismo si no también

saber utilizar esos instantes de proxémica: de acogida y acercamiento hacia una persona deseosa de ser cuidada con delicadeza y sensibilidad.

Por tal razón, aunque el discurso observacional expresa proxémica procedimental, la investigadora también ha tenido la oportunidad de observar situaciones donde se resaltan características del acercamiento con intención, concertando con Travelbee⁹, que en una relación de ayuda, el proceso se inicia cuando una persona solicita la ayuda, el servicio de emergencia es un servicio particular donde la solicitud de ayuda es tácita, cuyas enfermeras, se distinguen por su capacidad de ayudar con un proceso de acercamiento gradual, haciendo uso de sus recursos personales y de su conocimiento para acercar distancias eliminando barreras de comunicación no verbal.

Para entender al hombre y su relación con el espacio, según Hall⁷ se necesita la noción sobre sus sistemas de recepción: táctil, visual, auditivo, olfativo y la manera cómo la cultura puede transformar la información dada por tales sistemas. El sistema táctil es tan antiguo como la propia vida; la capacidad de reaccionar a estímulos es un criterio básico de la supervivencia y la enfermera dentro de su lenguaje proxémica es su presencia cuidadora por la inmediatez que tiene con la persona a un servicio o permanece hospitalizada las 24 horas.

Cabe mencionar entonces que la proxémica como comunicación no verbal no puede estar aislada de la forma en que son dichas las palabras. Incluye el timbre de la voz, el tono, el volumen, el acento, las pausas silenciosas o rellenas con contenido es decir estamos hablando de la paralingüística aspecto que analizaremos en la siguiente categoría:

IV CATEGORÍA: UNA PARALINGÜÍSTICA DISTINTIVA EN EMERGENCIA

No se puede pensar en modos de comunicación verbal de las enfermeras con la persona cuidada en un servicio de emergencia sin elementos paralingüísticos, siendo los elementos más significativos el tono y la inflexión: volumen de la voz, timbre, el ritmo, la fluidez verbal que acompañan el actuar de la enfermera, su modo de atender y la peculiaridad al relacionarse con los pacientes.

Es importante agregar que la paralingüística no solo comprende las cualidades no verbales de la enfermera (como la voz, sus modificaciones y los silencios momentáneos) sino que también la forma en cómo escuchan, pues la paralingüística constituye un componente conductual de la comunicación, sus diferentes combinaciones son las que generan impresiones en los pacientes y en servicio de emergencia cuya características son la rapidez de los movimientos procedimentales, de ingreso y salida de pacientes, por ello no se puede separar la comunicación verbal de la no verbal, ni de la paralingüística porque ésta última es la que permite completar el significado de lo que se dice, cómo se dice y en el tono en que se dice, Cestero⁵², como se puede apreciar en los siguientes discursos:

"...el ceño parece fruncido, y su voz tiene tono grave, fuerte y rápido...casi no contesta..."OEA1

"...su hablar es rápido y con tono de voz elevado, casi no mira al paciente manteniendo la mirada fija al computador..." OEA2

"...mientras controla la presión arterial, el paciente realiza preguntas, para lo cual contesta con un hablar muy rápido, casi no se entiende, en otras oportunidades no contesta..."OEA4

En emergencia se observó una variedad de tonos de voz que va desde los suaves hasta los altos, acompañados de gesticulaciones a veces inapropiadas como señalar con los dedos, o movimientos de manos rápidos, aspectos que son considerados por Addington⁵³, quien argumenta que tonos de voz vivaces acompañados de gestos positivos, sugieren carácter agradable del emisor, al contrario la monotonía de una voz gruesa, se asocia a frialdad, reserva y hasta desconfianza. De acuerdo con el autor la investigadora observa que el sistema paralingüístico que utiliza la enfermera de emergencia está formado por las cualidades y modificadores fónicos: tono grave, fuerte y rápido, indicadores sonoros de reacciones fisiológicas-emocionales, propias de quienes trabajan en un servicio de emergencia.

Referido a los elementos cuasi-léxicos, pausas y silencios que a partir de su significado comunican o matizan el sentido de los enunciados verbales de las enfermeras, Cestero⁵⁹. Argumenta lo siguiente:

Las cualidades físicas del sonido, tales como el tono, timbre, cantidad y la intensidad, modificadores fónicos o tipos de voz (dependientes del control que ejercemos sobre los órganos implicados en la articulación y la fonación) pueden aportar a cualquier expresión oral, componentes que convencionalmente pueden determinar la información que se desea dar o matizar el contenido o sentido de un enunciado o acto de comunicación. Así, una expresión con tono de *voz grave, fuerte y rápido...casi no contesta...OEA1*, puede comunicar entendimiento, desilusión, alegría o desprecio, dependiendo del tono con el que se emita o de la duración de algunos de sus sonidos, o puede tener distinto sentido si se dice con voz susurrante, con voz gritona o con voz temblorosa. De otra forma un enunciado rápido con tono de voz elevado, casi no mira al paciente, puede resultar totalmente irónico, negativo y hasta retante.

Igualmente, algunas reacciones fisiológicas o emocionales, como la sonrisa, el suspiro, el grito, la tos, el carraspeo, el bostezo, el llanto, el sollozo, el jadeo, el escupir, el eructo, el hipo, el estornudo, el castañeteo de dientes, etc. producen sonidos que contienen ciertos componentes comunicativos que pueden variar en las culturas, signos sonoros, emitidos consciente o inconscientemente, que tienen un gran rendimiento funcional. Sirva de ejemplo la sonrisa, reacción emocional que manifiesta fundamentalmente alegría, pero que también puede expresar tristeza y miedo; además, se utilizan como calificadora de enunciados, bien ajenos, indicando con ellos acuerdo, desacuerdo, entendimiento, reconocimiento o seguimiento.

Por otro lado, estos elementos cuasi-léxicos son vocalizaciones y consonantizaciones convencionales de escaso contenido léxico, pero con gran valor funcional. Se consideran signos de este tipo gran parte de las interjecciones {¡Ahí! ¡Uy! ¡Aja!}, las onomatopeyas (Mua-Mua, Pii-pii, Pon-pon, Miau, Croac), emisiones sonoras que cuentan con nombre propio (chistar, sisear, roncar, resoplar...) y otros muchos sonidos (Uff, Psi-psa, Hm, Iaj, TI, Ajjj, Ouu...) que, sin tener un nombre o una grafía establecidos, se utilizan convencionalmente con un valor comunicativo similar al de determinados signos lingüísticos o quinésicos, de ahí que se conozcan como alternantes paralingüísticos. A pesar de tratarse de elementos muy productivos, debido a la dificultad que entraña su identificación y su transcripción, no contamos aún con inventarios completos y detallados; dichos inventarios habrán de hacerse atendiendo, por un lado, a la forma de los signos, por otro, a su significado.

Entre los elementos cuasi-léxicos observados por la investigadora está el uy, uff, asuu y el bostezo, ante la sobrecarga de trabajo y cantidad de pacientes que ingresaban aunado al trabajo administrativo que tenían que cumplir especialmente durante las referencias pues trasladaban pacientes a Chiclayo.

Por último, la paralingüística forma parte del aspecto externo de la enfermera, expresa su apariencia, en este sentido existen ciertos estereotipos sociales respecto a las características paralingüísticas de las personas que deben conocer porque pueden influenciar en el proceso de comunicación.

De hecho, cuando se escucha hablar a otra persona sin ver su aspecto físico⁵⁴, por ejemplo, por teléfono, ella representa algunas de sus características físicas o psicológicas exclusivamente por la voz. De la misma forma, la paralingüística puede modificar los estereotipos que hemos desarrollado de una persona en base exclusivamente a su aspecto físico. La razón es que el aspecto físico y las características paralingüísticas no guardan ninguna relación entre ellas, ambas influyen en la imagen que se forman los pacientes de las enfermeras; al respecto las enfermeras en el servicio de emergencia se presentaban con rostros cansados acompañados de una sonrisa y rostros serios seguidos de movimientos rápidos al caminar.

Entonces cabe mencionar que frente a la apariencia con la expresión de rostros cansados y agotados dice mucho del cotidiano paralingüístico de la enfermera, algunas veces causado por la gran circulación de personas, de alguna manera por falta de espacios para una mayor organización. La cantidad de movimientos que tiene que hacer la enfermera para los procedimientos sumados a la labor con el reto de atender una gran cantidad de pacientes ingresados en emergencia interfiere en los vínculos comunicativos bloqueando hasta cierta forma una comunicación fluida, por omisión en el uso de un lenguaje terapéutico o por falta de habilidades comunicativas paralingüísticas, como lo demuestra Torralba⁸, cuidar con palabras y con silencios; lo que prima en emergencia es el apresuramiento, la intranquilidad, el desasosiego y hasta palabras subidas de tono referidas al propio paciente como: "...cálmese señor tengo, mucho que hacer, usted no es el único paciente..."

La investigadora resalta la prioridad en la atención que no solo debe estar ligado a la recuperación fisiológica, sino en valorar la capacidad de

analizar lo paralingüístico para lograr valoración integral con una comunicación efectiva. Lo no verbal, gestos, tonos de voz y silencios que se manejan en la emergencia, son rápidos pero debe estar ligado a un acercamiento emocional, pues ocupa un lugar trascendental en el acto de cuidar, es importante articular lo verbal y no verbal, porque la persona enferma es sensible a tonos de voces rápidos, fuertes y obviar el silencio lo entiende como una falta de desinterés hacia su persona, por ello debemos guardar los silencios para escuchar y así demostrar que somos receptivos a sus necesidades.

Por su parte Stefanelli¹⁹ explica sobre la velocidad del habla, el habla rápido se asocia a ansiedad, mientras que el habla excesivamente lenta indica preocupación y tristeza. El servicio de emergencia del Hospital I Chepén, ofrece un ambiente representado por enfermeras dinámicas, pero hasta un punto distantes, caminando de un lugar a otro, por las continuas actividades en lugares distintos donde tiene que actuar, tópico de emergencia, triaje, star médico, observación y no le deben impedir que lleve consigo un autocontrol de su comunicación paralingüística, esta acción lo puede lograr a través del gobierno de sus acciones, haciendo uso de la teoría de la intencionalidad.

Addington⁵⁵, Rodríguez⁵⁵ y la investigadora, concuerdan, que la enfermera puede direccionar, dirigir, autocontrolar y guiar su comportamiento, transformándose en un agente máximamente comunicativo, porque el cuidar comprende el desarrollo óptimo de lo no verbal destacando que la persona enferma es sensible a este tipo de lenguaje, siente con mucha facilidad el estado de ánimo de quien lo cuida y su textura humana, así que las enfermeras deben utilizar la intencionalidad en las competencias comunicativas para que ese acogimiento sea positivo para el proceso de su recuperación.

A continuación se presenta el esquema conceptual sobre la comunicación no verbal en el servicio de emergencia del Hospital I Chepén (ver figura N° 1):

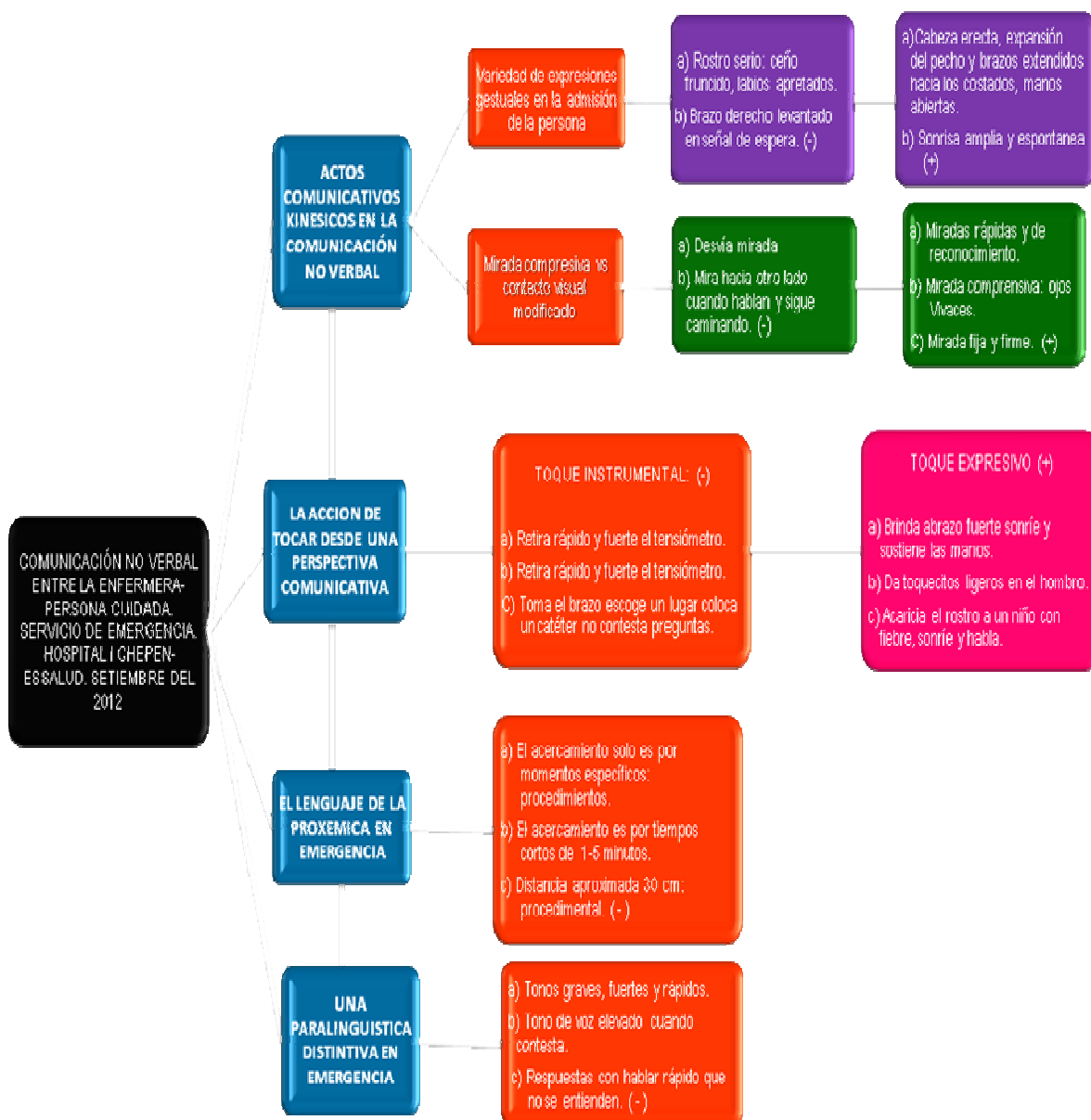


Figura N° 1: Esquema conceptual sobre comunicación no verbal en el servicio de emergencia del Hospital I Chepén.

Autoras: Lic. Lisset Villalobos Cachay.

Dra. Mirtha Flor Cervera Vallejos.

CONSIDERACIONES FINALES

En el proceso comunicativo lo no verbal fue reflejado por las enfermeras a través de las dimensiones como la kinésica, táctica, proxémica y paralingüística, las cuales están directamente relacionadas al arte de cuidar y requieren el desarrollo de la empatía, que es fundamental para vincular a la enfermera con la persona cuidada, esto no solo significa ser educado y cortés, sino hacer el esfuerzo mediante prácticas diarias y reflexiones para saberse ubicar en las coordenadas anímicas de la persona cuidada, en este sentido la investigadora posterior al análisis del objeto de estudio presenta las siguientes consideraciones finales:

- ✓ Las enfermeras del servicio de emergencia del Hospital I Chepén-Essalud, con la persona cuidada reconocen, utilizan y presentan actos comunicativos kinésicos con una variedad de expresiones gestuales durante la admisión al servicio de emergencia expresadas en sus rostros con movimientos de los ojos, señas y boca que son reveladores de su estado de ánimo para cuidar; en algunas circunstancias ofrecen un gesto serio colocando hasta cierta forma una primera barrera en la comunicación que no favorece en la visión positiva que tienen las personas de las enfermeras, este primer contacto se puede apreciar como deshumanizado. Otras enfermeras aplican la sonrisa como expresión facial positiva usada para tranquilizar y brindar confianza.

- ✓ Otro acto comunicativo kinésico, propio de las enfermeras de emergencia, es la mirada firme y sostenida que refleja interés, atención e inteligencia con capacidad dialogante, otra mirada es la comprensiva para interactuarse de la persona, saber mirar y

observar en algunas enfermeras transmite acogida serenidad, atención y en otros sólo es de reconocimiento de lugar, necesario para empezar a trabajar pero no para cuidar, otras enfermeras tienen la tendencia a desviar la mirada, este mensaje no verbal es negativo, de poco interés, cansancio y aburrimiento, mostrando a las enfermeras distantes, éste es un indicador de falta de control de las emociones, desconcertantes para las personas necesitadas de la corporeidad de un todo integrado con lo no verbal, resaltando la importancia de la interacción gestual y visual, originadas desde el primer contacto de expresión corporal que recibe de la enfermera.

- ✓ El uso de las manos para la enfermera, va más allá de transportar, pinchar, coger, presionar; el toque instrumental cotidiano con rapidez, brusquedad y falta de información produce ansiedad en la persona cuidada, se debe resaltar el sentido de sensibilidad de las manos y no sólo como mecánica del hacer, así mismo, se debe distinguir el toque expresivo, que ayuda a interactuar expresando confianza, empatía con apertura hacia el diálogo, es importante que este toque enfatice la intención del contacto físico afectivo que demuestre confianza, tranquilidad y positivismo que pueda ser percibido por la persona cuidada.
- ✓ Con el espacio interpersonal durante el cuidado al paciente en el servicio de emergencia, es muy significativo; las distancias profesionales en un ambiente donde no hay mucho tiempo para pensar porque su quehacer se basa en la agilidad procedimental, la persona cuidada debe sentir, a través de la aproximación para el cuidado, la motivación, conocimiento, habilidades técnicas, capacidad de cuidar con amor de la enfermera competente con habilidades comunicativas en proxémica, que muestre una buena acogida, sensibilidad y empatía, demostrando su presencia dentro de su comportamiento espacial, por ello las capacidades expresivas al

realizar los procedimientos, deberán trascender el tecnicismo y convertir al profesional es un ser profesional y humano.

- ✓ La paralingüística en un servicio de emergencia es muy distintiva, el Hospital I Chepén ofrece un ambiente representado por enfermeras dinámicas pero hasta un punto distantes con tonos de voz altos y fuertes acompañados de movimientos rápidos, pero inapropiados para las personas que ingresan a un servicio, solícitos de atención y cuidado, por ello, debe haber un acercamiento emocional articulando lo verbal y lo no verbal, porque la persona enferma es sensible a tonos de voz altos; interfiriendo en los vínculos comunicativos bloqueando una comunicación fluida.
- ✓ La enfermera debe modular su paralingüística para lograr una comunicación efectiva, autoregulando, dirigiendo y guiando su comportamiento a través del gobierno de sus acciones, porque la persona cuidada siente con mucha facilidad el estado de ánimo de quien lo cuida y su textura humana.

RECOMENDACIONES

Sustentada en estas consideraciones, la investigadora propone las siguientes recomendaciones para una adecuada y pertinente comunicación no verbal con la persona cuidada en el servicio de emergencia. Hospital I Chepén.

PARA LAS ENFERMERAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIA.

- ✓ Organizar talleres de simulación sobre la comunicación no verbal donde en conjunto reflexionen sobre la manera de llevar a cabo sus movimientos corporales, durante el evento comunicativo. Al descubrir vacíos, reemplazarlos por el uso de gestos positivos como la sonrisa, expresión facial positiva; dando a mostrar su lado empático y humano hacia el paciente que ingresa a emergencia y de esta manera direccionar, autocontrolar todo lo negativo de esta comunicación.
- ✓ Llevar a cabo sociodramas o mimos con casos concretos sobre el lado positivo y negativo de la comunicación no verbal tales como los apresuramientos o los movimientos bruscos, terminado el sociodrama se debe abrir un diálogo solicitando evaluación de comportamientos por pares, por lo menos una cada tres meses, con metas objetivas para lograr el cambio, aceptando la crítica para rectificar y mejorar.
- ✓ Reforzar a través de educación continua, el uso de técnicas como la del espejo, donde las enfermeras se autoevalúen cómo utilizan la mirada firme, sostenida y comprensiva para expresar interés, atención e inteligencia con apertura al diálogo sobre todo durante el

primer contacto; al ingreso a un servicio de emergencia, para lo cual debe modelar sus gesticulaciones. Igualmente al conocer los resultados de la investigación se autoexijan en tomarse fotografías o pedirle a la colega cuando emerjan contradicciones, para la evaluación la forma como dirigen su mirada o preguntarle al paciente de la mirada.

A LAS ESCUELAS DE ENFERMERÍA.

- ✓ Desarrollar la formación de habilidades comunicativas indispensables para los currículos que permitan al alumno resaltar la importancia de lo verbal con la confianza que debe tener, cuando se les brinda los cuidados, mirando al prójimo en cada hombre o persona cuidada.
- ✓ Implementar las expresiones no verbales de los docentes usando de manera pertinente la kinésica, táctica, proxémica y paralingüística, porque esto será irradiado a las personas que cuidan.

A LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL I CHEPÉN,

- ✓ Promover la actualización y evaluaciones anuales a todas enfermeras que laboran en el servicio de emergencia que permita desarrollar permanentemente habilidades comunicativas, a través de talleres de empatía, de asertividad y escucha activa.
- ✓ Proporcionar el recurso humano necesario para que las enfermeras puedan dedicarse a la inmediatez del cuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bautista, Norma. "Comunicación no verbal en un Hospital de 2 nivel"[revista en línea]2006.[citado el 20 de julio 2012].Disponible en: http://translate.google.com/translate?sl=pt&tl=es&u=http%2F%2Fwww.scielo.br%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS01
2. Giunta da Silva; Visconde Brasil; Quatrini Carvalho y Ramos de Almeida. Comunicación no reflexiones acerca del lenguaje corporal. [revista en línea].2010. [citado el 5 de enero del 2012].Disponible en http://www.scielo.br/scieloOrg/php/translate.php?pid=S0104-11692000000400008&caller=www.scielo.br&lang=es&tlang=pt&script=sci_arttext .
3. Morales, Manuel; Puerta, Ana y Gómez, María, "La comunicación entre el personal de enfermería, el paciente y la familia en algunos servicios hospitalarios médico-quirúrgicos.[revista en línea].2000.[citado el 30 de diciembre del 2012].disponible en: http://translate.google.com/translate?sl=pt&tl=es&u=http%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fscielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0104-1692000000400008%26lng%3Des%26nrm%3Diso%26lng%3Dpt&skpa=on.
4. Fidez, J; Trujillo, E; Sacaluga, R; Marchal, M; Iglesias, M y García, A. El empleo del tacto como forma de comunicación del profesional de enfermería.España.1999.
5. Molinuevo, B; Torrubia, R. Formación de competencias comunicativas no verbales en alumnos.2010.<http://www.cidui.org>. Consultado el 26 de diciembre del 2012.
6. Knapp, M.L. Non verbal communication in human interaction. New York. Rinehart & Winston. 1992.

7. Hall, E.T. The silent language. 2^{da}ed. Nueva York; Doubleday. 1966.
8. Torralba i Roselló F. Antropología del Cuidar. Barcelona: Mapfre Medicina. 1998. p.178-180
9. Travelbee: Teoría relación persona-persona. Revista horizonte en enfermería [revista en línea] citado el 07 de mayo del 2012 en http://www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/24532/Joyce
10. Waldow. R. Cuidado Expresión Humanizadora de la Enfermería. Ediciones Palabra. México. 2008
11. Gómez, F; Mascarague, E. Apoyo Psicológico en situaciones de emergencia. Aran Ediciones.S.L.España.2009.
12. Smith y cruz. El contacto Facial sign of emotional. 1998.
13. Rulicki, S. Comunicación no verbal. Ediciones Granica. Buenos Aires 2007.
14. Figueiredo. N. Praticas de Enfermagen: ensinando a cuidar a crianca. Sao Paulo.2004.
15. Gala M.F; Trelles, S Ocurrecia y significado del toque entre profesionales de Enfermería y pacientes. Rev Esc Enferm.USP. Sao Paulo. Vol 37.2003.
16. Smith y cruz. El contacto visual and Kinesis 1998.
17. García, C J. Relación y Comunicación: Comunicación no verbal. 2^{da} ed.Mexico.2009.
18. Vander Zaden. Manual de Psicología social. Buenos Aires. Paidos.1986.

19. Stefanelli, M. A. Comunicacao nos diferentes contextos da enfermagem. Brasil. Editorial Manole Ltda.2005.
20. Edelman y Mandle. Health promotion throughout the lifepan, ed4 St. Louis. Mosby.2003.
21. Manual de Organización y Funciones del Hospital I Chepén-Essalud.2010-2011
22. Bermejo, José Carlos. Que es humanizar la salud. Editora San Pablo. España
23. Bermejo, José Carlos. Salir de la noche: Por una enfermería humanizada. Editorial Sal Terrae. Santander. España.1999
24. Santos. I.Enfermagem Assistencial: Realidad. Editora Atheneu.2004
25. Figueiredo. N. Comunicacao. Sao Paulo. 2004
26. De souza. Corpo como mediador da relacao homen.Florianopolis.1997.
27. Maturana. H. Formación humana y Capacitación. Petrópolis. Editora Vozes.Brazil.2000.
28. Gracia, D. Procedimientos De Decisión Clínica. Eudema Madrid.1991.
29. Polit.H. Investigación Científica en Ciencias de la Salud.6^{ta} Edición. McGraw-Hill Interamericana. México.2000.
30. Pérez Serrano, G. La investigación Cualitativa. Edit. La Muralla, Madrid.España.2002.

31. Rodríguez. Metodología de la investigación cualitativa. Edición Algibe. España.1996.
32. Ludke, M. Estudio de caso. Su potencial en educación. Traducido por Lucia Aranda.Perú.1986.
33. Tello, C; Gutiérrez, N. Métodos y técnicas de análisis cualitativo. Universidad Nacional de Trujillo. Perú. 2009
34. Lupicino, I. Metodología de la investigación. 2 Edición. España Aljibes.2003.
35. Burns, N; Kerouac, S. Investigación en Enfermería. Ed. ELSEVIER.S.A.3ra Edición.Madrid.España.2005.
36. Ley del Trabajo del Enfermero Peruano.Nº27669, citado el 5 de enero del 2013.disponible en www.congreso.gob.pe .
37. Código De Ética y Deontología del Colegio De Enfermeros Del Perú.Lima.2009.
38. Sgreccia. E. Manuale di Bioética. Editorial Milano.4^{ta} Ed.2007.
39. Morse J. Traducido por Zimmerman. Asuntos Críticos en los métodos de investigación Cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia.1994.
40. Birdwhistell, R.L.Kinesis and contex. Philadelphia: Pennsylvania Press, 1970.
41. Mínguez Vela, A. La otra comunicación: Comunicación no verbal. Editorial ESIG. Madrid.1999.
42. Dolores Cáceres, M. Introducción a la comunicación Interpersonal. Editorial Síntesis. España. 2003.

43. Valera curto. El lenguaje de los cuidados.[revista en línea]consultado el 5 de octubre del 2012 en <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3066074.pdf>
44. Reynoso Hermida, S. La comunicación no verbal que interpretan nuestros pacientes.2009.
45. García Campayo J. Comunicación no verbal. En: Tazón. Relación y comunicación. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma), 2000: 259.
46. Hernández Herrarte. Un modelo para el análisis del comportamiento Kinésico de líderes políticos.2006.
47. Baumgart D, Jonson J. Sistemas alternativos de comunicación .Madrid: Alianza psicología, 1996.
48. García Hernández, A. El cuerpo como práctica artística y primer instrumento de los cuidados. Cultura de los cuidados. Año VIII, nº15,1.pp.26-31.2004.
49. Montagú A.touching: the human significanceof the skin. [revista en internet] http://books.google.com.pe/books/about/Touching.html?id=XU7Z_aqCYggC&redir_esc=y 1986.consultado el 16 de octubre del 2012
50. Sousa Paiva, S., Gimenez Galvão, M.T., Freitag Pagliuca, L.M., Okino Sawadda, N. Uso del proxémia como modelo teórico para el análisis de la comunicación con portadores de sida. Enfermería Global Vol. 5, Nº 8 mayo 2006.<http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24148/1/Uso%20del%20Proxemia%20como%20modelo%20teorico%20para%20el%20 analisis %20de%20la%20comunicacion%20con%20portadores%20de%20Sida..pdf>

51. CibanaI, J. Técnicas de comunicación y Relación de ayuda en ciencias de la salud. Elsevier. Madrid.España.2003.
52. Cestero Mancera, AM. La comunicación no verbal y el estudio de su incidencia en fenómenos discursivos como la ironía ELIA (Estudios de Lingüística. Análisis del Discurso Universidad de Alcalá), 20, págs. 57-77.España.2006
53. Addington, D.the relation ship of selected vocal características to pernality peception. Speechmonograftsconsultado el 13 enero del 2012
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03637756809375599#pre-view>
54. Gómez, J. La familia y la enfermedad. Publicaciones de Portales Médicos.2005
55. Rodríguez Leuño. A. Ética General. 6ta Edición. Ediciones Universidad de Navarra. España.2010.

ANEXOS

ANEXO N° 01

LA COMUNICACIÓN NO VERBAL DE LA ENFERMERA CON LA PERSONA CUIDADA. SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL I CHEPÉN-ESSALUD.
SETIEMBRE DEL 2012

GUIA DE OBSERVACIÓN PARA EL PROCESO DE COMUNICACIÓN NO VERBAL DE LA ENFERMERA-PERSONA CUIDADA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

- 1.-Hora de ingreso de la enfermera:
- 2.-Hora de atención al paciente.
- 3.- Condiciones o estado en que ingresa el paciente.
- 4.- Observación de la enfermera cuando se comunica al recibir al paciente.
- 5.-Observación de comunicación no verbal durante el transcurso de la atención.
- 6.- Comportamiento de la Persona cuidada.

ANEXO N° 02

LA COMUNICACIÓN NO VERBAL DE LA ENFERMERA CON LA PERSONA CUIDADA. SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL I CHEPÉN-ESSALUD. SETIEMBRE DEL 2012

GUIA DE ENTREVISTA A LA ENFERMERA QUE LABORA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

La presente investigación tiene como objetivos:

Describir y analizar cómo es la comunicación no verbal en el servicio de emergencia del Hospital I Chepén.

Los resultados se utilizarán solo con fines de investigación, se mantendrán en anonimato, por lo que se recomienda responder con la mayor veracidad. Gracias.

I.- Datos Generales: -Edad: -Tiempo de Experiencia Laboral en el servicio de emergencia:

II -Responder:

- 1.- ¿De qué manera se comunica con su "paciente" una vez que ingresa al servicio de emergencia?
- 2.- ¿Nos podría decir que entiende Ud? ¿Por comunicación no verbal?
- 3.- Háblenos de los gestos, timbre de voz, posiciones corporales, silencios que Ud. Ordinariamente utiliza cuando cuida al paciente.
- 4.- ¿Cómo cree que los toma el paciente?
- 5.- ¿Considera que la comunicación no verbal es importante en su trabajo?
- 6.- ¿Cree que el paciente interpreta el lenguaje que usted brinda?
- 7.- ¿Como usted cree que da un proceso de comunicación no verbal eficaz, en el servicio de emergencia?
- 8.- Algo más que tenga que agregar.

ANEXO N°03

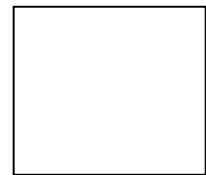
CONSENTIMIENTO INFORMADO

LA COMUNICACIÓN NO VERBAL DE LA ENFERMERA CON LA PERSONA CUIDADA. SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL I CHEPÉN-ESSALUD.

SETIEMBRE DEL 2012

Yo, doy fe que deseo participar voluntariamente en la investigación titulada:
LA COMUNICACIÓN NO VERBAL DE LA ENFERMERA CON LA PERSONA CUIDADA. SERVICIO DE EMERGENCIA. HOSPITAL I CHEPÉN-ESSALUD. SETIEMBRE DEL 2012

Por lo que acepto participar de las entrevistas que serán grabadas. Asumiendo que la información brindada será de conocimiento para las investigadora y asesora, quienes garantizan el secreto y respeto a mi privacidad, pudiendo retirarme en cualquier momento de la investigación Sin ninguna presión sabiendo a cabalidad los objetivos y principios de la investigación. La investigadora podrá grabar y filmar mi actuación, guardando los principios de confidencialidad.



Huella digital

Chiclayo, setiembre 2012