



UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"



FACULTAD DE ENFERMERÍA SECCIÓN DE PREGRADO

**"ESTILOS DE RELACIÓN DE AYUDA QUE ESTABLECE LA
ENFERMERA CON LA PERSONA CUIDADA EN EL
SERVICIO DE MEDICINA MUJERES DEL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES. CHICLAYO 2014"**

INFORME DE TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

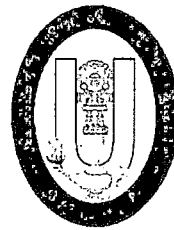
Bach. Enf. Becerra Hernández Hilda Rubith

Bach. Enf. Purizaga Incio Claudia Miluska

ASESORA:

Mg. Nora Sánchez de García

**LAMBAYEQUE, MARZO
2015**



**UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECCIÓN DE PREGRADO**

**“ESTILOS DE RELACIÓN DE AYUDA QUE ESTABLECE LA
ENFERMERA CON LA PERSONA CUIDADA EN EL
SERVICIO DE MEDICINA MUJERES DEL HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO 2014”**

INFORME DE TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

Bach. Enf. Becerra Hernández Hilda Rubith

Bach. Enf. Purizaga Incio Claudia Miluska

ASESORA:

Mg. Nora Sánchez de García

LAMBAYEQUE, MARZO

2015

INFORME DE TESIS

“ESTILOS DE RELACIÓN DE AYUDA QUE ESTABLECE LA ENFERMERA CON LA PERSONA CUIDADA EN EL SERVICIO DE MEDICINA MUJERES DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES, CHICLAYO 2014”

PRESENTADO POR:

Bach. Enf. Becerra Hernández Hilda Rubith
Autora

Bach. Enf. Purizaga Incio Claudia Miluska
Autora

Mg. Nora Elisa Sánchez de García
Asesora

APROBADA POR:

Dra. Jovita Jesús Palomino Quiroz
Presidenta

Mg. Rosario Clotilde Castro Aquino
Secretaria

Mg. Rosa Candelaria Alcalde Montoya
Vocal

LAMBAYEQUE, MARZO 2015

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO POR REGALARME LA VIDA, GUIAR MI
CAMINO Y POR BRINDARME UNA MOTIVACIÓN CONSTANTE.

A MIS QUERIDOS PADRES HILDA Y ANIBAL, POR INCENTIVAR EL
LOGRO DE MIS METAS, MI SUPERACIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL.

RUBITH

A DIOS TODO PODEROSO POR DARME FUERZAS, VALOR Y
PERSEVERANCIA PARA SEGUIR ADELANTE Y CUMPLIR CON TODOS
MIS OBJETIVOS Y METAS TRAZADAS.

A MIS QUERIDOS PADRES KARINA Y WILSON, POR EL APOYO QUE
ME BRINDARON DURANTE TODO EL PROCESO DE FORMACIÓN.

Y A MI QUERIDA TÍA MÓNICA, QUE ES UNA SEGUNDA MADRE PARA
MÍ, POR SU APOYO INCONDICIONAL Y AYUDA EN MI SUPERACIÓN
DIARIA.

CLAUDIA

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por iluminar y guiar nuestro camino, y por su infinito amor que nos impulsa a mejorar día a día y crecer como personas y futuras profesionales de enfermería.

A nuestro jurado de tesis:

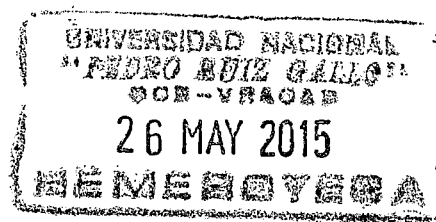
Dra. Jovita Jesús Palomino Quiroz, Mg. Rosario Clotilde Castro Aquino y Mg. Rosa Candelaria Alcalde Montoya, por su disposición y ayuda al leer nuestro proyecto de tesis, por sus observaciones, sugerencias y correcciones a él.

A nuestra familia:

Por su apoyo desinteresado y motivación durante el tiempo de formación universitaria.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A la Mg. Nora Elisa Sánchez de García, asesora de nuestro trabajo de investigación, por su disposición, dedicación y valiosas enseñanzas que permitieron la culminación satisfactoria del presente estudio.



ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO II: MARCO TEORÍCO CONCEPTUAL Y CONTEXTUAL

2.1 Antecedentes	19
2.2 Base Teórica Conceptual	21
2.3. Marco contextual	40

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación	43
3.2. Diseño y abordaje	43
3.3. Población y Muestra	49
3.4. Criterios de inclusión	49
3.5. Criterios de exclusión	50
3.6. Procedimiento de recolección de datos	50
3.7. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	52
3.8. Análisis de Datos	53
3.9. Rigor Científico	53
3.10. Aspectos Éticos	55

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO V: CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

Consideraciones finales	84
Recomendaciones	86

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

RESUMEN

La relación de ayuda, como una dimensión del cuidado humano, implica que quién ayuda usa especialmente recursos relacionales para acompañar a otro a salir de una situación problemática, vivirla lo más sanamente posible, o recorrer un camino de crecimiento. Sin embargo se observa, que las enfermeras no desarrollan de manera correcta los estilos de relación de ayuda, lo que motivó a investigar ¿Cuáles son los estilos de relación de ayuda que establece la enfermera con la persona cuidada en el Servicio de Medicina Mujeres del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2014?, cuyo objetivo fue analizar y comprender los estilos de la relación de ayuda enfermera - persona cuidada en el servicio de Medicina Mujeres del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2014. Esta investigación cualitativa con abordaje de estudio de caso, tuvo como muestra por saturación a 22 personas cuidadas y 5 enfermeras, y el instrumento de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada abierta a profundidad. Se realizó el análisis temático de los discursos obteniéndose las siguientes categorías: calificando su relación de ayuda como empática, develando la práctica de una relación de ayuda autoritaria, evidenciando una relación de ayuda paternalista, percibiendo un trato impersonal, calificando el trato de la enfermera, estableciendo diferencias entre la relación de ayuda que establecen las enfermeras.

Concluyéndose e interpretándose según los relatos que no se utiliza el estilo de relación de ayuda empática, por otro lado se muestra un trato impersonal

para con los pacientes, y no hace uso de habilidades en la comunicación no verbal.

Palabras claves: Estilos de Relación de Ayuda, comunicación, cuidado y relación de ayuda.

ABSTRACT

The helping relationship, as a dimension of human care implies that who helps especially relational resources used to accompany another out of a problematic situation, live as healthily as possible, or a path of growth. However it is observed that nurses do not develop properly styles helping relationship, which led to inquire what are the styles of helping relationships established by the nurse with the care recipient in the Medicine Women's Hospital regional Teaching Las Mercedes, Chiclayo 2014 ?, whose objective was to analyze and understand the styles of relationship nurse helps - careful person in the service of Medicine Teaching Hospital regional Women Las Mercedes, Chiclayo 2014. This qualitative research case study approach, as shown by saturation had 22 people maintained and five nurses, and data collection instrument was open to depth semi-structured interview. Thematic analysis of the discourses obtained was performed the following categories: calling his aid as empathic relationship, revealing the practice of authoritarian relationship help, evidencing a paternalistic relationship help, perceiving an impersonal, calling the deal nurse, differentiating between the ratio of aid provided nurses.

It was concluded and interpreted according to the stories that empathic relationship style support is not used; on the other hand an impersonal treatment for patients with displays, and does not use skills in nonverbal communication.

Keywords: Styles Relationship Help, communication, care and support relationship.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El cuidado de enfermería, es entendido como la acción encaminada a hacer algo por alguien, un ideal moral, afecto, interacción personal e intervención terapéutica, forma de amor, de expresión de sentimientos volcados en un hacer. El cuidado ayuda al otro a crecer, a realizarse y a enfrentar dificultades propias de la vida”, es decir, el cuidado es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio¹.

Es en este contexto que cobra vital importancia la relación de ayuda, como una dimensión del cuidado humano, la que implica conectarse con otra persona en un nivel emocional, y no sólo en un nivel intelectual; hablar de relación de ayuda en enfermería es referirse a las actitudes de fondo del profesional de enfermería y a las habilidades personales y relacionales que éste despliega tanto en situaciones difíciles, en las que se configura un encuentro que podría calificarse de “relación de ayuda” en sentido estricto, como en los momentos más cotidianos, en los que sencillamente, mientras presta los cuidados, interacciona con la persona cuidada.

Desarrollar una adecuada relación de ayuda, desde que ingresa la persona al hospital, nos permite lograr una valoración holística, identificando las necesidades que se encuentran alteradas en ese momento, por lo que este proceso es la base y eje de los cuidados de enfermería, sin este proceso no se podría planificar los cuidados².

En lo que respecta al área de salud, se han encontrado estudios en donde la comunicación en el hospital es deficiente, siendo el personal de enfermería el receptor de la confianza, además es quien resuelve las dudas y preguntas sobre el proceso de salud-enfermedad. Derivado de esto, resulta preocupante lo sostenido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2004, que identificó a la comunicación como un área de riesgo dentro del hospital, determinando seis acciones básicas denominadas metas internacionales para la seguridad del paciente, siendo la segunda meta internacional mejorar la comunicación efectiva, determinándola en todo el proceso de hospitalización y promoviendo mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente².

En nuestro contexto las investigadoras pudieron observar durante las prácticas de pre grado específicamente en el Servicio de Medicina Mujeres del Hospital Regional Docente Las Mercedes, dificultades para establecer una relación eficaz entre la enfermera y la persona cuidada, lo que implica situaciones como: realizar los procedimientos sin previa explicación, referirse a la persona por un numero de cama. Por otro lado las personas cuidadas expresan “la enfermera no me tiene paciencia” “la enfermera parece que viniera enojada de su casa” “Nadie me explica lo que tengo, ni lo que me van a hacer” entre otras expresiones.

Todo lo anteriormente descrito conlleva a los pacientes a un estado de confusión y a una mala interpretación sobre su estado de salud, del mismo modo a los familiares, quienes sienten angustia y ansiedad por desconocer el verdadero

estado de salud de su familiar hospitalizado, lo que desdice de la esencia del cuidado enfermero.

Esta realidad vivenciada lleva a las investigadoras a formulación de las siguientes interrogantes: ¿Aplica la enfermera los principios de la relación de ayuda con la persona cuidada? ¿Qué caracteriza la relación de ayuda que establece? ¿Qué sentimientos genera en la persona cuidada la relación de ayuda que brinda la enfermera? ¿Qué estilo de relación de ayuda utiliza la enfermera al brindar cuidado?

Todos estos cuestionamientos llevan a la formulación del siguiente problema de investigación científica: ¿Cuáles son los estilos de relación de ayuda que establece la enfermera con la persona cuidada en el Servicio de Medicina Mujeres del Hospital Regional Docente Las Mercedes 2014?, el objetivo que guió la investigación fue Analizar y comprender los estilos de la relación de ayuda enfermera - persona cuidada en el servicio de Medicina Mujeres del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2014.

El trabajo interdisciplinar y la conceptualización del significado de enfermería están haciendo que en los últimos años se reflexione sobre la relación de ayuda como un elemento que da competencia al ejercicio humano de la profesión de enfermería, de manera que los cuidados sean realizados por un profesional hábil en el arte de manejar la comunicación con la persona cuidada.

En este sentido han sido de particular importancia las aportaciones de Peplau, estimulando el desarrollo de la reflexión sobre la relación de ayuda en enfermería y que ha sido retomada y profundizada por teóricas del paradigma de la transformación como Jean Watson, quien la considera como un factor de cuidado, porque es ella la que intenta conectarse con la persona cuidada a través de los procesos de cuidados y de tratamientos, y establecer conexiones espirituales más profundas para lograr la curación y el confort de la persona cuidada.

La relación de ayuda, es sin duda un instrumento necesario para promover la humanización de la profesión de enfermería importantes para el encuentro y la interacción que se establecen entre la enfermera y la persona cuidada, así como la contribución de cada uno en la ayuda realizada, por lo tanto los profesionales de enfermería, dentro de la práctica, deben adquirir habilidades y destrezas para entablar un estilo de relación de ayuda que permita lograr un cambio positivo en la persona.

Basado en estas premisas es que consideramos importante el trabajo de investigación planteado ya que permitirá identificar los estilos más comunes de relación de ayuda y determinar si se está usando el más efectivo o adecuado

Los resultados permitirán la reflexión por parte de todo el personal de enfermería que labora en el hospital, y de este modo se podrán establecer estrategias para el desarrollo de un estilo de relación e ayuda efectivo, que

conllevara a la satisfacción tanto de la persona cuidada como de profesional de enfermería.

Al mismo tiempo los gestores tendrán en cuenta los resultados para entablar proyectos de mejora a través de programas de educación continua en los cuales se aborde este tema, favoreciendo así que se brinde un cuidado holístico y humano

De igual manera este trabajo de investigación se convertirá en una fuente bibliográfica para posteriores estudios en esta área contribuyendo además a la reflexión de la humanización del cuidado de enfermería.

El presente informe está estructurado en capítulos:

Capítulo I: Introducción en donde se encuentran la situación problema, el problema, objetivo, justificación e importancia.

Capítulo II: Marco teórico que contiene los fundamentos teóricos de la investigación

Capítulo III: marco metodológico que contiene el tipo de investigación, diseño, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de información, procesamiento de la información.

Capítulo IV: Resultados y Discusión

Capítulo V: consideraciones finales y recomendaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes de la investigación:

No se ha encontrado investigaciones que se relacionen directamente con el objeto de estudio, sin embargo presentaremos algunas que nos pueden ayudar para el análisis de los resultados:

Antecedentes Internacionales:

Cánovas Tomás, M. (2008)³, en su investigación titulada “Relación de Ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión”; cuyo objetivo general fue describir, conocer y valorar el proceso de relación de ayuda en el cuidado de pacientes oncológicos e infecciosos y sus familias; en las unidades de hospitalización de Oncología-Hematología, unidad de trasplante de médula ósea y Hospital de día médico, del Hospital Morales Meseguer de la ciudad de Murcia, encontraron los siguientes resultados que fueron agrupados en cuatro categorías: Estrategias y habilidades desarrolladas en el proceso de relación de ayuda en enfermería, Dificultades encontradas durante el desarrollo del mismo, Valor y significado de la relación de ayuda como competencia profesional en el ejercicio ordinario de la profesión; y, Formación adquirida en relación de ayuda en enfermería.

Calero, M. (España 2012)⁴ realizó la investigación titulada “La comunicación enfermera con el paciente oncológico terminal” cuyo objetivo fue describir la comunicación de enfermería con el paciente terminal. Encontró que de 35

enfermeros, el 14.29% utilizan la escucha activa para comunicarse con el paciente, el 45.29% son empáticos y el 38.10% utilizan expresiones eficaces. El investigador, encontró: relación estadísticamente significativa ($p \leq 0.05$) con lugar de trabajo, tipo de contrato, formación, realización de valoraciones enfermeras, edad y la experiencia. Del grupo focal destaca: no todos los pacientes están de acuerdo que los enfermeros se identifican y saludan, todos coinciden que escuchan, reflejan sentimientos y dan respuestas fundamentadas.

Antecedentes Nacionales:

Rodriguez. K, Sagón. L (2011)⁵ en su trabajo de investigación titulado “Relación Enfermera – Paciente en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Regional de Cajamarca” cuyo objetivo fue comprender y analizar la Relación Enfermera – Paciente en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Regional de Cajamarca. Concluyeron que las enfermeras asistenciales de la unidad de cuidados intensivos del hospital regional de Cajamarca establecen la relación enfermera-paciente a través de la comunicación verbal, táctil y gestual adoptando una actitud empática que permita iniciar una relación humana, respondiendo a las necesidades y problemas del paciente crítico; así mismo reconocen, que con el transcurso de los años han aprendido a relacionarse con la familia y toman en cuenta el nivel educativo para comunicarse, esto se viene logrando con la practica en el quehacer diario.

Antecedentes Locales:

Arrascue, S; Quiñones, S. (2010)⁶ en su trabajo de investigación titulado “La comunicación de la enfermera en el cuidado que brinda a la persona internada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Essalud, Chiclayo” cuyo objetivo fue Determinar y analizar La comunicación de la enfermera en el cuidado que brinda a la persona internada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Essalud, Chiclayo. Concluyeron que las enfermeras asistenciales de ésta unidad utilizan la comunicación como herramienta durante la realización de sus actividades en el cuidado que proporcionan al paciente. La comunicación de la enfermera es valorada por el paciente desde los principios que la rigen como son asistencia, concreción, honestidad, respeto, interés, protección y seguridad.

2.2. Base Teórica Conceptual:

Siendo el objeto de estudio de la presente investigación la relación de ayuda se empezara abordando lo que es cuidado enfermero, para luego centrarnos en la relación de ayuda como dimensión o elemento humanizador del mismo.

Colliere, M; define cuidar como el arte que precede a todos los demás, acompañando las grandes etapas de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, permitiendo su continuidad y ayudando a la persona a atravesar las etapas más difíciles de la vida.

El cuidado de enfermería no sólo se ocupa de los aspectos clínicos terapéuticos del paciente, sino que además encierra una relación psico – social entre la enfermera y la persona cuidada, pero para que esta relación se transforme en un auténtico quehacer, es necesario dos fuentes según Davis: “la predisposición por parte del paciente , y la predisposición por parte de la enfermera que lo acude, cuyo objetivo de la intervención de enfermería es mantenerlo integrado a la persona cuidada en su entorno, en su vida activa y gratificante”⁷.

Partiendo de esta afirmación se hace necesario, entonces mencionar la evolución por la que pasó enfermería, no dejando de lado la evolución que el concepto de cuidar ha sufrido con el paso de los siglos, y así poder entender qué es hoy enfermería. En un primer momento enfermería fue considerada como una ocupación, con el transcurrir del tiempo enfermería se convirtió en profesión debido a su desarrollo en conocimientos, habilidades y prácticas. Es en los últimos 20 años que la profesión de enfermería evoluciona a ser una disciplina científica, ahora considerada como ciencia y profesión, ya que cuenta con un marco teórico propio, teniendo como base los “modelos y teorías de enfermería”; además tiene un objeto de trabajo específico como es el “cuidado de la persona frente a las experiencias de vivir y morir”; y finalmente enfermería es catalogada como ciencia por que cuenta con una procedimiento exclusivo o metodología propia, el cual se rige en el proceso de atención de enfermería.

La enfermería constituye una profesión dentro de las ciencias de la salud que atraviesa, en la actualidad, una transformación paradigmática. La expresión

“transformación paradigmática” se refiere a una revolución global de su sentido y de su razón de ser⁸.

Además, es difícil, hablar de la disciplina enfermera sin tener en cuenta los contextos que han marcado su evolución. En esta óptica, parece oportuno situar las grandes corrientes del pensamiento que han favorecido el resurgir de los actuales conceptos de la disciplina enfermera. Las grandes corrientes del pensamiento, maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas “paradigmas”⁹.

Es necesario retomar la conceptualización sobre los paradigmas, los cuales han representado un dilema filosófico, epistemológico, ideológico y metodológico, a través de la historia en la investigación, incluida en enfermería.

Sus orígenes de enfermería se remontan a partir del paradigma de la categorización, la cual fue una corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, teniendo como objeto de trabajo el cuidado orientado al entorno y hacia la enfermedad. Posteriormente surge el paradigma de la integración, el cual se dio durante el siglo XX, donde su objeto de cuidado estaba ligado hacia la persona. Actualmente en el siglo XXI predomina el paradigma de la transformación, el cual se centra en la interacción persona – entorno, constituyéndose como una propuesta humanizadora donde se considera la persona como un ser holístico, cuyas múltiples dimensiones forman una unidad.

Todo lo expuesto anteriormente se verá enriquecido si nos detenemos en recalcar que humanizar significa de manera general “Hacer que algo sea humano

o más humano, digno de la persona humana, acorde con las exigencias de la condición humana, no olvidando que la persona tiene necesidades y la aspiración de realizar una vida plena y de llegar a “autorrealizarse”.

Así mismo la humanización de la salud, es hacer que la asistencia sanitaria se ponga a la altura de la dignidad humana, para que responda en lo posible a las necesidades procurando que ayude a esa realización o al menos no la dificulte.

Es aquí donde cobra vital importancia la relación enfermera – persona cuidada, en donde entablar un estilo adecuado de relación de ayuda significa realizar acciones acompañadas siempre, de actitudes y comportamientos de cuidar.

Según Bermejo, la relación de ayuda se refiere a un modo de ayudar, en el que quién ayuda usa especialmente recursos relacionales para acompañar a otro a salir de otra situación problemática, a vivirla lo más sanamente posible, sino tiene salida o a recorrer un camino de crecimiento. Es así, que al hablar de relación de ayuda en enfermería nos estamos refiriendo, pues, a las actitudes de fondo del profesional de enfermería y a las habilidades personales y relacionales que éste despliega tanto en situaciones difíciles, en las que se configura un encuentro que podría calificarse de “relación de ayuda” en sentido estricto, como en los momentos más cotidianos, en los que sencillamente, mientras presta los cuidados, interacciona con la persona cuidada¹⁰.

Rogers nos dice que la relación de ayuda es la relación en la que al menos una de las partes, intenta promover en el otro el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor, lograr una mejor apreciación de sí mismo y enfrentarse a las experiencias de la vida de la manera más adecuada.

Otra definición de relación de ayuda en enfermería es aquella que: “consiste en posibilitar relaciones humanas potenciadoras de actitudes que favorezcan la interrelación humana. Un intercambio humano y personal entre dos seres humanos en el que uno de los interlocutores (en nuestro caso el profesional de enfermería) captará las necesidades del otro, con el fin de ayudarlo a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a la situación actual”¹¹.

La relación enfermera - persona enferma o sana es una especie de vínculo que se establece entre dos o más seres humanos, que han determinado su mutuo acuerdo, e interdependencia: la enfermera, proveedora de cuidados, administradora de tratamientos, compañera y confidente que intentará proporcionar confort, tranquilidad, comprensión, escuchará atentamente las vicisitudes, inquietudes y emociones de la persona cuidada y de sus familiares sobre el problema de salud y de aquellas problemáticas que están alrededor de ella, intentará ponerse en su lugar para comprenderlo y atenderlo mucho mejor, convocando cuando considere necesaria la participación de otros profesionales; y por otro lado, el enfermo o persona sana, aquel que intenta colocar su problema de salud y su humanidad bajo el cuidado del profesional de enfermería, en busca de

mejores soluciones y alivio de su malestar, que espera ser escuchado, comprendido u orientado^{10,12}.

Para las autoras, la relación de ayuda coincidiendo con Bermejo, se refiere a un modo de ayudar, en el que quién ayuda usa especialmente recursos relacionales para acompañar a otro a salir de otra situación problemática, a vivirla lo más sanamente posible, sino tiene salida o a recorrer un camino de crecimiento. Es así, que al hablar de relación de ayuda en enfermería nos estamos refiriendo, pues, a las actitudes de fondo del profesional de enfermería y a las habilidades personales y relacionales que éste despliega tanto en situaciones difíciles, en las que se configura un encuentro que podría calificarse de “relación de ayuda” en sentido estricto, como en los momentos más cotidianos, en los que sencillamente, mientras presta los cuidados, interacciona con la persona cuidada¹⁰.

Para la teorista Jean Watson el cuidar es el núcleo de la profesión de enfermería, el cuidado en el mantenimiento o recuperación de la salud, así como el apoyo en el proceso de la vida y en el momento de la muerte. La teoría del cuidado humano guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas que es un factor motivador esencial en el proceso de cuidado. La calidad de las intervenciones de la enfermera (o) se basa en la participación de la enfermera (o) – persona y en el conocimiento amplio del comportamiento humano, sus respuestas, sus necesidades, sus esfuerzos y límites, un saber reconfortar, tener compasión y empatía.¹³

Un aspecto destacable de ésta teoría, es la relación transpersonal, que se establece entre la enfermera ejecutora del proceso y la persona, y se desarrolla en un clima de responsabilidad moral y actitud caring. La relación transpersonal del cuidado es la relación humana particular, en la que dos personas, en tanto cooparticipantes del proceso, se respetan y se permiten evolucionar hacia una mejor autocomprensión y una gran armonía. La enfermera promueve en la persona la comprensión en sí misma y de sus zonas de sufrimiento y agitación, favorece en la persona la elección, el control y la autodeterminación, y preserva la dignidad humana¹³

Entre las Fases de la relación de ayuda tenemos:

Configuración del encuentro personal. Acogida y orientación.

Ésta fase se refiere a la recepción adecuada de la persona cuidada tanto en el ámbito físico como psicológico. Así en el ámbito físico se dan las características que debe tener el espacio físico, así como el aspecto, expresión, etc. Que debe tener el profesional de enfermería para mostrar una sensación de acogida al paciente. En el ámbito psicológico se vuelve a hacer hincapié en la empatía, disponibilidad etc. Que debe mostrar el enfermero.

Disposición, clarificación e identificación del problema. El objetivo último de esta fase es definir el problema. Para ello también es necesario que el profesional de enfermería posea determinadas actitudes como las ya repetidas de la escucha activa, empatía, autenticidad y respeto así como saber ayudar a la persona cuidada

a concretarse en su problema, a comprometerse y a responsabilizarse del trabajo terapéutico, etc. Los autores muestran ejemplos de conversaciones que nos pueden ayudar a guiar la entrevista. También en ésta parte se analizan las actitudes tanto positivas como negativas que puede mostrar el paciente durante esta fase.

Confrontación y reestructuración del problema. En esta fase la enfermera (o) debe ayudar a la persona cuidada a cambiar su visión del problema y ver en esta nueva visión perspectivas de solución, debe concientizar al paciente de que él es el responsable de sus experiencias y vivencias, debe enseñar a aceptar que existen problemas que no se pueden solucionar, etc. También se explican las actitudes que tanto la enfermera (o) como la persona cuidada deben tener o evitar en ésta fase.

Iniciación del plan de acción. Decisión del diagnóstico, de los objetivos y plan de acción.

El fin de la relación o separación. Para la mayoría de nosotros no es fácil decir adiós a una persona a la que debes haber tomado cariño después de una relación de ayuda. En este apartado se tratan las actitudes que debemos tener para consolidar la obra que hemos realizado mediante la autonomía del individuo.

La evaluación. La evaluación debe ser tanto una auto evaluación como una evaluación del proceso completo ¿se cumplieron los objetivos?

Tipos de relación de ayuda

Virginia Henderson identifica que la enfermera puede establecer tres tipos de relaciones con la enfermera (o), que dependerán de la valoración de las capacidades de este, en donde la enfermera (o) actuará como:

Un sustituto. Cuando la dependencia del individuo es total; incapaz de establecer sus necesidades en forma autónoma por no tener la fuerza, el valor o los conocimientos necesarios para ello. En esta situación la rehabilitación es fundamental para prevenir mayores complicaciones y fortalecer las capacidades remanentes.

De ayuda. Cuando apoya sus actividades, fomentando su funcionalidad a fin de mantener o motivar su independencia.

Compañera. Al actuar como consejera o asesora para que conserve su salud, dejándole en libertad de acción para tomar sus decisiones.

Los diferentes estilos de relación de ayuda se configuran de acuerdo a dos actitudes. La primera es la **disposición del ayudante**, donde la relación de ayuda puede estar centrada en el problema, donde la enfermera se preocupa solo por el problema del paciente sin prestar atención a los aspectos subjetivos que puedan aparecer; y centrada en la persona, donde se presta atención a la persona, preocupándose por sus sentimientos y centrándose en que el paciente necesita ser

comprendido. La segunda actitud es el **uso del poder** por parte de la enfermera, donde puede tomar una actitud de directiva, que induce a la persona a pensar de una manera determinada, dando poca confianza a la capacidad propia de la persona de tomar sus decisiones; y puede tomar una actitud de facilitadora, que se basa en buscar los recursos de la propia persona, y se orienta a que los utilice de forma adecuada, dando gran importancia a la **escucha activa** y la **comprensión**¹⁴.

Cuando combinamos todas estas actitudes obtenemos los distintos estilos de relación de ayuda:

Estilo Autoritario (“Manager”): Se da cuando el ayudante se centra en el problema del ayudado y quiere ayudarle a resolverlo de manera directiva. Centrándose más en los propios recursos que en los del interlocutor, tiende a establecer con él una relación de dominio - sumisión. La persona ayudada es considerada como un simple ejecutor de un proyecto que posee bien claro el profesional de enfermería¹⁵.

Un ejemplo puede ayudar a ilustrar mejor esta modalidad de relación de ayuda. Una joven se dirige a un profesional de la ayuda cuyo estilo es autoritario y le dice: “Me parece que la vida no tiene ningún sentido. No sé para qué seguir viviendo día tras día”. He aquí algunas de las respuestas que podría recibir de este tipo de ayudante: “Tú escúchame a mí. Tómate una semana de descanso; haz algún ejercicio de relajación; da un poco más de tiempo al ocio...”; o bien “Ya te había dicho yo que si no hubieras cambiado tu estilo de vida, habías llegado

inevitablemente a este punto”; o también: “El problema del sentido de la vida no se resuelve mediante lamentaciones inútiles: hay que reaccionar, así es que...”¹⁵.

Estilo Democrático - Cooperativo: También el que usa este estilo, se centra en el problema del interlocutor. La actitud que adopta, sin embargo, es facilitadora, es decir, tiende a implicar a la persona encontrada en la solución del problema. En lugar de imponerla, el consejero propone las soluciones, ayudando al interlocutor a encontrar alternativas válidas y animándose a usar los propios recursos para alcanzar este fin. En el ejemplo citado más arriba, el agente podrá responder : “Ante el problema que estás viviendo, son diversas las soluciones que se presentan ; ¿tú encuentras una? Sería oportuno mirar a ver si es la única. ¿Qué te parece?”, o bien: “Tú pregunta es difícil, o no me siento capaz de responderla. Me gustaría, no obstante, trabajar contigo para profundizar este tema de manera que tú puedas encontrar la mejor solución para ti”¹⁵.

Estilo Paternalista: En este tercer estilo, el ayudante se centra en la persona del interlocutor, es decir, tiene en cuenta el “cómo vive” él su problema. Su modo de intervenir es directivo y esto se expresa de diferentes formas. Puede tener la tendencia a considerar al otro bajo la propia protección, asumiendo la responsabilidad de la situación que vive él. Esta tendencia puede llegar incluso a la pretensión de querer salvar a la persona ayudada. El paternalismo implica un acercamiento al ayudado, pero no confía en él, sino que se siente responsable de realizar la salvación del otro. Ambos demuestran una atención sobre todo “a lo

que yo quería que tú fueras”. En el ejemplo citado, cabrían las siguientes respuestas: “Veo que estás viviendo un momento difícil. Confía en mí y verás que te haré salir de este túnel”; o bien: “Conozco mucha gente que viven situaciones difíciles como la tuya y han conseguido siempre liberarse de sus angustias...”¹⁵

Estilo Empático-Participativo: En este estilo, la enfermera, se centra en la persona y sus intervenciones se inspiran en la actitud facilitadora. Atento a la experiencia del interlocutor, se interesa de que éste tome conciencia profundizando así el conocimiento de sí mismo. A la frase “Me parece que la vida no tiene sentido...” se podría responder: “El momento que estás viviendo, es tan difícil que te preguntas incluso si vale la pena seguir viviendo en esta situación”, o bien: “Te resulta difícil afrontar la vida cuando todo parece tan oscuro”¹⁵.

Para que una relación sea de ayuda, es necesario que se de comprensión de ésta no solo como concepto de entender el significado de la vivencia del paciente, sino como la capacidad de devolver esa comprensión, al propio paciente para que se sienta realmente comprendido¹⁶.

Carkuff describe la empatía como la capacidad de percibir correctamente lo que experimenta otra persona y comunicar esta percepción en un lenguaje acomodado a los sentimientos de ésta¹⁴.

Bermejo define empatía, como la capacidad de comprender los pensamientos, emociones, significados, necesidades del otro. Pero no basta con comprender al otro si uno no es capaz de transmitírselo: “actitud empática”¹⁰.

Existen diferentes fases de la empatía:

La primera es la **fase de identificación**, en la que nos identificamos con la otra persona y con su situación¹⁴.

La segunda es la **fase de incorporación y repercusión**, donde se incorporan elementos de la experiencia del paciente que son semejantes a los propios¹⁴.

La tercera es la **fase de separación**, que consiste en apartarse de la implicación sentimental, manteniendo una distancia para evitar sentimientos de culpa. Sin esta fase, existe una alta probabilidad de sufrir el síndrome del "bn-out"¹⁴.

La aceptación incondicional es otra actitud fundamental de la relación de ayuda, significa aceptar sin condiciones a la persona que se pretende ayudar, sin juicios de valor. Debemos respetar al paciente, retirando aquellos sentimientos actitudes o juicios nocivos para toda relación con el mismo. Supone fiarse de los recursos que la persona dispone para afrontar su situación, y de la capacidad para tomar decisiones, aceptando las mismas. Siempre debemos tener en cuenta la situación concreta en que nos encontremos¹⁴.

Para que tengamos una disposición empática deberemos ser capaces de escuchar activamente, para poder comprender la experiencia de quien vamos a ayudar. Escuchar es el proceso psicológico que parte de la audición pero que contempla otras variables tales como la atención, la observación o el interés¹⁴.

La escucha activa es definida en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) como "gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente"¹⁴.

La comunicación no verbal tiene una importancia relevante, ya que aporta datos que ayudan a comprender mejor la situación de la persona. Además nuestra

conducta no verbal va a tener una importancia fundamental en la actitud empática, ya que con ella demostraremos la comprensión de su situación. Obtenemos no solo los datos del problema sino que demostramos el interés en ayudarlo¹⁴.

Existen múltiples dificultades en la escucha activa, desde las meramente físicos (ruidos), hasta las emocionales (sentimientos propios) pasando por las del área cognitiva (prejuicios morales, etc.)¹⁴.

Otras habilidades que debemos considerar dentro de la relación de ayuda, son las de personalizar el dialogo con el paciente, debemos centrarnos en el propio paciente evitando generalizaciones. Así lograremos que el paciente no vea el problema como algo ajeno a sí mismo, que se deba a circunstancias externas o ambientales, consiguiendo que analice su control sobre su problema y su capacidad para solucionarlo¹⁴.

Comunicar es uno de los comportamientos humanos más importantes, un mecanismo que permite a los individuos establecer, mantener y mejorar sus relaciones humanas. La comunicación es un aspecto esencial en los cuidados de enfermería, considerado como un arte y dejado casi siempre en manos de la intuición e idiosincrasia del profesional de enfermería. Es un proceso complejo, continuo y dinámico entre dos personas en el que el emisor debe dejar claro lo que quiere transmitir, pero además, qué espera del receptor al transmitirle dicha información.

Así, la comunicación es entendida como un proceso continuo por el que una persona puede afectar a otro a través del lenguaje escrito u oral, gestos, expresiones faciales, lenguaje corporal, espacio u otros símbolos”¹⁶.

En el caso de la comunicación interpersonal esto significa entre otros, conectarse con otra persona no sólo en un nivel intelectual, sino también en un nivel emocional.

Para entender este proceso, es importante conocer los modelos o estilos de comunicación humana que adquiere el profesional de enfermería, con el fin de darnos una visión completa de todos los elementos que intervienen en este complejo proceso, y si dichos modelos nos sirven de guía para facilitar su comprensión.

Según Peplau, “las intervenciones de las enfermeras son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona. Los cuidados han de ser individualizados haciendo especial hincapié en la relación humana entre enfermera y la persona necesitada de ayuda”. Existen varios tipos de relación de ayuda, y en función del modelo elegido el estilo y los resultados de dicha relación serán diferentes¹⁷.

Existen estilos de comunicación en la relación interpersonal, en donde podemos encontrar cuatro estilos básicos, cada uno tiene unas características propias y en general, siempre uno predomina. Entre ellos encontramos: pasivo, agresivo, manipulador, asertivo.

La conducta **agresiva** pretende expresar su opinión sin escuchar a los demás pues cree que son más importantes que cualquier juicio que el interlocutor pueda ofrecerle. Dicho pensamiento refugia sentimientos de inferioridad, pues la única forma de protegerse de estos sentimientos es mediante la agresividad. Esta forma

de comunicación le siguen amenazas produciendo siempre en los demás efectos negativos como sentimientos de temor y humillación¹⁸.

En cuanto a la postura del **manipulador**, persigue un objetivo intentando que el interlocutor no lo sepa. Finge que escucha y negocia pero lo que realmente pretende es manipular al otro. Al principio puede parecer simpático porque parece que se interesa por los demás, pero con el paso del tiempo se descubre que es falso y que constantemente intenta manipular en sus relaciones con los demás interlocutores, lo que hace ser repudiado¹⁸.

Por otro lado se encuentra la actitud **pasiva** que renuncia a cualquier derecho que tenga para impedir que haya conflictos con el interlocutor, es decir, se rebaja al parecer de los demás renunciando a sus propias opiniones porque no las considera valiosas. Se siente inferior a todo el que le rodea y esto crea en los demás una postura compasiva, de pena o protectora que posteriormente tornará a indiferencia dado al inalcanzable cambio¹⁸.

Y, por ultimo esta la comunicación **asertiva**, que es la capacidad (cualidad) de una persona para expresar conocimientos, sentimientos, actitudes, deseos y opciones de un modo adecuado a cada situación social que se le presente, teniendo en cuenta las características de la persona con quien se interactúa, el lugar y la forma en que se comunica y buscando siempre el respeto de los derechos propios y de los otros¹⁹.

Los elementos vocales y visuales, al igual que la personalidad, popularidad y sociabilidad son ingredientes principales para la comunicación interpersonal de

alto nivel, es por esto que la enfermera debe adquirir habilidades para la comunicación interpersonal¹⁷.

Existen dos tipos de comunicación. Entre ella se encuentra la comunicación **verbal**, que es la relación que establece la enfermera con el usuario mediante la expresión hablada y sirve para conocer sus necesidades.

En enfermería, la comunicación verbal se relaciona fundamentalmente con la palabra hablada y requiere mecanismos fisiológicos y cognoscitivos funcionales que hacen posible la producción y recepción del lenguaje hablado. Las palabras son instrumentos esenciales de la comunicación personal y cultural; éstas simbolizan objetos reales o conceptos. La falta de congruencia en el lenguaje entre enfermera y usuario suele interferir con el restablecimiento de una relación y crea obstáculos para ratificar los significados, principal característica de un mensaje eficiente²⁰.

Nos podemos encontrar con dos tipos de comunicación verbal más importantes, uno de persona a persona y, otro, en grupo. Por un lado, la enfermera suele comunicarse, principalmente, con el paciente y la familia. Como se ha destacado anteriormente, las necesidades del paciente no sólo se cubren de forma técnica sino que también necesita conocer y vivir su enfermedad, a su manera, es decir, cada persona asimilará el proceso de enfermedad en función de su cultura, educación, personalidad, valores y creencias¹⁸.

Otro tipo de comunicación es la **no verbal**, es el tipo de comunicación más importante. En una relación de comunicación hasta el 60 - 70 % del contenido es

No Verbal, ya que básicamente lo que transmitimos son sentimientos, aunque sea de una manera inconsciente. La comunicación No Verbal admite múltiples interpretaciones, en un contexto se interpreta de una manera y en otro de manera distinta.

Dentro de la comunicación no verbal existen tipos, los cuales se pueden clasificar en:

El primer tipo es la **Kinésica**, la cual estudia el movimiento corporal (movimiento de manos, cabeza o cualquier otra parte del organismo. Se incluye la mirada y la postura general del cuerpo).²¹ Este tipo de comunicación tiene su dimensión, así pues encontramos:

La mirada, que consiste en el contacto ocular, el cual es necesario en las relaciones enfermero/paciente. Las Expresiones Faciales, como la sonrisa, depresión de la boca (es frecuente en personas tristes), contracción de los músculos faciales (las personas agresivas lo hacen), abrir la boca (somnolencia, aburrimiento, hambre). Postura General del Cuerpo, en donde puede dirigirse la enfermera de Adelante/atrás, rigidez/flacidez, cerrada/abierta. Movimientos Corporales, frecuentes gesticulaciones, ilustradores, encogimiento de hombros (Cada gesto/acción siempre tiene un impacto en el otro, ya que todos no perciben igual).²¹

Otro tipo de comunicación no verbal es la **Tactésica**, que estudia el contacto corporal (qué partes del cuerpo tocar, cuáles se usan para tocar).²¹

Por consiguiente se encuentra la **Proxémica**, que se encarga del análisis de las características espaciales (estudia las distancias sociales que adoptamos en los

distintos entornos). Así pues se encuentra la distancia íntima, la distancia personal, social, pues las distancias para cada circunstancia son: Íntima 15 – 45 cm, personal 45 – 125 cm, social 1,25 – 3,5 m, pública > 3,5 m²¹.

Por último se encuentra el tipo de comunicación no verbal **Paralingüística**, que tiene relación con la forma de decir las palabras (timbre, tono, velocidad, volumen de voz). La voz, es el principal vehículo para enviar un mensaje; mediante el sonido de ésta puede transmitir confianza, seguridad, energía, emoción y entusiasmo al paciente¹⁷.

En la comunicación no verbal también intervienen los **factores Ambientales**, como la apariencia física; pues se tiene que conocer qué impacto tenemos para el paciente y cuál tiene él para nosotros. El vestir y el aspecto juega un papel importante en este tipo de comunicación, pues las personas causan una impresión inmediata y fuerte (negativa o positiva) con sólo verlas¹⁷.

Así mismo también el humor y el estado de ánimo de la enfermera son una de las habilidades más importantes para una comunicación interpersonal efectiva, pero una de las más evasivas. Algunas personas tienen una naturaleza agradable y simpática. Otros tienen que cultivar esa habilidad. El humor es una habilidad que se puede aprender, ésta importante herramienta es una manera efectiva para infundir ánimo a los pacientes¹⁷.

La comunicación es necesaria para el ser humano puesto que él siempre está interactuando consigo mismo o con su ambiente, por esto es tan importante conocer las barreras u obstáculos que se presentan, para evitar que interfieran en la transmisión del mensaje.

Las barreras más comunes se relacionan con el ambiente físico, personal o social que afectan al receptor en el momento de recibir el mensaje; tales como ruido, olor, estímulo de cualquier tipo, dolor, cansancio, sentimientos, expresiones de rechazo al emisor, diferencias socioculturales de idioma, religión y raza; esto conduce a una retroalimentación que debe realizar la fuente para lograr el fin o el propósito de la comunicación interpersonal a cualquier nivel¹⁹.

2.3. Marco contextual

El Hospital Regional Docente las Mercedes donde se llevara a cabo la presente investigación, es un hospital de nivel II-2 ya que se encuentra en el segundo nivel de atención y 6to nivel de complejidad, además cuenta con especialidades básicas, actualmente presenta una infraestructura en remodelación. Además atiende a pacientes de diversos niveles económicos, en su mayoría que cuentan con seguro integral de salud (SIS), pero también a pacientes particulares. Dentro de él se encuentra el servicio de medicina mujeres, lugar donde se llevara a cabo la presente investigación, que dispone de 22 camas, un total de 6 enfermeras, pero solo cuenta con 1 enfermeras en cada turno; según las referencias de las enfermeras y lo observado por las investigadoras, este servicio cuenta con gran demanda de pacientes, siendo un promedio de ingreso aproximado de 60 pacientes al mes y la estancia de permanencia de cada uno de ellos es en un promedio aproximadamente de 1 a 10 días. Dentro de las edades más frecuentes de los pacientes a los que alberga, estos se encuentran entre los 45 a 60 años de edad con un porcentaje de 48%, seguido con un porcentaje de 32% que representa a las

edades de 35 a 44 años, y en un menor porcentaje (20%) entre las edades de 20 a 34 años.

Los pacientes a los que atiende este servicio son de procedencia de toda la región Lambayeque, pero en mucho de los casos también son referidos de las distintas regiones aledañas. El nivel cultural de los pacientes son en un mayor porcentaje (44%) solo hasta nivel primario, seguido de un 28% que cuentan con nivel secundario y en un menor porcentaje con nivel superior que representa a un 12%. Por ultimo dentro de las patologías más frecuentes en el servicio de medicina mujeres se encuentran en primer lugar las neoplasias o tumores, seguido de las enfermedades del sistema digestivo y en un tercer lugar se encuentran las enfermedades del sistema circulatorio.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación es cualitativa, la cual es un método de investigación usado principalmente en las ciencias sociales, usa metodología basada en principios teóricos tales como la fenomenología, hermenéutica, la interacción social, empleando métodos de recolección de datos que no son cuantitativos, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los correspondientes²².

La investigación cualitativa es un proceso inductivo, interpretativo, interactivo y recurrente, se profundiza en un problema y se analiza con el fin de capturar el fenómeno en forma holística. Los estudios cualitativos se preocupan por lograr buena información, por lo que aplican los criterios de credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad que tienen como fin aumentar la calidad y la objetividad de los datos²³.

Este enfoque cualitativo, utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación²².

3.2. Diseño y abordaje:

El abordaje metodológico de la presente investigación fue el estudio de caso, el cual comprende el análisis repetido y a profundidad de los discursos de las

personas. Habitualmente, ésta técnica se realiza a lo largo de un periodo prolongado y por lo común incluye observaciones repetidas, entrevistas no estructuradas y otros procedimientos más formales.

Ésta técnica resulta una opción para obtener datos ricos en detalles y tienden a crear una descripción vivida de la persona estudiada²⁴.

Principios del estudio de caso:

Las investigadoras tuvieron en cuenta los principios del estudio de caso según el modelo de Ludke y André ²⁵.

El estudio de caso se dirige al descubrimiento. “Esta característica se fundamenta en que el conocimiento es algo acabado. A pesar que el investigador parte de algunos supuestos teóricos iniciales, procurará mantenerse atento a nuevos elementos importantes que pueden surgir durante el estudio”. En este estudio las investigadoras estuvieron atentas al descubrimiento en relación al objeto de estudio, y a otros elementos que surgieran durante el estudio²⁶.

El estudio del caso enfatiza la interpretación en el contexto. “Este principio establece que para tener una comprensión más completa del objeto de estudio es preciso tener en cuenta el contexto, donde él se sitúa, por ello una de las exigencias de esta metodología es la accesibilidad práctica al caso elegido”. Este estudio se llevó a cabo en la misma unidad de medicina mujeres permitiendo describir mejor las variables a la que estuvo supeditada toda la comunicación²⁶.

El estudio de caso busca retratar la realidad en forma compleja y profunda.

“El investigador procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema enfocándolo como un todo. Enfatiza la complejidad natural de las dimensiones, evidenciando la interrelación de sus componentes”. Este tipo de abordaje enfatizó la complejidad natural de la Relación de Ayuda, se trató que los discursos manifestados por los pacientes retrataran lo percibido por ellos sin que se alterara la realidad vivida; se pudo analizar a través de las entrevistas obtenidas los principios que rigen toda comunicación terapéutica, los componentes de la misma como son el mensaje, la enfermera como emisor.

El estudio de caso utiliza una variedad de fuentes de información. “El investigador recurre a una variedad de datos recolectados en diferentes momentos en situaciones variadas con una variedad de informantes”. Las fuentes de información utilizadas en este trabajo de investigación fueron las personas cuidadas y las enfermeras que laboran en el servicio de medicina mujeres de dicho hospital, que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión, utilizándose la entrevista semiestructurada para recoger los datos; de igual manera la historia clínica constituyó para las investigadoras una fuente de datos como la edad, grado de instrucción y diagnóstico.

Revelan experiencias vicarias que permiten generalizaciones naturales. “El investigador procura relatar sus experiencias durante el estudio de modo que el

lector o usuario pueda realizar sus generalizaciones naturales. La lectura de los hallazgos por terceras personas permite generalizaciones naturales en función del conocimiento experimentado o experiencia personal que éstos traigan, esto se logra a través de la descripción detallada de escenario y sus participantes, así como de la discusión profunda de las categorías”. A través de la descripción detallada de escenario y sus participantes, y la discusión profunda de las categorías que se presentaron en este proyecto permitirá que lectores futuros de este documento, traigan a la memoria experiencias personales o de seres cercanos que coincidieran con las versiones de los pacientes entrevistados.

El estudio de caso procura representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social. “Cuando el objeto o situación estudiada puedan suscitar opiniones diferentes, el investigador va a procurar traer para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación”. Al aplicar la entrevista semiestructurada a los pacientes del servicio de medicina mujeres con el objeto de describir cómo se desarrollaron los estilos de relación de ayuda que establece la enfermera en el cuidado del paciente, se pudo validar este principio que tiene todo estudio de caso, ya que permitió identificar categorías y subcategorías que incluyeran versiones contradictorias, esto permitió a las investigadoras tener un marco enriquecido para el análisis de los resultados.

Los relatos del estudio de caso utilizarán un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros informes de investigación. “Los relatos escritos se presentan generalmente con estilos informal, narrativo, ilustrado por figuras del lenguaje dependiendo del tipo de usuarios a que se destina”²². En este estudio, el caso se construyó en forma narrativa y descriptiva a partir de un marco teórico y el uso del pensamiento crítico, el mismo que permitió representar la realidad con el objeto estudiado.

Niesbet y Watt caracterizaron el estudio de caso en tres fases o momentos²⁶:

Fase exploratoria: “El estudio de caso comienza con un plan incipiente que se va delineando más claramente en la medida en que se desarrolla el estudio. La fase exploratoria es fundamental para la definición más precisa del objeto de estudio”²⁶.

En esta fase primero se estableció la problematización del caso, es decir de los estilos de relación de ayuda que se establece entre la enfermera y la persona cuidada en el servicio de medicina mujeres, nacida de la observación de la realidad por las investigadoras y las declaraciones de algunos pacientes egresados en el servicio y de la autocrítica como enfermeras del servicio en mención.

Fase sistemática o delimitación del estudio: “Una vez identificado los elementos claves y los límites aproximados del problema, el investigador puede proceder a recolectar sistemáticamente la información utilizando instrumentos

más o menos estructurados, técnicas más o menos variadas, la elección está determinada por las características propias del objeto de estudio”²⁶.

Después de elaborado y aprobado el proyecto y solicitadas las respectivas autorizaciones, las investigadoras determinaron que la entrevista semiestructurada fue aplicada a la persona cuidada que reúna los criterios de inclusión. Una vez identificado la persona, se le explicó los objetivos de la investigación, se solicitó su consentimiento informado consignado en el documento elaborado para tal fin. Y su autorización para grabar en cintas magnetofónicas sus declaraciones.

Los datos fueron recolectados a través de una entrevista abierta a profundidad a los pacientes. Se formuló la pregunta de rigor y se dejó que expresen libremente sus sentimientos y emociones sin interferencia. Cuando el paciente respondía con palabras cortas, las investigadoras aplicaron las técnicas de entrevista abierta con la finalidad de que el paciente expresara más emociones relacionadas con el tema permitiendo que éstas fueran narradas en toda su magnitud.

Fase de análisis temático y la elaboración del informe: “Las entrevistas serán transcritas íntegramente por los investigadores”²⁶. Después de repetidas lecturas, surgieron las unidades de significado teniendo en cuenta las revelaciones interesantes para las investigadoras, respecto a las opiniones de los pacientes en relación a la relación de ayuda establecida con el personal de enfermería en el servicio de medicina mujeres, pasando a construir los elementos estructurales del fenómeno.

“Posteriormente se realiza un análisis de contenido, es decir un análisis de los resultados en base al conocimiento sobre el problema en estudio y relacionándolo con el marco teórico, permitiéndose una mejor interpretación de los discursos emitidos y establecer las categorías y subcategorías” ²³. Los resultados fueron presentados en el presente informe final el cual fue escrito con un lenguaje sencillo para que otras personas puedan acceder al caso, a fin de permitir la generalización naturalística.

3.3. Población y Muestra

Población:

La población en estudio estuvo conformado por todos las personas hospitalizadas en el servicio de medicina mujeres del Hospital Regional Docente Las Mercedes en el mes de Mayo del 2014 y todas las enfermeras que laboran en el servicio de medicina del mencionado hospital.

Muestra:

La muestra fue determinada por saturación (5 enfermeras y 22 personas cuidadas), esto significó que cuando los discursos se tornaran repetitivos y no aportaran contenidos nuevos, la muestra se habría completado.

3.4. Criterios de inclusión:

Para las personas cuidadas

- Pacientes de 20 a 60 años.

- Hospitalizados por primera vez en el servicio de medicina mujeres, ya que experiencias anteriores de estancia en la unidad pudieron influir en la percepción del proceso de la comunicación con el personal de enfermería.
- A partir de su tercer día de hospitalización ya que transcurrido ese tiempo la persona pudo valorar las características de relación de ayuda entablada con la enfermera.
-

Para las enfermeras:

- Enfermeras que quisieron participar voluntariamente.
- Enfermeras que tuvieron más de dos meses laborando en el servicio.

3.5. Criterios de exclusión:

Para las personas cuidadas:

- Pacientes con limitaciones para expresarse verbalmente
- Pacientes desorientados en tiempo, espacio y persona
- Pacientes que no desearon participar en el estudio.

Para las enfermeras:

- Enfermeras que se encontraron de licencia o vacaciones.

3.6. Procedimiento de recolección de datos:

Inicialmente se solicitó la respectiva autorización al médico jefe y la enfermera jefe del Servicio de Medicina Mujeres para la realización del presente

estudio. Una vez obtenida la autorización se procedió a la selección de la población teniendo en cuenta los criterios de inclusión mencionados. La historia clínica del paciente fue revisada con el fin de obtener de ella datos como fecha de ingreso, días de estancia, diagnóstico, procedimientos realizados.

Se entró en contacto con los informantes a quienes previa explicación en términos claros y sencillos del objetivo de la investigación, se les solicitó su participación voluntaria asegurándoles el anonimato y confidencialidad de la entrevista y que los resultados serían usados exclusivamente para la investigación.

Durante la entrevista se tuvo en cuenta todos los principios de una entrevista abierta a profundidad, aplicando los principios de bioética y utilizando grabadora y una cinta magnetofónica.

La información obtenida de las entrevistas fue sometida al proceso de transcripción y digitadas por las investigadoras en el programa de Microsoft Word de una computadora, de preferencia después de cada entrevista. Las respuestas de los pacientes no fueron interpretadas, ni distorsionadas, sino transcritas literalmente según lo expresado.

Posteriormente a medida que se realizó la lectura y relectura sobre su contenido, el análisis a la luz del marco teórico permitió el surgimiento de las unidades de significado, estableciéndose las categorías y subcategorías.

3.7. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos:

Técnicas:

Técnica del gabinete:

El análisis bibliográfico y el procesamiento de los datos se realizó durante toda la investigación.

Técnica de campo:

Entrevista cualitativa semiestructurada:

Para Spradley citado por Hernández (2003) es una conversación informal, amistosa y empática que acontece entre el investigador y el informante sin un esquema preestablecido²⁷.

Este instrumento se aplicó al paciente del Servicio de Medicina Mujeres que reunieron los criterios de inclusión. Esta entrevista constó de una pregunta abierta con el objetivo de ofrecer al entrevistado la posibilidad de verter su opinión en forma amplia sobre el objeto de estudio, dándole libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre el tema elegido.

Por consiguiente, se realizó la validación del instrumento en el servicio de cirugía mujeres del Hospital Regional Docente Las Mercedes.

3.8. Análisis de Datos.

Para realizar el análisis de los datos, las investigadoras tuvieron en cuenta que en el proceso cualitativo, la recolección y el análisis de los datos ocurren prácticamente en paralelo, considerando que el análisis no es estándar, ya que este proceso consiste en recibir datos no estructurados, ya que cada estudio requiere de un esquema o “coreografía” propia del análisis²².

Después de analizar múltiples casos si ya no se encontraron información novedosa “saturación”, el análisis concluyó. En cambio, si se encontraron inconsistencias o falta de claridad en el entendimiento del problema planteado, se regresó al campo o contexto para recolectar más datos. Obtenidos los discursos se procedió a la transcripción de estos, conservándose en todo momento su fidelidad, tomando en cuenta seudónimos para los nombres de los participantes. Se hizo un análisis temático, donde los discursos fueron leídos y releídos para descontextualizarlos con la búsqueda de temas, en unidades de significado; proceso en que se descubrieron elementos comunes entre sujetos y la variación neutral de los datos. Posteriormente esto fue reunido para formar subcategorías y categorías, en un proceso de recontextualización²⁷.

3.9. Rigor Científico.

El rigor científico de la presente investigación estuvo basado en los principios que se describen a seguir²⁸:

- **CONFIDENCIALIDAD**

Referido a que la información expresada por las participantes en la investigación no se hará público con otro fin, asegurando en todo momento el anonimato. Esto garantizará obtener datos con mayor profundidad y veracidad.

En este estudio, se respetó la privacidad de la información brindada por las personas cuidadas manteniendo el anonimato de los mismos.

- **CREDIBILIDAD**

Que se logra cuando los investigadores, a través de observaciones y conversaciones prolongadas con los pacientes en el estudio, recolectará información que produce hallazgos que son reconocidos por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellas piensan y sienten.

En la presente investigación se buscó que los hallazgos del estudio sean reconocidos como «reales» o «verdaderos» por las personas que participaron en el estudio y por aquellas que hubieron experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado. Fue respetado por el valor de la verdad, evitando subjetividades del investigador.

- **CONFIRMABILIDAD**

Viene a ser la neutralidad de la interpretación o análisis de la información, que se logra cuando otro (s) investigador (es) puede seguir «la pista» al investigador original y llegar a hallazgos similares.

En la presente investigación se mantuvieron los datos tal cual como los exponen los criterios antes mencionados, no adulterando la información y estando en disposición de las personas que puedan proporcionar aportes para enriquecer la investigación.

3.10. Aspectos Éticos

El presente proyecto de investigación se rigió mediante los principios establecidos en los lineamientos para garantizar el ejercicio de la bioética desde el reconocimiento de los derechos humanos.²⁹

Principio de Respeto a la Dignidad Humana, se encarga de la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad que se constituyen como un fin supremo de la sociedad y del estado y fundamento para el ejercicio de los derechos que le son propios. La dignidad intrínseca de la persona humana prohíbe la instrumentación de ésta. La persona es considerada siempre como sujeto y no como objeto, su valor no depende de factores ajenos a su dignidad. El ser humano es respetado no sólo como persona, sino también conforme a su pertenencia a la familia humana.

Este principio se aplicó en la presente investigación en los pacientes del servicio de medicina mujeres, al permitir su participación de manera voluntaria haciendo que ellas fueran actoras de sus propios actos y no simples instrumentos para obtener información y con previo conocimiento de los objetivos y

procedimientos que se realizarían para la obtención de la información. De igual forma se les brindó un trato amable y de respeto en todo momento.

Principio de Primacía del Ser Humano y de Defensa de la Vida Física, este principio menciona que el interés humano debe prevalecer sobre el interés de la ciencia. Pues es la ciencia la que se encuentra al servicio de la persona humana y no la persona humana al servicio de la ciencia. La investigación y aplicación científica y tecnológica deben procurar el bien integral y evitar el mal de la persona humana protegiendo siempre la vida, la salud, la privacidad y dignidad de la persona.

En la investigación realizada en los pacientes del servicio de medicina mujeres se consideró la aplicación de este principio, buscando hacer siempre el bien y evitar el mal respetando la vida corporal y espiritual en todo momento, ya que representa un valor fundamental reconocido por el estado desde la concepción hasta su muerte natural.

Principio de autonomía y responsabilidad personal, la autonomía debe siempre estar orientada al bien de la persona humana y nunca puede ir en contra de su dignidad. En este entendido viene integrada a la responsabilidad personal. Toda investigación y aplicación científica y tecnológica se desarrollará respetando el consentimiento previo, libre, expreso e informado de la persona interesada, basado en información adecuada.

El consentimiento en tales términos supone el reconocimiento del derecho de la persona a ser tratado como persona libre y capaz de tomar sus decisiones. El consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, sin que esto entrañe desventaja o perjuicio alguno para la persona.

En la investigación se respetó este principio solicitando a la persona el consentimiento informado voluntario previa explicación de los objetivos, finalidad, riesgo y beneficios.

Principio de Igualdad, Justicia y Equidad, este principio se aplica a toda investigación en torno a la vida humana, considera la igualdad de todos los seres humanos, indistintamente de la etapa de vida por la que éstos atraviesen.

Los pacientes tuvieron derecho a un trato justo, equitativo, tanto antes, durante y después de su participación en el estudio; quienes recibieron un trato respetuoso y amable en todo momento, cumpliéndose con todos los acuerdos establecidos entre ellos y los investigadores.

Principio de Beneficencia y Ausencia de Daño, este principio abarca el bien total de la persona humana en su integridad y en su concreta situación familiar y social. Es decir no producir daño intencionadamente.

Este principio se aplicó en la presente investigación teniendo en cuenta que los riesgos fueran razonables en relación con los beneficios esperados, que los

investigadores fueran competentes para conducir la investigación y asegurar el bienestar del sujeto estudiado, minimizando los riesgos: usando el anonimato y se informó que los datos obtenidos sólo serían utilizados con el propósito de investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En los diccionarios se define el cuidado como poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse, imaginar, pensar, meditar, asistir, aplicar la atención o pensamiento, vigilar, tratar, prevenir. Cuidar es ante todo un acto de vida, significa movilizar las capacidades del ser humano en su cotidianidad, en el proceso de vida-muerte, en estado de salud o enfermedad, teniendo en cuenta sus costumbres, con el objeto de lograr el desarrollo de su capacidad de vivir o de compensar y suplir la alteración de sus funciones biosociales³¹.

Para enfermería tiene un significado mucho más amplio y se refiere básicamente al aspecto humano, define así al cuidado como “ayudar al otro a crecer y a realizarse como persona”. Cabe destacar que cada acción, llámese procedimiento, manejo de protocolo o de equipos de alta tecnología, utilización de habilidades, destrezas y aplicación de conocimientos científicos, se lleva a cabo en el ejercicio profesional sin desconocer que se está trabajando con personas que merecen afecto, amor, dedicación, comprensión y muchas otras características que implican brindar cuidado humanizado³².

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones que han ido configurando su desarrollo en conjunto con otras ciencias.

La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones cotempladas por estos paradigmas. En este sentido se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería³³.

Sus orígenes de enfermería se remontan a partir del paradigma de la categorización, la cual fue una corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, teniendo como objeto de trabajo el cuidado orientado al entorno y hacia la enfermedad. Posteriormente surge el paradigma de la integración, el cual se dio durante el siglo XX, donde su objeto de cuidado estaba ligado hacia la persona. Actualmente en el siglo XXI predomina el paradigma de la transformación, el cual se centra en la interacción persona – entorno, constituyéndose como una propuesta humanizadora donde se considera la persona como un ser holístico, cuyas múltiples dimensiones forman una unidad.

Las grandes corrientes del pensamiento han marcado la evolución de las concepciones actuales en el área de la ciencia enfermera. El pensamiento enfermero refleja bien esta evolución, lo que le hace ser principalmente una obra de síntesis y de referencia para el mundo de los cuidados enfermeros. Las enfermeras constituyen una fuerza humana y profesional de primer orden.

La esencia de la Enfermería por tanto es el "cuidado integral de la persona"; el núcleo de las actuaciones son "las necesidades básicas" y su objetivo "aumentar la capacidad de autonomía de las personas cuidadas"³⁴.

Reflexionar sobre el enfoque humanístico del proceso del cuidado puede incidir en una práctica profesional de enfermería más significativa y enriquecedora. Humanizar es hacer a alguien o algo más humano, familiar y afable. Humanización comprende la acción y efecto de humanizar o humanizarse, entonces humanizar los cuidados, es hacer el cuidado más humano, familiar y cordial, de acuerdo al contexto de cada persona³⁵.

La humanización del cuidado desde la profesión de enfermería, requiere centrarse en el ser humano, en el entendido de que ese ser humano no sólo incluye la persona sujeto de cuidado, sino también a la enfermera, quien debe formarse para proveer cuidados desde una perspectiva social, ética y política, pero esencialmente humana. Enfocado al mundo sanitario, se refiere al hombre en todo lo que se hace para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual³⁶.

En otras palabras el cuidado desde una visión humanista refiere Watson, consiste en "conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión". Se trata de que las enfermeras no solo miren la enfermedad sino al enfermo, que lo entiendan, lo comprendan, aumentando el proceso de cuidado humano, no dejar al paciente a un lado sin separarlo del

entorno estableciendo una relación afectiva entre enfermera- paciente. También nos dice que cuidar, es algo humano, de sentirse vivo, ser empáticos, afectivos; por ejemplo el tomar de la mano al adulto deprimido, cargar al recién nacido, el escuchar a una persona el brindar una sonrisa cálida, un apretón de manos.

Jean Watson considera a la persona como una unidad de cuerpo, mente, espíritu y naturaleza. Que están en una fuerte conexión y evolucionando. Para Watson el desarrollo de una relación de ayuda-confianza, fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino y auténtico. Para Watson, asistencia en un término de enfermería que representa los elementos que utilizan las enfermeras para proporcionar atención sanitaria a los pacientes. Afirma que al considerar a los demás como individuos únicos, la persona que presta la asistencia percibe los sentimientos de los demás y reconoce la unidad de los demás.

Watson basa su teoría sobre el ejercicio profesional de la enfermería en los 10 elementos asistenciales, en donde cada uno tiene un componente fenomenológico dinámico referido a los individuos involucrados en la relación que abarca la enfermería. Estos elementos son: Formación de un sistema de valores humanísticos-altruista; infundir fe-esperanza; Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás; Desarrollo de una relación de ayuda-confianza; Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos; Utilización sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones; Promoción de la enseñanza- aprendizaje interpersonal;

Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o de corrección mental, física, sociocultural y espiritual; Asistencia con satisfacción de las necesidades humanas; y Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas.

El cuarto elemento asistencial que describe Watson “Desarrollo de una relación de ayuda-confianza”; nos dice que el desarrollo de este tipo de relación es crucial para la asistencia transpersonal. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva a ser real, honesto, genuino y auténtico. La empatía es la capacidad de experimentar y por lo tanto comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión. El afecto no posesivo se demuestra hablando en un tono de voz moderado y adoptando una postura abierta y relajada, y unas expresiones faciales coherentes con otras comunicaciones. La comunicación eficaz está constituida por elementos cognitivos, afectivos y de respuesta conductual⁴³.

Para lograr ese objetivo del cuidado se exige que el profesional de enfermería tenga tanto conocimientos, destrezas, habilidades, valores éticos y que practique la relación de ayuda. Estos aspectos son los que le dan la característica de un cuidado humano. Es así que el presente trabajo se centra en uno de ellos, que es la relación de ayuda.

Cuando hablamos de relación de ayuda, nos referimos a un modo de ayudar en el que quien ayuda usa especialmente recursos relacionales para

acompañar a otro a salir de una situación problemática, a vivirla lo más sanamente posible, si no tiene salida, o a recorrer un camino de crecimiento.

La relación de ayuda es un elemento fundamental en todo proceso de humanización. El clima humano de un centro hospitalario depende ante todo de las relaciones que se crean entre las personas que son atendidas y los profesionales. Sin embargo, nos encontramos que el profesional de enfermería en numerosas ocasiones, han experimentado la necesidad de herramientas y recursos relacionales para interaccionar con las personas cuidadas.

Existen diversos estilos de relación de ayuda según dos elementos fundamentales: la disposición de quien ayuda y el uso del poder mismo. Cuando combinamos todas estas actitudes obtenemos los distintos estilos de relación de ayuda, los cuales son el estilo Autoritario, donde el ayudante se centra en el problema del ayudado y quiere ayudarlo a resolverlo de manera directiva y, tiende a establecer con él una relación de dominio - sumisión. El estilo Democrático – Cooperativo, se centra en el problema del interlocutor. La actitud que adopta, sin embargo, es facilitadora, es decir, tiende a implicar a la persona encontrada en la solución del problema. El estilo Paternalista, donde el ayudante se centra en la persona del interlocutor, es decir, tiene en cuenta el “cómo vive” él su problema. Su modo de intervenir es directivo y puede tener la tendencia a considerar al otro bajo la propia protección, asumiendo la responsabilidad de la situación que vive él. Y por último el estilo Empático-Participativo, donde el que ayuda se centra en la persona y sus intervenciones se inspiran en la actitud facilitadora¹¹.

Para que un diálogo, un encuentro entre personas o una interacción sea de ayuda, se requiere, en primer lugar que en él se dé comprensión. Comprensión no sólo como capacidad de captar el significado de la experiencia ajena, sino también como capacidad de devolver este significado a quien lo vive, para que él sienta que realmente está siendo comprendido.

Por tal motivo la actitud que permite captar el mundo de referencia de otra persona es la empatía. Si se da una relación de ayuda empática, el ayudante expresará clara y explícitamente los sentimientos que el ayudado experimenta de una manera difusa o patente, de lo contrario el ayudante comprenderá muy poco o prescindirá de lo que el ayudado vive y trata de comunicar. Entonces podemos decir que el estilo ideal de relación de ayuda que todo profesional de enfermería debería de utilizar, es el estilo empático; ya que se trata de una disposición interior de la persona que se despliega en habilidades concretas (de modo especial la escucha activa y la respuesta comprensiva)³⁷.

Para poder ordenar los resultados obtenidos durante la entrevista, se prosigue a la codificación y clasificación de los discursos, los cuales son analizados a la luz del marco teórico referencial, donde dará lugar a clasificar cada categoría en subcategorías para su consiguiente análisis, de la siguiente manera:

- I. CALIFICANDO SU RELACIÓN DE AYUDA COMO EMPÁTICA**
- II. DEVELANDO LA PRÁCTICA DE UNA RELACIÓN DE AYUDA AUTORITARIA**
- III. EVIDENCIANDO UNA RELACIÓN DE AYUDA PATERNALISTA**
 - 3.1 Utilizando recursos de falsa tranquilización.
 - 3.2 Utilizando el recurso de dar consejos.
- IV. PERCIBIENDO UN TRATO IMPERSONAL**
- V. CALIFICANDO EL TRATO DE LA ENFERMERA**
- VI. ESTABLECIENDO DIFERENCIAS ENTRE LA RELACIÓN DE AYUDA QUE ESTABLECEN LAS ENFERMERAS**

I. CALIFICANDO SU RELACIÓN DE AYUDA COMO EMPÁTICA

Quizás la palabra más utilizada en el ámbito de la reflexión sobre la relación de ayuda sea precisamente la empatía. Pero quizás sea también una de las palabras utilizadas con menos precisión por parte del profesional de enfermería.

La empatía es la actitud en virtud de la cual, una persona hace el esfuerzo cognitivo, afectivo y conductual por captar, de la manera lo más ajustada posible, la experiencia ajena, sus necesidades, los significados que las cosas tienen para ella, sus sentimientos, los valores que la habitan, las dinámicas que actualiza, las expectativas y deseos que le mueven, así como los recursos con los que cuenta. Pero no sólo, la empatía comporta también que la persona del ayudado perciba que está siendo comprendido³⁸.

Cada vez más se habla de competencias relacionales y emocionales. Se va realizando un trabajo de reflexión sobre las actitudes y habilidades que confieren competencia relacional y emocional y otros profesionales de la ayuda. Algunos autores han propuesto una formación de estos agentes a la relación en el ámbito del ejercicio de su profesión, basada en la interiorización de la triada rogeriana (consideración positiva, empatía y autenticidad) y en el adiestramiento en una serie de habilidades en las que aquéllas se despliegan y actualizan³⁸.

La empatía es la actitud que regula el grado de implicación emocional con la persona del ayudado. A la vez que requiere un proceso de identificación actitudinal, requiere también la capacidad de manejar la propia

vulnerabilidad, el impacto que la experiencia ajena tiene sobre sí, las propias sombras y heridas que pueden despertar con ocasión del encuentro con la vulnerabilidad ajena. Requiere también aprender a separarse, restablecer la distancia emocional necesaria (junto con la proximidad) para no quemarse, para no identificarse emocionalmente y prevenir el síndrome del burn-out.

Al respecto en la práctica profesional se ha observado que en los servicios de medicina la enfermera dedica “un mayor tiempo a la administración de medicamentos y a los trámites administrativos”, “se acerca muy poco a conversar con los pacientes...”, son pocas las enfermeras que dan palabras de aliento, o que aclaran las dudas de los pacientes, muchas veces a los pacientes les da miedo preguntarle algo, pues refieren: “...parece que está molesta”, todas estas son manifestaciones habituales de las personas a las que cuidamos.

Según lo descrito podemos darnos cuenta que las enfermeras tienen un concepto errado de lo que es realmente la empatía, y al mismo tiempo esto se contradice con los discursos de los pacientes, puesto que no se manifiestan en ninguno de ellos una relación de ayuda de tipo empática.

Las enfermeras del servicio en estudio, ante la pregunta de qué estilo de relación de ayuda utilizan, manifestaron lo siguiente:

....Utilizo el estilo empático. Con los pacientes de tercer grado de dependencia nos comunicamos mediante los gestos y vemos si presenta algún dolor o malestar, y los pacientes de grado de dependencia 1 y 2 a través del medio verbal y llamándolos por su nombre. Siempre tengo en cuenta el toque

terapéutico, sobre todo siempre lo hago al momento de la entrega de reporte,

me acerco a las pacientes les toco la mano o las acaricio preguntándoles

cómo se sienten Conversando con ellos....Zafiro

...Para brindar el cuidado enfermero utilizo el estilo empático, siempre me

pongo en el lugar de los pacientes...Rubi

...En todo momento utilizo el estilo empático, me pongo en el lugar de los

pacientes, los comprendo en todo momento, sobre todo en sus momentos de

preocupación y tristeza. Algunas veces acostumbro a explicarles a las

pacientes sobre el proceso de su enfermedad, para que conozcan más sobre

su tratamiento que deben seguir y así tomen importancia a su

recuperación.... Esmeralda

Me identifico con el estilo empático ya que en todo momento me pongo en el

lugar de paciente y trato de que ellos tengan confianza en mí.... Amatista

....Siempre antes de empezar mi trabajo paso por las camas de las

pacientes les pregunto cómo se sienten, me acerco y les agarro la mano.

Antes siempre de empezar mi turno paso por sus camas de las pacientes y me

acerco a realizar la valoración y converso con ellas... Ambar

II. DEVELANDO LA PRÁCTICA DE UNA RELACIÓN DE AYUDA AUTORITARIA

El estilo de relación de ayuda autoritaria, se da cuando el ayudante se centra en el problema del ayudado y quiere ayudarlo a resolverlo de manera directiva. Centrándose más en los propios recursos que en los del interlocutor.

Tiende a establecer con él una relación de dominio - sumisión. La persona ayudada es considerada como un simple ejecutor de un proyecto que posee bien claro el profesional de enfermería¹⁵.

Para lograr el bienestar, se debe considerar a la persona cuidada como un ser único, totalitario, holístico, no únicamente como un conjunto de partes o de procesos. Sin embargo, cuando se manifiesta una relación de ayuda de tipo autoritaria, se impide conocer y comprender factores psicológicos y sociales que influyen en su salud.

En el campo de la salud, el primer sentido de autoridad puede ser asociado, a la capacidad o competencia del profesional para emitir juicios sobre diagnósticos, cuidados y/o educación para la salud. En el sentido de directivo y controlador, está determinado por las reglas, normas hospitalarias y directrices gubernamentales y por el autoritarismo o poder ejercido por un número importante de profesionales.

Las prácticas de conductas autoritarias y de poder constituyen una situación de alerta y de amenaza, a las diversas actividades que los profesionales de Enfermería, asumen cada día. Esta situación que se presenta con cierta frecuencia, a la vez permite darnos cuenta que no se cumplen los principios bioéticos del cuidado enfermero, es especial el principio de autonomía, que es el principio del respeto a las opiniones de las personas, si

no respetamos sus decisiones, les estamos quitando la libertad de ser y actuar,. No debemos olvidar nunca que el "Hombre" puede disponer de su propia vida y tiene derecho a elegir e incluso a rechazar los cuidados que se le están brindando, si no está de acuerdo con él, pero solo si es autónomo para lo cual ha de estar bien informado de todo lo relacionado con su proceso³⁹.

A continuación se realizará una aproximación a la realidad de los profesionales de enfermería, desde las perspectivas de los conceptos de autoridad y poder anteriormente desarrollados, para intentar fundamentar deficiencias de la práctica de la ética y bioética en la profesión.

Todo lo descrito se evidencia en los siguientes discursos:

Ellas no te escuchan nada, te dicen: "te dejás o firmas el

documento" ...Rosa

No me toca la mano ni me acaricia. Siento que no se preocupa por mi

salud...Azucena

La enfermera solamente vino a colocarme el medicamento y se fue, no me explico para qué sirve. No se acerca mucho a mí. No me acaricia la

mano...Girasol

No hizo nada cuando estaba triste, solamente venía a ponerme los

medicamentos que el medico ha indicado...Margarita

Cuando estoy triste, ella no me dice nada. Tampoco se acerca....Jazmin

Ese día que me dijeron que tenían que ponerme una sonda, yo no quise porque tenía miedo, ya que me han dicho que eso duele, y la enfermera me dijo: te dejás poner o firmas el documento...Dalia

En los anteriores discursos de las personas cuidadas, se evidencia una relación de ayuda basada en el autoritarismos, por parte del personal de enfermería que laboran en el servicio en estudio, manifestándose una situación de dominio que está alterando la comunicación y el respeto por las personas a las que cuidan, inhibiendo su libertad y colocándolos en una postura de sumisión incondicional a su autoridad. El profesional de enfermería es quien debe asumir una superioridad, pero ésta debe estar basada en inspirar confianza y seguridad a los pacientes, pero esto no se evidencia en los discursos, ya que no existe una amplia comunicación dialógica que facilite en todo momento la toma de decisiones en forma voluntaria y autónoma de la persona cuidada. Por lo tanto no se permite el desarrollo de las personas y su iniciativa, creando así un clima desfavorable al crecimiento y desarrollo personal.

III. EVIDENCIANDO UNA RELACIÓN DE AYUDA PATERNALISTA

En el campo de la salud, el paternalismo adquiere una connotación negativa, dado que, se determinan los intereses de las personas cuidadas. Desde esta perspectiva, el profesional de enfermería se convierte en un padre querido con un hijo dependiente y temeroso, al cual no deja crecer, ya que la

relación de ayuda tiene por objetivo el crecimiento mutuo entre la persona cuidada y la enfermera.

Para Beauchamp y Childress (1989), el paternalismo siempre envuelve algunas formas de interferencia o rechazo con los deseos y preferencias de los pacientes, ya que el profesional de enfermería termina decidiendo en la mayoría de los casos lo que es mejor, para cada uno de ellos⁴⁰.

En este estilo, el ayudante se centra en la persona del interlocutor, es decir, tiene en cuenta el “cómo vive” él su problema. Su modo de intervenir es directivo y esto se expresa de diferentes formas. Puede tener la tendencia a considerar al otro bajo la propia protección, asumiendo la responsabilidad de la situación que vive él. Esta tendencia puede llegar incluso a la pretensión de querer salvar a la persona ayudada. El paternalismo implica un acercamiento al ayudado, pero no confía en él, sino que se siente responsable de realizar la salvación del otro. Ambos demuestran una atención sobre todo “a lo que yo quería que tú fueras”.¹⁵

En este estilo se suele utilizar técnicas que limitan la relación de ayuda, y que la enfermera sin percatarse de ello hace uso de ellas, estas son: falsa tranquilización y dar consejos.

a. Utilizando recursos de falsa tranquilización.

La falsa tranquilización es una de las técnicas que limitan la relación de ayuda y que la enfermera en muchas circunstancias de su vida profesional hace uso de ella.

Wolberg (1967) ofrece una serie de guías y aconseja que el personal de salud evite lo siguiente durante la relación de ayuda: exclamaciones de sorpresa negativa, expresiones de excesiva preocupación, juicios moralistas, manifestaciones de impaciencia, **falsas promesas, y tranquilizaciones innecesarias.**

No es raro caer en la tentación de criticar, sermonear, dar consejos o formular expresiones de falsa tranquilización como “no se preocupe”, “no pasa nada”, “está usted muy bien”, “tranquila”. Estas falsas tranquilizaciones, impiden que la persona cuidada exprese lo que siente o piensa, ya que con estas frases cortamos la comunicación.

Este tipo de estilo de relación de ayuda se evidencia en los siguientes discursos:

Cuando me vio llorando se acercó y me acarició del pelo, me dijo que me tranquilizara que todo va a estar bien...Clavel

Cuando la enfermera me ha visto llorando, ha venido y me ha dicho: “¡porqué lloras!”; yo le dije: “por mis hijos”, y ella me dijo: “no te preocupes que todo va a estar bien”Jazmín

Me dijo: no te preocupes madre, aca te vamos a atender bien...Ortencia

b. Utilizando el recurso de dar consejos.

Para que una relación sea de ayuda se debe evitar barreras como son las de dar consejos a las personas cuidadas, ya que lo ideal es dar alternativas o posibles soluciones a su problema, para que la persona decida cuál es la mejor opción para la mejor del proceso de su salud-enfermedad, y luego no culpe al profesional de enfermería si lo que le aconsejó no dio el resultado esperado.

Ante lo descrito, se evidencian los siguientes discursos:

*Ella sí me explica para qué sirve el medicamento. Me dijo que no me deprima, porque eso no me va a ayudar a restablecerme. Se comunica conmigo, viene y me pregunta si estoy bien, si tengo algún dolor. Si me toca la mano, me acaricia. Yo creo que si se preocupa por mi enfermedad....***Diamela**

*Hoy día se acercó la enfermera y me dijo que tenía que cambiar mi alimentación en el hogar y me dio una lista de alimentos que no debo consumir, y me dijo que si no me cuidaba se agravaría mi enfermedad...***Girasol**

IV. PERCIBIENDO UN TRATO IMPERSONAL

Si bien es cierto los estilos de relación de ayuda son el estilo autoritario, paternalista, democrático y empático; sin embargo durante las entrevistas a las personas cuidadas, nos encontramos con manifestaciones que no encajan en ninguno de estos estilos, y más bien denotan despersonalización, el cual

es causa de lo que conocemos como síndrome de burnout, el cual es una respuesta al estrés laboral que afecta fundamentalmente a los profesionales de la salud.

Los sujetos afectados por este síndrome muestran desilusión, irritabilidad, sentimientos de frustración, enojo, actitudes suspicaces, rigidez, terquedad e inflexibilidad. Este síndrome se divide en 3 clasificaciones: **Agotamiento emocional** (donde el profesional siente que ya no puede dar más de sí mismo), **Despersonalización** (donde se desarrollan sentimientos negativos y de actitudes de cinismo hacia las personas que atienden), **Falta de realización personal** (los profesionales muestran cierta falta de habilidad para realizar su trabajo en relación a las personas que atienden)⁴¹.

En este aspecto, cuando se da una despersonalización, se altera la comunicación y el respeto. Es un acto que se funda en la sumisión incondicional, pasando a constituir, la forma más grave y dañina de dominio, sobre las personas.

En la medida que éstas se muevan en una postura de respeto por la autonomía, la libertad y la dignidad del paciente, con una finalidad centrada en sus necesidades, se estará frente a una actitud favorecedora de una atención humanizada. Por el contrario, cuando se exhibe una conducta que exige sometimiento, obediencia, falta de respeto por la autonomía, la libertad y la dignidad de la persona, con una finalidad centrada en el propio

saber del profesional se estará frente a una actitud que muestra un trato impersonal.

Lo anteriormente descrito, en ocasiones, obvia cualquiera postura bioética existente, provocando una influencia negativa y limitadora de la satisfacción de necesidades y del crecimiento del paciente. Entregando una atención asimétrica, desigual y deshumanizada.

La enfermera debe reunir valores y virtudes que generan un mejor trato hacia el paciente, una relación de confianza y afecto, saludar con respeto y amabilidad; disposición para hacer un poco más de lo que nos corresponde; ponerse en el lugar del otro. Pero todas estas actitudes y comportamientos, no se ven reflejados en el personal de enfermería que labora en el servicio en estudio, manifestándose a través de los siguientes discursos de los pacientes entrevistados:

Yo las llamo y me dicen: “ya va, ya va!” y no venía y estuve llame y llame y entonces escuché que la enfermera dijo: “¡esa mujer es más espesa!...Azucena

Algunas son déspotas y no tienen paciencia con el paciente. Hay enfermeras que te ponen caras... Dalia

Ante lo descrito anteriormente a través de las manifestaciones de los pacientes, podemos deducir que la actitud de la enfermera no muestra tolerancia, sensibilidad, respeto y amor hacia el ser humano que se cuida; ya que no solamente son importantes las habilidades técnicas, sino, que además

se requiere una buena comunicación con el paciente, familia y los otros integrantes del equipo de salud.

V. CALIFICANDO EL TRATO DE LA ENFERMERA

El profesional de enfermería debe caracterizarse por brindar un trato humano y holístico, siendo capaz de mostrar empatía e interesarse por el bienestar de la persona cuidada, mediante una atención personalizada, directa, individualizada, íntima e informada.

El cuidado de enfermería no sólo se ocupa de los aspectos clínicos terapéuticos, sino que además encierra una relación psico – social entre el profesional de enfermería y la persona cuidada.

Durante la hospitalización, existe una relación establecida con la enfermera el cual puede ser percibido por la persona cuidada como positivo o negativo. La persona cuidada comienza a interactuar con el profesional de enfermería y va fijando una idea de cómo es el actuar de éste y su desenvolvimiento.

Por lo mismo, se deduce que la persona cuidada al ser usuario de la atención de enfermería y al encontrarse en adecuado uso de razón, es también una persona que emite opiniones, críticas y juicios de valor sobre el actuar de la enfermera (o).

Cuando se produce una buena relación de ayuda entre la enfermera y el paciente, existe una aportación de datos que ayudan a comprender mejor la situación del paciente. Además nuestra conducta no verbal va a tener una importancia fundamental en la actitud empática, ya que con ella demostraremos la comprensión de su situación. Obtenemos no solo los datos del problema sino que demostramos el interés en ayudarlo¹⁰.

Sin embargo las personas a las que cuidamos, son las que emiten juicios u opiniones sobre la calidad del servicio brindado, y si uno de los profesionales de enfermería no brinda un buen trato, entonces, se ve afectada la imagen de la profesión de enfermería, ya que enfermería es un cuerpo, y está muy condicionada por la forma en que es reproducida en la sociedad.

Los pacientes tienen derecho a recibir atención de calidad, esto es que sea oportuno, segura y continua, basada en el buen trato, la calidez y la actitud asertiva. En la realidad los pacientes entrevistados manifestaron discordancia entre el trato que reciben por parte del personal de enfermería, y esto se evidencia en los siguientes discursos, donde se presentan opiniones tanto positivas como negativas:

Mi relación con la enfermera es buena....Girasol

Nos tratan muy bien...Clavel

Me han tratado bien desde el primer día...Rosa

Es atenta , amable, nos atienden muy bien.....Diamela

Si me han atendido bien....Gladiolo

Tengo una buena relación....Tulipán

La relación que tengo con la enfermera no es tan buena...Margarita

VI. ESTABLECIENDO DIFERENCIAS ENTRE LA RELACIÓN DE AYUDA QUE ESTABLECEN LAS ENFERMERAS

La enfermería como profesión tiene a cargo el cuidado de los pacientes las 24 horas del día, esto le hace compartir emociones y vivencias de las personas y ayudarlas a satisfacer sus necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales.

Las pacientes que se encuentran hospitalizados se sienten amenazados o temerosos por el proceso de enfermedad y buscan tener una atención óptima y una buena relación con el personal de enfermería, es por esto que los miembros de salud deben brindar calidad técnica y calidez en la atención; lamentablemente es muy común observar que en muchos casos los profesionales de salud olvidan la parte humanística de su profesión dando como resultado el desbalance en la relación enfermera – paciente lo cual le conlleva a generar un temor y recelo en el paciente a ser atendido⁴².

La opinión es un juicio que se forma sobre algo cuestionable, es decir, también es el concepto que se tiene respecto a algo o alguien. La opinión de todas maneras, suele asociarse a los juicios subjetivos. Por ejemplo, decir una frase “aquella enfermera es más amable que la otra” es una opinión debido a que depende de la subjetividad de la persona. Durante la estadía de

hospitalización de los pacientes, ellos mantienen una convivencia con el personal de enfermería, por tanto ellos establecen percepciones del actuar y del trato que reciben por parte de cada una de ellas, generando en ellos una diferencia en la relación y teniendo un concepto diferente con cada una.

Lo mencionado se refleja en los siguientes discursos:

*Nos cuidan con cariño. Algunas, no todas....***Gladiolo**

Hay algunas que si nos tratan bien. Cuando quieren nos tratan bien,

*cuando no no...***Jazmín**

Hay algunas enfermeras que si se preocupan por nosotras. Hay una enfermera que sí se comunica bien conmigo, viene me pone mi suero, mi

*medicina y conversa conmigo...***Girasol**

Algunas enfermeras Me dicen que no me preocupe, que todo va a salir

*bien....***Clavel**

*Algunas no nos hacen caso cuando las llamamos...***Tulipán**

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES FINALES

- Todas las enfermeras que laboran en el servicio de Medicina Mujeres del HRDLM, durante la entrevista dieron a conocer que el estilo de relación de ayuda que establecen con la persona cuidada era el estilo empático, pero esto no se ve reflejado en los discursos de las personas cuidadas.
- Las enfermeras asistenciales del servicio de Medicina Mujeres del HRDLM, establecen un estilo de relación de ayuda centrada en el problema, más no en la persona, ya que la mayoría de pacientes manifestaron que no se preocupaban por sus sentimientos y no se sentían comprendidos; por tanto no se evidencia en la enfermera una actitud de facilitadora y empática hacia la persona cuidada, sino más bien una relación autoritaria y paternalista.
- No se establece una relación a través de interacciones enfermera-paciente, considerando la individualidad, integralidad, respeto hacia el paciente, los principios y valores bioéticos, que permita una relación recíproca de satisfacción de necesidades propias de la persona cuidada, sino más bien se evidencia un trato impersonal hacia la persona cuidada.
- Las enfermeras no muestran una actitud empática hacia la persona cuidada, por lo que no reconocen las emociones que éstos sienten y esto se expresa a través de las

expresiones, los gestos y la mala contestación por parte de la enfermera, lo que impide establecer entre ambos lazos de reales y duraderos.

- Las enfermeras no hacen uso de las habilidades para entablar una buena relación de ayuda, a través de la escucha activa y toque terapéutico, para poder comprender la experiencia de las personas cuidadas y no toman importancia a los mensajes verbales y no verbales de los mismos.

RECOMENDACIONES

A la enfermera jefe del servicio de Medicina Mujeres del Hospital Regional Docente Las Mercedes:

- Ante los resultados de la presente investigación, exponga los mismos a las enfermeras que tiene a su cargo, y a la vez que diseñe estrategias de mejora con el objetivo de promover la reflexión y la práctica del estilo de relación de ayuda empático en las personas cuidadas.
- Organizar y ejecutar programas educativos, que promueva habilidades y destrezas en personal que tiene a su cargo, para entablar un estilo de relación de ayuda que permita lograr un cambio positivo en la persona cuidada y lograr la humanización de la profesión de enfermería.

Al director del Hospital Regional Docente las Mercedes:

- Que a través de comités científicos, organicen jornadas que tengan como finalidad la reflexión sobre el valor de la relación de ayuda y el mejor estilo que debe de adoptar el profesional de enfermería para brindar el cuidado, para que ésta sea mucho más clara y eficaz.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo:

- Que se promueva una formación holística del estudiante, donde se enfatice la relación de ayuda como dimensión del cuidado indispensable para un trato humanizado

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rivera, L. Cuidado Humanizado en Enfermería. 2007 [citado el 10 de junio del 2013]; pp: 2-8. Disponible en <http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/CUIDADO%20HUMANIZADO%20DE%20ENFERMERIA%20VISIBILIZANDO%20LA%20TEORIA%20Y%20LA%20INVESTIGACION%20EN%20LA%20PRACTICA.pdf>
2. Alba A, Fajardo G, López E, Papaqui J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. Rev. Mex Enf Neurol [Internet]. 2010 [citado el 20 de junio del 2013]; Vol. 11 No. 3: 138-14. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123d.pdf>
3. Cánovas, T. Relación de Ayuda en Enfermería. Una Lectura Antropológica sobre la Competencia Racional en el Ejercicio de la Profesión. España 2008
4. Calero, M. La Comunicación Enfermera con el Paciente Oncológico Terminal. España 2012.
5. Rodríguez, K. Sagon, L. Relación Enfermera-Paciente en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Regional de Cajamarca. Perú 2011.
6. Arrascue, S. Quiñones, S. La Comunicación de la Enfermera en el Cuidado que Brinda a la Persona Internada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Essalud, Chiclayo. Perú 2010.
7. Remuzgo, A. Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor Respecto a los Cuidados que Recibe de las enfermeras en el Servicio de Geriatria del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Perú 2003. Disponible en

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/remuzgo_aa/t_completo.pdf

8. Orozco, L.; Rangel, R.; López, L.; Rueda, E.; Ortiz, A., Eficacia de las intervenciones de enfermería en el control del temor prequirúrgico - Colombia 2005
9. Potter, P., Perry, A. Fundamentos de Enfermería. Volumen I, 5^{ta} edición, editorial Océano. España.
10. Bermejo, J.; Carabias, R. Relación de Ayuda y Enfermería – Material de trabajo. Editorial Sal Terrae. 4^{ta} edición. España 1998.
11. Martínez, M. La Relación Enfermera/Paciente. Consultado 18 julio 2012. Disponible en
http://perso.wanadoo.es/nicanorap/trabaj_coment_libr_relac.htm
12. Chalifour, J. La Relación de Ayuda en Enfermería Una perspectiva holística-humanista. Editorial SG Editores. España 1994.
13. Watson, J. The Philosophy and Science of Caring. Editorial de la Universidad de Colorado. EE.UU. 2008
14. Barrera, B. Vivencias de la Enfermera en el Rol de Paciente Durante el Periodo de Hospitalización. Colombia 2008. Disponible en:
http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/barrera_barbara_alejan dra.pdf
15. [Internet]. 2008 [citado el 26 de junio del 2013]; pp: 4-10. Disponible en
<https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.semiologiaclinica>

.com%2Findex.php%2Fbiblioteca-

virtual%2Farticulos%3Fdownload%3D4%3A4estilos&ei=5SN1UpHxD-

GzsAT9pIGgBQ&usg=AFQjCNHq-vRaop_dwqlRseMqfp2xr3keYg

16. Días M. Comunicación enfermera - paciente: reflexión sobre la relación de ayuda. Rev Esp Com Sal. [Internet] 2011. [citado el 24 de junio del 2013]. 2(1): 55-61. ISSN: 1989-9882. Disponible en http://www.aecs.es/2_1_7.pdf.
17. López E, Vargas R. La comunicación interpersonal en la relación enfermera paciente. Rev. Méx enferm [Internet]. 2002 [citado el 21 de junio del 2013]; 10 (2): 93-102. Disponible en http://www.imss.gob.mx/publicaciones/salud/enfermeria/Documents/2002/2002_93-102.pdf.
18. Povedano M. Comunicación en Enfermería. [citado el 27 de junio del 2013]. pp: 30-36. Disponible en <http://libroslaboratorio.files.wordpress.com/2012/10/comunicacion-en-enfermeria.pdf>
19. Prieto G. **Comunicación Asertiva en Enfermería**. 2009. [citado el 27 de junio del 2013]. Disponible en: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=88:comunicacion&catid=35:conferencias&Itemid=37
20. Alfaro, V. Quijas, V. Comunicación Verbal entre la Enfermera y el Usuario Hospitalizado. 2005. [citado el 27 de junio del 2013]. pp: 14-15. Disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/992/1/tesis-0298.pdf>

21. Técnicas de Comunicación. 2010. pp: 3-10 [citado el 26 de junio del 2013]. Disponible en:
http://www.fsiformacion.com/Archivos/Generico/Tecnicas_Comunicacion.pdf
22. Hernández, S. Metodología de investigación. 4ta ED. México Mc Graw Hill Interamericana. 2006.
23. Pineda, E., De Alvarado, E. Metodología de la investigación. 3er .ed. Washington. OPS. 2008.
24. Balcázar, P. Gonzáles, N. Investigación cualitativa. Printed and made in México, editor. (2005). Pág. 239 – 33.
25. Córdova, C. Calidad de Vida del Adulto Mayor. Invest. Enferm. [Internet]. 2010 [citado el 27 de junio del 2013]; p.p:46-49. Disponible en:
http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/87/1/TM_Cordova_Calle_Nery.pdf
26. Carmona, R. Proceso de Adaptación en Mujeres Histerectomizadas Según la Teoría de Calista Roy. Invest. enferm [Internet]. 2011 [citado el 24 de junio del 2013]; pp: 25-27. Disponible en:
http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/83/1/TM_Carmona_Recuenco_Virginia.pdf
27. Taylor, S.J. y Bogdan R. “Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados”. Editorial Paidós Básica. 1987 de todas las ediciones en castellano. pp. 100-132.

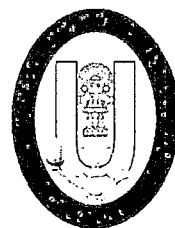
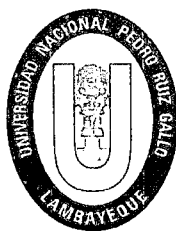
28. Cuenca A. Métodos cualitativos. [Seriada en línea] [Fecha de acceso 2 de del 2009] Disponible en: documentosaraos.googlepages.com/Cualitativo.pdf.
29. *Centro Universitário São Camilo. Rev.Bioéticos*. [Internet]. 2011 [citado el 24 de junio del 2013]; 5(4):470-473. Disponible en: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/89/A15.pdf>
30. Cánovas, M. La Relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Invest. Enferm. [Internet]. 2008 [citado el 20 de agosto del 2014]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11073/CanovasTomas.pdf;jsessionid=09239814D93B6DC99CC179C670B1B0F4.tdx1?sequence=1>.
31. Acuña, L. Humanización en el cuidado de enfermería. 2011. [citado el 28 de noviembre del 2014]. Disponible en: http://www.cymsa.com.ar/frontend/IVJornadas/Mesa3/Humanizacion_Acu%C3%B1a.pdf.
32. Muñoz, Y. Coral, R. Moreno, D. Significado del Cuidado Humanizado en Egresadas de la Facultad de Enfermería. 2009. [citado el 15 de diciembre del 2014]. Disponible en: <http://repertorio.fucsalud.edu.co/repertorio/pdf/vol18-04-2009/7-SIGNIFICADO.pdf>.
33. Sanabria, L. Otero, M. Urbina, O. Los Paradigmas como Base del Pensamiento Actual en la Profesión de Enfermería. Rev.. Cubana. Educ. Med [Internet]. 2002. [citado el 15 de diciembre del 2014]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm.

34. Martínez, J. Globalización del Conocimiento Enfermero ¿Amenaza u Oportunidad?. 2007. [citado el 15 de diciembre del 2014]. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/15pdf/15-427.pdf>.
35. Gonzáles, L. Humanización del Cuidado de Enfermería-De la Formación a la Práctica Clínica. 2009. [citado el 15 de diciembre del 2014]. Disponible en: <file:///C:/Users/Mari%20Bety/Downloads/Dialnet-HumanizacionDelCuidadoDeEnfermeriaDeLaFormacionALa-3633444.pdf>.
36. Brusco, A. (1999). Humanización de la asistencia al enfermo. España: Sal Terrae. Cuadernos del centro de humanización de la salud.2001
37. Bermejo, J. Apuntes de Relación de Ayuda. España. Editorial Sal Terrae Polígono de Raos. 1998.
38. Bermejo, J. Humanizar la intervención social. Implicaciones en la persona. Rev. Esp. Educ. [Internet]. 2010. [citado el 17 de diciembre del 2014]. Disponible en: <http://www.josecarlosbermejo.es/articulos/humanizar-la-intervencion-social-implicaciones-en-la-persona>.
39. Galdamez, C. La Enfermería y La Bioética ante Pacientes Críticos en la Medicina Intensiva. 1998. [citado el 10 de enero del 2015]. Disponible en: <http://www.aebioetica.org/revistas/1998/4/36/749.pdf>.
40. Arratia, A. Presencia de conductas autoritarias y de poder en la educación para la salud. 2000. [citado el 11 de enero del 2015]. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2000/2/42/235.pdf>.
41. Gutierrez, N. Síndrome de Desgaste Profesional en el Personal de Enfermería del Instituto Nacional de Cancerología. México.2010. pp: 31 – 35. [citado el

20 de enero del 2015]. Disponible en:
<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1294868497.pdf>.

42. Romero, C. Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Invest. enferm [Internet]. 2008 [citado el 24 de enero del 2015]; pp: 25-27. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/482/1/romero_al.pdf.
43. Marriner, A. “Modelos y Teorías en Enfermería”. Editorial Mosby/Doyma Libros. 199. 3era Edición. pp. 148-157. España.

ANEXOS



ANEXO N°1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, abajo firmante, acepto participar de la investigación titulada “Estilos de relación de ayuda que establece la enfermera con la persona cuidada en el Servicio de Medicina Mujeres del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2014” que será realizada por las estudiantes en enfermería Becerra Hernández Rubith y Purizaga Incio Claudia, teniendo como objetivo principal: Caracterizar los estilos de la relación de ayuda enfermera - persona cuidada en el servicio de Medicina Mujeres del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2014.

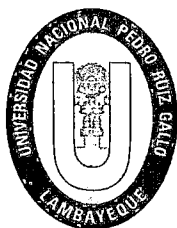
Acepto participar de las entrevistas que sean necesarias en relación a mis vivencias respecto a la relación de ayuda que establece la enfermera. Entiendo que las informaciones dadas serán sólo de su conocimiento, garantizando el secreto y respetando mi privacidad. Así mismo, las informaciones obtenidas serán tratadas bajo anonimato y fielmente relatadas por las investigadoras. Estoy consciente que podré retirarme del estudio sin que tenga ningún perjuicio o gasto.

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

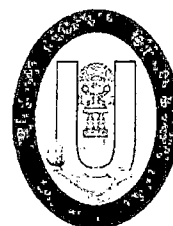
Lambayeque, Mayo del 2014

Firma de la colaboradora
de la investigación

Firma de las investigadoras



ANEXO N°2
UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECCIÓN PRE GRADO



**Guía de Entrevista Semiestructurada aplicada al Paciente del Servicio de
 Medicina Mujeres**

Título: “Estilos de relación de ayuda que establece la enfermera con la persona cuidada en el Servicio de Medicina Mujeres del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2014”

Objetivo: Analizar y comprender los estilos de la relación de ayuda enfermera - persona cuidada en el servicio de Medicina Mujeres del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2014.

I. Datos Informativos

- Seudónimo:
- Sexo:
- Edad:
- Grado de instrucción:
- Estado civil:
- Lugar de procedencia:

II. Pregunta Norteadora:

¿Cómo es la relación entre usted y la enfermera?

III. Preguntas Complementarias:

¿Cómo fue el trato que le dio la enfermera?

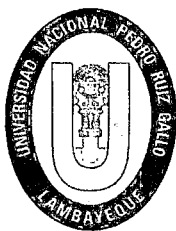
¿Cómo se siente luego de entablar una relación con la enfermera?

¿Cuándo le realizaron algún procedimiento, la enfermera le explico?

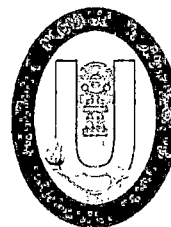
Si usted alguna vez estuvo triste o preocupada ¿Qué hizo la enfermera?

¿En qué momento(s) se comunica con la enfermera?

¿Cuándo usted conversa con ella cómo le habla? ¿Qué le dice?



ANEXO N°3
UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECCIÓN PRE GRADO



**Guía de Entrevista Semiestructurada aplicada a la Enfermera (o) del
 Servicio de Medicina Mujeres**

Título: “Estilos de relación de ayuda que establece la enfermera con la persona cuidada en el Servicio de Medicina Mujeres del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2014”

Objetivo: Analizar y comprender los estilos de la relación de ayuda enfermera - persona cuidada en el servicio de Medicina Mujeres del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo 2014.

I. Datos Informativos:

- Seudónimo:
- Sexo:
- Edad:

II. Pregunta Norteadora:

¿Cómo es la relación que se establece entre usted y la persona cuidada?

III. Preguntas Complementarias:

¿En qué momento se comunica con la persona cuidada?

¿Qué estilo de relación de ayuda se establece con la persona cuidada?

¿Qué técnicas y principios de la relación de ayuda establece con la persona cuidada?