

Marcial, Andres German

“Intervenciones de cuidado humanizado en los pacientes internados en unidad coronaria del Hospital El cruce que se encuentran en lista de espera para trasplante cardíaco”

2022

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Marcial, A. G. (2022). *Intervenciones de cuidado humanizado en los pacientes internados en unidad coronaria del Hospital El cruce que se encuentran en lista de espera para trasplante cardíaco* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

Título: “Intervenciones de Cuidado Humanizado en los pacientes internados en unidad coronaria del Hospital El cruce que se encuentran en lista de espera para trasplante cardíaco”

AUTOR: Andrés Germán Marcial

DIRECTOR DE TRABAJO FINAL: Prof. Lic. Gustavo González

FLORENCIO VARELA, julio de 2022

INDICE

	Pág.
Introducción	5
Alcance/problema o cuestión a abordar	7
Formulación del problema de investigación	8
Contextualización	10
Marco Teórico	11
Plan de Análisis e interpretación de los datos.	34
Resultados	35
Conclusiones finales	37
Bibliografía	49
Anexos: Instrumento de recolección de datos	51

Agradecimiento

En primer lugar, quisiera agradecer a mi familia por apoyarme y acompañarme siempre. A Inés, amiga, esposa y colega; Julia y León, mis hijos, por ustedes el esfuerzo de todos los días, y el anhelo constante de que se sientan orgullosos de mí como yo de ustedes.

Quisiera mencionar en este agradecimiento a la Universidad Nacional Arturo Jauretche por darme la oportunidad de poder obtener un título universitario. Como a tantas personas que, como yo, veían muy difícil poder acceder a la educación universitaria, allá por el 2015, me convertí en el primer egresado con título universitario de toda mi familia. Hacer extensivo mi agradecimiento a los docentes, personal no docente y compañeros de cursada por haber sido compañía y apoyo en este largo camino.

Un afectuoso saludo y unas eternas gracias a mi director de tesina y compañero, Lic. Gustavo González por ayudarme e insistir en no abandonar y siempre hacer un poco más, por más colegas como vos. Más allá de las dificultades del día a día, siempre es grato saber que uno no está solo sino acompañado por personas que te sostienen incondicionalmente.

Tema

Intervenciones de Cuidado Humanizado en los pacientes en lista de espera para trasplante cardíaco internados en la unidad coronaria del Hospital el cruce Dr. Néstor Kirchner.

1-Introducción

La humanización de las instituciones de salud puede definirse como una filosofía, una estrategia que conduce a que se crea y se favorezca el trabajo en equipo y la colaboración interdisciplinaria, se estimule la especialización y la formación permanente.

El presente informe de investigación tiene como propósito, conocer “las intervenciones de cuidados humanización en los pacientes de unidad coronaria en lista de espera para trasplante cardiaco” que brinda enfermería en el “Hospital el cruce Dr. Néstor kirchner” de la provincia de buenos Aires durante los meses de febrero a Julio de 2022.

La institución cuenta con el servicio de unidad coronaria (donde más adelante la contextualizare), área de mayor complejidad en donde se encuentran internados los pacientes en estado crítico y que requieren una atención especializada. En este tipo de pacientes, la enfermedad está presente hasta el grado de poner en peligro la vida; el cuidado de enfermería entonces, debe estar dirigido a preservar la vida y a la resolución de los problemas más apremiantes; a enfrentar la enfermedad y el sufrimiento; en otras palabras, a lograr el más óptimo nivel de salud posible o una muerte digna.

Las internaciones prolongadas no solo generan un inconveniente para el paciente, quien es el que expone su integridad a la evolución de su enfermedad, sino que también atañen a todo su grupo familiar o entorno de apoyo. No se trata únicamente de un desgaste físico, por el tiempo de internación en cama, además existe un desgaste psíquico que se ven reflejados en las preocupaciones por no poder resolver cuestiones familiares, no poder contribuir económicamente en los gastos que todo este proceso les genera y no poder desarrollarse en el rol que ocupan dentro de su grupo familiar.

El paciente debe atravesar por múltiples internaciones, donde el cuidado humanizado en cada una de estas oportunidades se ve reflejado especialmente en los cuidados de enfermería, que es con el que más tiempo se relaciona dentro del equipo de salud.

La evolución del rol del enfermero se ha transformado a la par de la evolución de las teorías de enfermería en las cuales no siempre el cuidado se centró en

una visión holística del ser humano; durante gran parte del siglo XX el proceso de salud - enfermedad estuvo dominado por la visión positivista del enfoque biomédico, es decir que se encontraba basada en la lucha contra la enfermedad.

En la actualidad, la teoría del cuidado humanizado de Jean Watson (2011) presenta el concepto de cuidado como base de la disciplina de enfermería, que, a través de la relación de ayuda, entrega al individuo las herramientas necesarias para lograr un equilibrio entre: cuerpo, mente y alma; haciendo especial énfasis en la comunicación efectiva, empatía y la escucha activa, entre otras.

El cuidar, es la acción esencial de la enfermería, y se realiza para proteger, mejorar y preservar a la humanidad, durante la enfermedad, el sufrimiento y el dolor, como también para ayudarla a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuidado (Watson, 2018). Para llevar a cabo el cuidado, la enfermería realiza actividades integradas e integrales, contemplando las dimensiones físico-psicológico-social y espirituales, basadas en un marco humanístico, científico y tecnológico, competencias adquiridas durante la formación profesional.

El cuidado humanizado transforma la visión que se ha tenido durante mucho tiempo sobre el papel de enfermería dentro del sistema de salud para convertirse en una filosofía de vida aplicada a la práctica profesional de, la cual se puede definir como:

“una actividad que requiere de un valor personal y profesional, encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida, que se fundamenta en la relación terapéutica enfermería – sujeto de atención” (García Férrez J, 2010).

Según Ariza, *“el trato humanizado tiene relevancia, ya que, en el quehacer cotidiano, se trata con personas que poseen sentimientos, dudas y temores respecto al acto sanitario y a la continuidad salud-enfermedad”* en los cuidados humanizados. Por lo que el cuidado adquiere una dimensión profunda que va más allá de una aplicación de técnicas o de una planificación de atención; “es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos, emociones; es acompañar,

apoyar y mantener una comunicación afectiva y efectiva con el sujeto de atención”. (Ariza, 2012).

En la Argentina, la Ley 26529 del “*Derecho del Paciente, historia clínica y consentimiento informado*”, que fue promulgada y aplicada en noviembre del 2009, describe sobre el trato digno y respetuoso que los agentes del sistema de salud intervinientes le deben otorgar al individuo con respecto a sus convicciones personales y morales. También trata sobre el respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles.

Por último, para poder medir las intervenciones de cuidados humanizados en los pacientes de unidad coronaria en lista de espera para trasplante cardiaco se realizaron encuestas a los enfermeros/as juegan un papel relevante en la atención.

2-Alcance/problema o cuestión a abordar

Una de las características definitorias actuales de la enfermería es el concepto del cuidado holístico e integral. Aunque también se afirma, que aún existen miradas donde persiste el enfoque solamente curativo, reduciendo lo humano a lo biológico y esto podría alejar al profesional de enfermería de su visión holística del cuidado. Hoy en día existe un alto riesgo de deshumanización de los cuidados debido a que la mayoría de los sistemas han sufrido una reestructuración en la gestión administrativa, por lo que se ha hecho necesario rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal, en todos los ámbitos de los profesionales de enfermería. (Watson 2011).

El profesional de enfermería, necesita generar un ámbito propicio, en el cual la persona vulnerable, pueda refugiarse y desarrollarse como persona, especialmente en el momento de la enfermedad, que, en consecuencia, puede crearse una desorganización para esa persona y su familia, que se necesita reordenar. A través del cuidado humanizado se podría conseguir este objetivo, pero para ello, se requiere establecer una comunicación efectiva con el sujeto de atención y su familia, que permitirá establecer una buena relación terapéutica, basada en la confianza y escucha activa. Esta relación interpersonal intentará afrontar los problemas que aparezcan de manera

conjunta, con el objetivo de ayudar al individuo, familia y comunidad a prevenir o actuar frente al proceso salud-enfermedad.

La humanización de los cuidados en los sistemas de salud, es una necesidad que demandan los usuarios como parte de un derecho; y es por ello que las políticas de salud actuales deben estar enfocadas en establecer normativas legales que aseguren el buen trato al usuario.

Así también, la necesidad del aporte de conocimientos que puedan brindarse para contribuir al aumento y refuerzo del enfoque en las necesidades de brindar cuidados humanizados en el sistema sanitario, constituye una realidad que se vivencia en el ámbito de los cuidados.

Debido a todo lo expuesto, en el planteamiento de problema, se puede realizar la siguiente formulación.

3-Planteamiento del problema.

Pregunta Principal.

¿Cuáles son las intervenciones de cuidados humanizados en los pacientes en lista de espera para trasplante cardiaco que refieren los enfermeros/as en unidad coronaria del hospital el cruce durante los meses de febrero a Julio 2022?

Preguntas Secundarias.

- ❖ ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los enfermeros/as del servicio de unidad coronaria del hospital el cruce?
- ❖ ¿Cuáles son las intervenciones para una comunicación verbal efectiva en el cuidado de los pacientes internados en unidad coronaria, que refieren los enfermeros/as del servicio de unidad coronaria del Hospital el cruce?

- ❖ ¿Cuáles son las intervenciones para una comunicación no verbal efectiva en el cuidado de los pacientes internados en unidad coronaria que refieren los enfermeros/as del servicio de unidad coronaria del Hospital el cruce?
- ❖ ¿Cuáles son las intervenciones de carácter empático en el cuidado de los pacientes internados en unidad coronaria?
- ❖ ¿Cuáles son las intervenciones de escucha activa en el cuidado de los pacientes internados en unidad coronaria, que refieren los enfermeros/as?
- ❖ ¿Cuáles son las intervenciones de respeto en el cuidado de los pacientes internados en unidad coronaria, que refieren los enfermeros/as del servicio de unidad coronaria?

3-Objetivos

3-Objetivo General

- Describir las intervenciones de cuidados humanizados en los pacientes en lista de espera para trasplante cardiaco que refieren los enfermeros/as en unidad coronaria del hospital el cruce durante los meses de febrero a julio 2022.

3-Objetivos Específicos

- Indagar las características sociodemográficas de los enfermeros/as del servicio de unidad coronaria.
- Detallar las intervenciones para una comunicación verbal efectiva en el cuidado de los pacientes internados que refieren los enfermeros/As en unidad coronaria.
- Describir las intervenciones para una comunicación no verbal efectiva en el cuidado de los pacientes internados que refieren los enfermeros/as en unidad coronaria.

- Identificar las intervenciones de carácter empático en el cuidado de los pacientes internados que refieren los enfermeros/as en unidad coronaria.
- Describir las intervenciones de escucha activa en el cuidado de los pacientes internados que refieren los enfermeros/as en unidad coronaria.
- Puntualizar las intervenciones de respeto en el cuidado de los pacientes internados que refieren los enfermeros/as en unidad coronaria.

4-Contextualización del lugar de estudio

El trabajo de investigación se llevó a cabo en el Hospital de Alta Complejidad “El Cruce” Dr. Néstor Carlos Kirchner, ubicado en avenida Calchaquí 5401, entre Lope de Vega y Rastreador Fournier, localidad de Florencio Varela. Dicha institución nuclea a los habitantes de zona sur, más específicamente las localidades Berazategui, Almirante Brown, Quilmes y Florencio Varela.

El Hospital El Cruce constituye un nodo de la red de salud de la región, integrada por los hospitales “Mi Pueblo” de Florencio Varela, “Evita Pueblo” de Berazategui, “Arturo Oñativia” de Almirante Brown, “Isidoro Iriarte”, “Hospital Subzonal especializado Materno Infantil Doctor Oller” de San Francisco solano de Quilmes, el “Hospital Zonal General de Agudos Lucio Meléndez de Adrogué”, el Hospital Subzonal especializado en rehabilitación Motriz “Doctor José María Jorge” de Burzaco y el Centro Integral de Salud, diagnóstico y rehabilitación “Julio Méndez” de Bernal (Hospital El Cruce, s.f.) .

Para acceder a la atención del hospital, es indispensable ser derivado de dichos hospitales en caso de requerir mayor complejidad. Para esto, cuenta con un servicio de gestión de pacientes que coordina los turnos de las diferentes especialidades.

La institución cuenta con 180 camas que se reparten en los servicios de internación especializada en atención al paciente crítico (SAPC), unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP), hospital de día, unidad de trasplante de médula, unidad de terapia intensiva de adultos (UTIA), unidad de cuidados intermedios (CIADU) y unidad de cuidados intensivos cardiológicos (UCIC).

Está equipado con tecnología de última generación como tomógrafo de seis cortes, resonador magnético de imán abierto, equipo de hemodinámica que

permite la realización de cateterismo, así como un sistema de monitoreo con equipos modulares en terapias y quirófanos en red.

El servicio de unidad coronaria (UCO), cuenta con un total de 28 camas, divididas en 3 sectores dentro del mismo; unidad coronaria 1 (UCO 1), unidad coronaria 2 (UCO 2) y unidad coronaria 3 (UCO 3).

UCO 1 y 2 comprenden en total 16 camas, allí se encuentran internados los sujetos de atención considerados más complejos dentro del servicio, que necesitan monitoreo con vigilancia directa por parte del equipo multidisciplinario; pacientes inestables hemodinámicamente, pre-post quirúrgicos Txc inmediatos y mediatos. Estos boxes se hallan enfrentados al office de enfermería y la habitación de los médicos de turno.

UCO 3 cuenta con 12 camas ubicadas en habitaciones dobles, equipadas con monitoreo central; además cuentan con televisor y baño. Aquí se ubican los sujetos de atención post quirúrgicos hemodinámicamente estables, prequirúrgicos y pacientes que se encuentran en lista de trasplante cardiaco hemodinámicamente compensados.

Al servicio de unidad coronaria son derivados los sujetos para la realización de estudios, tratamientos o cirugías que requieren supervisión directa y monitoreo continuo por parte del equipo multidisciplinario, son considerados típicamente como críticos.

Pacientes con patologías de miocardiopatías para TXC o enfermedades coronarias, distintos tipos de insuficiencia cardíaca, enfermedad aórtica o de vasos pulmonares. Los candidatos a trasplante cardíaco son derivados y tratados en esta institución de alta complejidad.

Los profesionales a cargo del cuidado del paciente crítico, más específicamente, el plantel de enfermería se reparte en 6 turnos de 12 enfermeros cada uno. Estos son profesionales con título de pregrado y grado (licenciados en enfermería).

5-Marco Teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas, a partir del lema:

“Trato humanizado a la persona sana y enferma” este organismo enfatiza que la humanización “es un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encausada hacia la transformación y comprensión del espíritu esencial de la vida” (OMS-OPS., 2000).

A nivel internacional el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) trabaja para asegurar cuidados de enfermería de calidad para todos y políticas de salud acertadas en todo el mundo (CIE, 2012).

En el CIE, la relación enfermera/o-paciente, aparece como una relación basada en un proceso de interacción cuyo objetivo es la cura del enfermo. Para ello afirma que se necesita establecer una comunicación efectiva con el individuo, que permita establecer una relación terapéutica con este último, basada en un intercambio entre profesional sanitario y el paciente; también afirma que esta relación interpersonal permitirá afrontar problemas que aparezcan de manera conjunta para así lograr ayudar al individuo, familia y comunidad a prevenir o actuar frente a la enfermedad (CIE, 2012).

La Argentina, como varios países, se adhiere a los principios formulados por la OMS, que son los que rigen las estrategias de salud de la región.

Entre ellas se incluye “el fortalecimiento de los servicios de enfermería para la contribución a la reducción de la mortalidad, la morbilidad y discapacidad de la comunidad, especialmente en poblaciones pobres y marginales; el desarrollo de un sistema de salud más equitativo y justo; la contribución a una dimensión sanitaria eficaz para el desarrollo social, cultural y económico sustentable” (OMS-OPS, 2000).

En 1991 se promulga la Ley de Ejercicio de la Enfermería N° 24.004 que regula la profesión en el ámbito nacional, en el Art. 3 inciso 18 se reglamenta que todos los cuidados de enfermería serán encaminados a satisfacer las necesidades de las personas en las distintas etapas del ciclo vital, por lo cual se le otorga un amplio campo de acción al cuidado enfermero; podría reflexionarse que la relación entre la enfermera/o y la cantidad de personas a su cargo debiera encaminarse en pos de brindar buenos cuidados, para la satisfacción de los usuarios a partir de las prestaciones otorgadas como bien lo marca la ley.

La enfermería es una de las ocupaciones que se dedica al cuidado dentro del complejo entramado del sistema de salud. En este contexto, tiene la

particularidad de ser la actividad con mayor carga de cuidado directo en sus tareas. Las problemáticas que afectan a la enfermería en Argentina son diversas y pueden llegar a impactar negativamente, tanto en sus condiciones laborales como en la calidad de la atención en salud (Ortega C, 2011).

La sobrecarga laboral, el déficit en la cantidad de enfermeros/as, el desgaste físico y emocional son aspectos que interrelacionados pueden afectar negativamente en la relación enfermero-paciente y por ende puede actuar sobre la calidad del cuidado.

Un cambio que implique una mejora real en las condiciones de trabajo de los enfermeros requiere abarcar un amplio abanico de acciones políticas, sindicales, institucionales y de cambio de cultura, dado el carácter multidimensional de la problemática.

En ese sentido, visualizar las deficiencias en las condiciones de trabajo, valorizar el saber enfermero y la práctica profesional de la enfermería, puede ser la base para elaborar políticas públicas que contribuyan a generar tiempo de calidad para desarrollar una relación terapéutica basa en los cuidados humanizados, la comunicación, la confianza, la escucha activa y la empatía.

El cuidado humanizado según Kozier (Kozier, 2014), es una preocupación por los atributos humanos, por aquellas características que se consideran humanas. Algunos de estos atributos son universales, esto es, existente en todas las culturas. Algunos aspectos de la conducta humanista son la empatía, la comprensión, la simpatía hacia las demás personas y el respeto a la vida.

El cuidado humanizado ha recibido una atención creciente como respuesta a los avances tecnológicos que han afectado al ejercicio de la enfermería. El humanismo está centrado en las personas e incorpora los conceptos de los derechos humanos y libertades, de hecho, cada persona tiene derecho de ser tratada como individuo (Romero Massa.E.& Contreras Méndez, 2013).

La palabra humanizar, según los diccionarios actuales como el de la Real Academia Española hace referencia sobre todo al significado de "hacer a uno humano, familiar y afable" (R.A.E., 2019), también se relaciona con los significados de sensibilidad, compasión por las desgracias de los semejantes, benignidad, mansedumbre, afabilidad, caridad, generosidad, nobleza, cortesía, indulgencia, cordialidad, misericordia, consideración, magnanimidad, bondad, etc. Son sinónimos que van apareciendo en diferentes diccionarios referidos a

la palabra humano. Como reflexivo, se presenta con el significado de desenojarse, hacerse benigno. Humanizar, dice otro diccionario, es hacer una cosa más humana, menos cruel, menos dura para los hombres.

Trasladando las referencias citadas previamente que proceden del significado de la palabra humanizar al mundo socio-sanitario, se puede decir que hay una gran relación entre su significado y los valores más nobles de la relación enfermera-sujeto de atención. Según Romero (Magister en Salud Cardiovascular, docente asociada de la universidad de Cartagena, Colombia.), hablar de humanización es hablar de una relación porque el ser humano es un ser social. Hablar de humanización en el mundo socio-sanitario y de la salud y del sufrimiento es hablar de la persona vulnerable, pero la persona en su globalidad, en su dimensión física, intelectual, emotiva, social y espiritual (Romero Massa, 2013).

Según la OMS para que se realice un cuidado humanizado debe existir un sistema sanitario integrado que proteja y promueva la salud, corrija las desigualdades sanitarias, elimine las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al ciudadano en ese sistema, que garantice la salud de todos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social (OMS-OPS, 2000).

La Real Academia Española define la palabra Cuidado del participio pasivo Cuidar. Solicitud, esmero, y atención que se pone en la ejecución de una cosa; asunto o negocio que uno tiene a su cargo. Y la palabra Cuidar (de cuidar), procede del latín cogitare (“pensar”; y por extensión, “pensamiento” de cogitatus); verbo transitivo que significa poner cuidado, diligencia y esmero en hacer algo; es asistir, guardar vigilancia y conservar. Términos que denotan una acción con un fin y la cual, bajo ciertos parámetros recae sobre alguien o sobre algo (Brito, 2017).

El ser humano tiene numerosos matices dentro del marco de su existencia, en toda época, momento y circunstancia requiere del cuidado. Cuidar es preservar, asistir, ayudar a un individuo, empatizar con él para mejorar sus condiciones, no solamente de salud, sino de manera integral, personalizada y holística.

Desde la creación del mundo, los animales y el hombre como parte de su instinto natural y de conservación se cuidan; se dice que es una cualidad

esencial del ser humano, la cual está siempre presente a través de su existencia, desde que nace hasta que muere (Guirao, 2014).

A través de los tiempos, la acción de cuidar siempre ha sido dinámica, ha trascendido y según se lo estudie desde la óptica cultural, religiosa, sociológica, psicológica, antropológica, económica o medicamente, tiene singularidades y especificidades que, directa o indirectamente, influyen ya sea en quién da y quién recibe la acción de cuidar, en el porqué del cuidado, en el dónde y cuándo se cuida y en el cómo y con qué se cuida. La acción de cuidar requiere de un sujeto, el cuidador. Puede ser ejercida por la propia persona y se habla de Auto-cuidado. Si es ejercida por un familiar y/o amigo, se refiere al cuidado afectivo-instintivo, como es el caso de la madre cuando cuida a sus hijos enfermos y sanos.

Para Leininger, (fundadora y teórica de la Enfermería Transcultural), el cuidado empieza por uno mismo y está intrínsecamente relacionado con su propia experiencia, con los cuidados y con la cultura en la que se nace y en la que se vive. Cuidar se experimenta de pequeño con el contacto de la madre que cuida. Se crece en un medio donde se cuida de una cierta manera y también se estudia o se trabaja en un ambiente en el que se pone esmero y se desarrolla el cuidado.

Según Colliere (enfermera, antropóloga):

“Cuidar es un acto de vida que significa una variedad y permite la continuidad y la reproducción. Es un acto dado por uno mismo y para uno mismo, en el momento en que la persona adquiere la autonomía precisa para ello. Igualmente, es un acto recíproco que supone dar a toda persona que, temporal o definitivamente, tiene necesidad de ayuda para asumir sus cuidados de vida. Por tanto, cuidar es una actividad sencilla y habitual en el ser humano y responde a la aspiración esencial de cubrir necesidades fundamentales (COLLIÉRE.M.E., 1993)

Milton Mayeroff (1925-1979) describe ocho componentes del cuidado, que no deben de faltar ya que son necesarias en la persona que pretende brindar cuidados, para que realmente el usuario se sienta satisfecho del cuidado recibido, así como ella misma (Rodríguez-Jimenez, 2014).

Los principales componentes del cuidado según este autor son el conocimiento. Para cuidar de alguien se necesita conocer quién es el otro,

cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles sus necesidades, y lo que conduce a su crecimiento; se precisa saber cómo responder a sus necesidades, y cuáles son las propias limitaciones.

- Ritmos alterados: no se puede cuidar por hábito; se debe ser capaz de aprender a partir del pasado.
- Paciencia: es un componente importante del cuidado; dejar al otro crecer en su propio tiempo. La paciencia incluye la tolerancia.
- La tolerancia expresa respeto por el crecimiento del otro.
- Sinceridad: al cuidar del otro, se debe ver al otro, como es él y no como debería de ser.

Si se ayudara al otro a crecer, se debe corresponder a sus necesidades de cambio. Pero además de ver el cómo es él, se debe interiorizarse y ver si se es sincero al cuidar, no por conveniencia, sino porque la sinceridad es parte integrante del cuidado.

- Confianza: implica confiar en el crecimiento del otro en su propio tiempo y de su propia manera. Al cuidar de otra persona se debe entender que se puede errar y aprender de sus errores. Confiar en el otro es dejarlo en libertad; esto incluye un elemento de riesgo, es un salto a lo desconocido, y ambos exigen coraje.
- Humildad: el hombre que cuida es sinceramente humilde cuando se dispone a aprender más sobre el otro y sobre sí mismo, y sobre aquello que el cuidado comprende. Una actitud de no tener nada más que aprender es incompatible con el cuidado (Rodríguez-Jimenez, 2014)

Dichos componentes descritos previamente, se encuentran íntimamente relacionados con los valores de enfermería que son: responsabilidad, porque siendo responsable del trabajo y del servicio, se contribuye a que las cosas se encaminen bien, tomando muy en cuenta que los actos afectan para bien o para mal la recuperación física y mental de los individuos a los cuales se les brinda el servicio.

El profesional de enfermería debe reflexionar sobre: ser honesto en todo momento para sí mismo y para los demás. Respetar la vida, salud física y mental de los individuos, familias o personas con las cuales se interactúa a diario, respetando su privacidad y forma de pensar.

Dar siempre un trato digno y dirigiéndose a los demás con sinceridad, ser humilde implica dar un trato amable y no anteponer los orgullos y prejuicios al brindar un servicio a quien lo necesite, poder ponerse en el lugar del individuo para atender a sus necesidades.

Solidaridad, dar apoyo a quien lo necesite, no hacer distinciones para brindar ayuda. La solidaridad va de la mano con la humildad puesto que siempre debe existir la actitud de servicio y no estar ajeno a las necesidades y problemas de las personas, sino que en conjunto y haciendo equipo, tratar de resolverlas de la manera más eficaz.

Practicar la tolerancia, es ser pacientes con aquellas personas que están bajo el cuidado de enfermería. Igualdad, dar un trato igualitario, profesional y de calidad sea a quien sea, tener en cuenta que no importa ni la raza, ni género, ni nivel socioeconómico.

Ética Profesional, guardar discreción ante los problemas o padecimientos de los demás, cuidar la integridad física y emocional de las personas a las cuales se les brinda servicio y apoyo.

Humanismo, es uno de los valores que más se ponen en práctica en todos los aspectos; ser humanos para tratar a todos los individuos.

Esperanza: existe la esperanza de que el otro crezca a través del cuidado. No debe ser confundido con la esperanza irrealizable ni con las experiencias infundadas. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente un presente vivo con una sensación de posibilidades.

Coraje: confiar en el crecimiento del otro y en la capacidad de cuidar (Rodriguez-Jimenez, 2014).

El cuidado cuando es realizado por personas entrenadas como en el caso de los profesionales de enfermería, la acción de cuidar deja de ser un proceso empírico, instintivo e innato y se convierte en un proceso científico, sistemático y aprendido que implica no sólo el acto de cuidar en sí, sino también, el hecho de combinar y buscar la armonía de múltiples recursos, conocimientos y aptitudes del cuidador o los cuidadores para lograr el fin último, que el sujeto o sujetos que requieren y reciben cuidado pasen de un estadio negativo, de displacer, disconfort que caracterizan a la enfermedad, a un estadio positivo, de placer y confort , por medio de estrategias de promoción, protección, prevención o de rehabilitación de la salud.

Desde mediados del siglo XX varias enfermeras teorizadoras han contribuido a esclarecer la naturaleza de la enfermería, como lo hizo Virginia Henderson (1897-1996), Peplau (1909-1999), Roger (1914-1994), Leininger (1925-2012) y otras, siendo lo más importante y en el cual todos los enfoques coinciden con que el objeto de la praxis en enfermería es el cuidado, en contraste con el objeto de otros profesionales de la salud orientados a curar.

Las teóricas de la enfermería citadas, también coinciden en que para curar se necesita conocer mucho no solo acerca de las enfermedades para así diagnosticarlas y dar tratamiento específico (enfoque biologicista); sino que para cuidar se requiere un profundo conocimiento del ser humano y de su experiencia frente a la salud, la enfermedad, la vida y la muerte, en la que éste tampoco consiste en un acto sencillo y habitual, ya que las circunstancias van cambiando de forma constante.

Así también, las teóricas de la disciplina, coinciden que la necesidad de cuidado de enfermería que actualmente tiene la sociedad hace que enfermería sea la experta en esta materia. Sus conocimientos sobre las bases conceptuales y metodológicos de enfermería, también de otros aspectos de los cuidados, la autorizan para que sea ella la única capacitada para determinar la formación de los distintos grupos que van a dedicarse, de una manera u otra, a prestar cuidado de enfermería, es por ello que uno de los avances más importantes para la enfermería en el devenir de los años ha sido la definición del cuidado del proceso salud-enfermedad del individuo.

El cuidado de enfermería como, se refieren sus teóricas, constituye la parte fundamental de la práctica, la interacción, la adaptación entre el profesional de enfermería y el ser humano, cuando se ejerce la acción de cuidar; a la visión de totalidad o integralidad que implica el cuidado cuando éste se da en el continuo salud-enfermedad al cuidado que da enfermería como un proceso sistematizado y dirigido hacia un fin.

Para cuidar hay que conocer a cada sujeto de cuidado y su entorno, interesarse por él, tener un conocimiento propio de cada uno, darse cuenta de sus actitudes, aptitudes, intereses y motivaciones, además de sus conocimientos.

Requiere su manifestación como persona única, auténtica, capaz de generar confianza, serenidad, seguridad y apoyo efectivo.

En la teoría del cuidado que postula la enfermera Jane Watson (1940) describe varias definiciones del cuidado. El cuidado puede ser demostrado de manera efectiva y practicada de forma interpersonal, consta de factores que pueden satisfacer las necesidades humanas.

El cuidado efectivo promueve la salud y el crecimiento del individuo, la familia, además un entorno de cuidados ofrece el desarrollo del potencial mientras permite a una persona elegir la mejor acción en un momento concreto, es decir, el cuidado cuando es positivo mejora la situación del sujeto de cuidado y por ende las condiciones anímicas de la familia.

Para Galarza y Cusi (Galarza, 2019), autores del libro Cuidado Humanizado, el cuidado es una forma de expresión, de relación con el otro ser y con el mundo, como una forma de vivir plenamente. Y ellos describen cinco postulados:

- El cuidado solo se puede manifestar de manera eficaz y solo se puede practicar de manera interpersonal.
- El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
- El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar, como también al profesional de enfermería.
- Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no solo como es, sino como la persona que puede llegar a ser.
- Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.

Además de las teóricas antes mencionadas, los primeros intentos de sistematizar y clasificar conceptualmente la noción de cuidado se deben a Madeleine Leininger (Leininger, 1925-2012), enfermera y antropóloga, quien a finales de los años 70 inició un estudio sistemático del término, presentando diferencias entre cuidado genérico, cuidado profesional y cuidado profesional enfermero donde el objetivo de su cuidado es identificar los actos de cuidado presentes, explícita o implícitamente, en las creencias, valores y prácticas de los distintos grupos culturales, para distinguir qué actos o prácticas de cuidado son específicos de una cultura y cuáles son universales. Como los expone la Lic. Pimentel, para ella los cuidados profesionales de enfermería son definidos como:

“todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte” (Pimentel, 2018).

La autora citada previamente menciona que los cuidados genéricos tienen acciones que suponen un interés y una implicación emocional para el bienestar del otro considerándose como, acciones básicamente intuitivas; sin embargo, este cuidado es la base del cuidado profesional.

Además del trabajo de Leininger, se considera las aportaciones de Watson (Watson, 2018) como la segunda gran perspectiva sobre la noción de cuidado en enfermería, donde trata de identificar los fundamentos filosóficos del cuidado partiendo de una perspectiva fenomenológica, existencialista y ética donde una de sus afirmaciones menciona que el cuidado está constituido

“por acciones transpersonales e intersubjetivas que buscan proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor, existencia; y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración”.

Leininger (1925-2012) y Watson (1940-), pertenecen y representan a la Escuela del Caring, donde este término, se refiere al enfoque que comprende además la promoción, prevención y la restauración de la salud, donde según esta escuela el cuidado significa facilitar y ayudar, respetando los valores, las creencias, la forma de vida y la cultura de las personas.

La teoría de Peplau (Peplau, 1909-1999) se refiere a la relación entre una persona con necesidad de ayuda y una enfermera formada adecuadamente para reconocer sus necesidades e intervenir terapéuticamente. De acuerdo con Peplau, la relación establecida es recíproca, por lo que las asociaciones de enfermería no son sólo en, para y hacia el individuo, sino con él, e implica respeto, desarrollo de aprendizaje para ambos. Este modelo teórico humanista se inscribe en el paradigma de la integración, es decir, orienta a la enfermera a reconocer en cada persona su componente biológico, psicológico, cultural, social y espiritual y dirige el cuidado a sus dimensiones, físico, social y mental (Kérrouac, S. 2011).

El cuidado de enfermería no es un acto aislado, ni está suspendido en el vacío. Tiene lugar en contextos sociales, institucionales y en redes de relaciones que le confieren significado. Por esta razón Peplau, (Peplau, 1990) define a la enfermera como instrumento terapéutico y experto técnico, que posee conocimientos, valores y está comprometida con el cuidado (Arrendado González, 2011).

Enfermería utiliza los recursos disponibles, y todos los avances tecnológicos para mantener la vida y la dignidad de los individuos (Peplau, 1909-1999). Para ella cada encuentro entre enfermera y sujeto de atención, orientado por este modelo teórico, es una oportunidad transformadora y dignificante por su esencial contenido humanístico. Una oportunidad de relación, madurez, aprendizaje y crecimiento mutuo.

El cuidado incluye aspectos emocionales relacionados con la actitud y el compromiso, así como elementos técnicos, que no se pueden separar para brindar cuidado. La práctica de enfermería implica, entonces, crear enfermería utilizando una variedad de procesos: reflexión, integración de creencias y valores, análisis crítico, aplicación del conocimiento, juicio clínico, intuición, organización de recursos y evaluación de la calidad de las intervenciones.

Desde esta perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual en continua interacción con su entorno vive experiencias de salud.

La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la formación, la participación en la política de salud y en la gestión de los sujetos de cuidado y los sistemas de salud, y la formación (CIE, 2012).

Cuidar es una ontología: una manera de ser, una manera de mirar, de pensar, de compartir y de participar con el otro y de describir la experiencia que permite al mismo tiempo el conocimiento propio. Cuidar es un fenómeno social y cultural, una ciencia social y humana que necesita preparación y conocimientos (Leininger, 1925-2012).

Para cuidar a individuos de otras culturas hay que desarrollar el esmero de cuidar universalmente, de sentirse capaz de identificarse a cualquier ser humano porque es humano. Se cuida el patrimonio de la humanidad cuando se aprende a cuidar, a respetar y a reconocer a los seres humanos de cada cultura incluyendo la propia. Los sujetos de atención de la propia cultura son cuidados de manera uniforme, como se ha enseñado durante la formación, y esta mirada cambia cuando se descubre la importancia de la cultura del otro.

Existen estudios que afirman que la labor de las enfermeras/os denotan cada vez más una sobrecarga de trabajo de tipo biomédico, mecanicista, determinando que su trabajo se vuelva invisible en los campos clínicos. El no reconocimiento de su labor, puede llevar a la insatisfacción profesional de los enfermeros/as y a la desvalorización de su trabajo en los campos clínicos y, por consiguiente, la deshumanización de los cuidados.

La deshumanización es un concepto utilizado con cierta frecuencia en cuestiones relacionadas con las ciencias sociales y políticas. El término deshumanización define un proceso mediante el cual una persona o un grupo de personas pierden o son despojados de sus características humanas, es un proceso psicosocial por medio del cual un ser humano llega a percibir a otro ser humano como “no humano” (Posse, 2019).

José Carlos Bermejo (1963), experto en Humanización de la Salud, refiere que los procesos de deshumanización están íntimamente relacionados con los sistemas de dominación y poder. En general los sistemas autoritarios de poder contienen procesos de deshumanización de las personas a ser dominadas. Se pueden observar procesos de deshumanización metódica como sistema de dominación en campos de concentración como los organizados por el nazismo y las dictaduras sudamericanas. Hay procesos de deshumanización que pueden ocurrir por medios lingüísticos o físicos. Además, la deshumanización puede ser reforzada por medio de propaganda, la deshumanización lingüística incluye el uso de palabras despectivas para redefinir a las víctimas y verlas como merecedoras de agresión, estas acciones pueden producir cambios en la respuesta terapéutica del individuo.

La comunicación en el cuidado humanizado

Según la definición de la Real Academia Española, la palabra comunicación tiene su raíz en la palabra latina “comunicare”, que significa poner en común, compartir. Es el proceso de transmitir y recibir información y mensajes entre personas que están involucradas en un proceso de comunicación. A través de la comunicación se establecen las relaciones interpersonales, se transmite el conocimiento, las experiencias, los deseos, las emociones y los sentimientos entre personas (Galarza, 2019).

La comunicación es un proceso interactivo y cotidiano, que hace a los seres sociables. En su forma más básica, es el intercambio de mensajes entre personas que están involucradas en un proceso de comunicación.

La comunicación lleva asociada una forma de comportamiento y todo comportamiento es, a su vez, una forma de comunicación.

Cada secuencia de un proceso de comunicación tiene lugar entre un emisor y un receptor. El emisor expresa un mensaje que es decodificado por el receptor del mismo.

Según se describe en la Teoría de la Comunicación Humana, descrita por Watzlawick, en 1967, la comunicación eficaz pretende intercambiar mensajes de tal manera que la intención del emisor sea idéntica a la interpretación del receptor. La comunicación sanitaria además de tener como objetivo que el mensaje se intercambie adecuadamente, tiene el carácter de ayuda profesional y tiene como fin, facilitar al individuo y/o a su familia la expresión de las emociones (Watzlawick, 2011).

Horacio Galarza y Gustavo Cusi (Galarza, 2019), afirman que: no existe la no conducta pues siempre, aunque no queramos, nos comportamos. Hablar o no hablar, tener una u otra actitud, constituye una forma de comportarse que va a tener como resultado un mensaje para el otro. Por lo tanto, la comunicación no es solo intencionada ya que cualquier acción es una forma de comunicación para otros.

En cada mensaje se pueden distinguir dos niveles de comunicación: el nivel Denotativo que indica lo que se dice con las palabras, es decir, el contenido del mensaje que se transmite y el nivel Metacomunicativo, que es un término usado para los elementos no verbales, es la Comunicación No verbal (CNV). Incluye los mensajes implícitos y explícitos que se transmiten de forma muchas

veces involuntaria y que proporcionan información adicional para interpretar correctamente el mensaje.

Para Galarza y Cusi (2019), la causa más importante de fracaso en la comunicación se encuentra en dar por sentado que el mensaje que se ha emitido ha sido decodificado por el receptor, y también a la inversa, en dar por hecho que el mensaje que se ha transmitido es el que se ha decodificado.

Según estos teóricos, el mensaje debe ser claro, sencillo, directo y se debe erradicar la utilización de tecnicismos y eufemismos que impiden la comprensión del mensaje. Por el contrario, es conveniente la utilización de símiles, ejemplos que pueden ayudar a comprender la información.

En el nivel Metacomunicativo, la Comunicación No Verbal (CNV) también se transmiten las actitudes interpersonales, las emociones y los sentimientos. Watzlawick (Watzlawick, 2011), refiere que aproximadamente el 60-70% de los mensajes son de naturaleza no verbal, pero lo que es más importante, la mayoría se emiten y se captan de manera involuntaria, por lo que va en relación directa con la congruencia y la autenticidad.

Cada comportamiento no verbal está asociado a la comunicación global de la persona. La interpretación de los elementos de la comunicación no verbal va ligada a la congruencia con la comunicación verbal. Generalmente las emociones se hacen más visibles a través de los elementos no verbales, es por ello que cuando los dos canales de comunicación se contradicen predomina la CNV. El psicólogo Albert Mehrabian, habla de la regla de “las tres V” en la comunicación y le aporta un porcentaje de importancia a cada una de ellas, Verbal: Lo que se dice con las palabras, 7%. Vocal: Cómo se dice, el tono de voz, la melodía, etc. 38%. Visual: Al lenguaje corporal, gestos, posturas, etc., le da un 55% (Avila, 2013)

La comunicación interpersonal es un medio terapéutico, es decir, un arte puesto al servicio del otro para acompañarlo en el proceso de curación o de alivio de sus dolencias. Todo tipo de terapia o tratamiento tiene lugar mediante la comunicación interpersonal.

Dar a alguien la posibilidad de hablar es concederle la posibilidad de reducir la angustia que a veces puede parecer que ahoga. Hablar, entonces, supone un drenaje emotivo de cuyo beneficio es fácil percatarse. En muchas ocasiones, el

calor humano manifestado mediante la atención y la escucha es la única medicina que necesita alguien para curar o para morir en paz.

La comunicación eficaz

El objetivo de la comunicación eficaz es intercambiar los mensajes de tal manera que la percepción del receptor sea idéntica a lo que pretende el emisor. La comunicación en una situación de crisis emocional, tiene como objetivo facilitar la expresión de sentimientos como las emociones, por lo que debe estar enmarcada en un contexto de ayuda y apoyo emocional. Este contexto se facilitará en la medida que se proporcione seguridad, confianza a través del respeto, la empatía la autenticidad, cuidando la comunicación y llevándola por términos simples, en el lugar y los momentos adecuados.

La empatía

El proceso que permite comprender el mundo de referencia de otras personas es la empatía. Etimológicamente, es diferente de la simpatía, que es sentir, consentir. La empatía es sentir en, sentir desde dentro.

Se considera a la empatía como la capacidad de percibir correctamente lo que experimenta la otra persona, y comunicar esta percepción a un lenguaje acomodado a los sentimientos de esta (Bermejo, 2013). La empatía es pues, una actitud y una disposición interior de la persona que se despliega en habilidades concretas, como, por ejemplo, la escucha activa y la respuesta comprensiva.

Estas actitudes son fundamentales para poder hacer un cambio significativo y eficaz con la persona a la que se quiere ayudar. Más que reducirse a una técnica de respuesta, responde a la pregunta sobre lo que hay en el interior del individuo y de ello depende en buena parte, la efectividad de la empatía con la respuesta terapéutica.

La empatía es la comprensión básica de la escucha, es la capacidad de sintonizar cognitiva y emotivamente con el otro. Se establece empatía cuando se es capaz de hacer el esfuerzo de captar la experiencia ajena, entender sus sentimientos, actitudes y comportamientos, así como las circunstancias que lo afectan en un momento determinado (Bermejo, 2013).

La empatía, tiene carácter unidireccional, es una actitud que exige captar los sentimientos ajenos. Ser capaz de meterse en la vivencia ajena, temporalmente y desde una cierta distancia. El individuo ha de percibir que está siendo comprendido y aceptado.

No se trata de sentir lo mismo que el otro (simpatía), sino de ser capaz de captar lo que siente, junto a sus necesidades. Adoptar una actitud empática implica ponerse en paréntesis, para estar a disposición del otro (Bermejo, 2013).

La actitud empática es un proceso que se puede presentar con diferentes fases. La fase de la identificación, quien ayuda penetra en el campo del otro, la experiencia que el otro está viviendo no deja su espíritu indiferente, más bien lo acapara, lo conmueve y lo envuelve, incluso llega a proyectarse en el otro e identificarse con él (Bermejo, 2012).

La última fase de la empatía es la de la separación; es el momento de retirarse de la implicación en el plano de los sentimientos y de recurrir al método de la razón, interrumpiendo deliberadamente el proceso de introspección y restableciendo la distancia social y psíquica, evitando posibles sentimientos de culpa (Bermejo, 2012)

Cabe destacar que la empatía tiene efectos beneficiosos en las personas, ya que suscita sentimientos y experiencias relevantes, estimula la autoexploración, favorece la auto confrontación, el dinamismo psíquico y el desarrollo constructivo de la personalidad, intensifica el diálogo crítico con sus propias vivencias, alivia al exteriorizar la carga afectiva, favorece la aceptación de sí mismo, y por último se despoja de las apariencias.

Cuando una persona se siente comprendida de manera correcta y sensible, desarrolla un conjunto de actitudes promotoras de crecimiento o terapéuticas en relación a sí misma. Pero el lograr desarrollar una actitud empática presenta también dificultades.

La escucha activa

Según la teoría de comunicación humana, descrita por Cibanal (1968), doctor en psicología, refiere que uno de los mayores problemas que poseen los profesionales de la salud a la hora de llevar a cabo una comunicación eficaz es el poco o nulo ejercicio de la escucha. Como se posee la información respecto

a lo que hay que hacer o se ha hecho para mejorar el estado de salud del individuo, se está habituado a “hablar”; se brinda información, se dice al individuo lo que tiene que hacer, la medicación que debe tomar, etc., pero no se plantea que escuchar al individuo o la familia puede tener un efecto sanador. Oír y escuchar son dos verbos que se suelen utilizar indistintamente para una misma cosa, sin embargo, no tienen el mismo significado. El verbo oír, según el diccionario de la Real academia, significa: percibir los sonidos con el oído, por tanto, oír está relacionado con el proceso fisiológico auditivo, a través del mismo, se perciben las vibraciones de sonido. Cibanal (1968) afirma que oír es un acto involuntario, se quiera o no esas vibraciones van a llegar a al cerebro. En cambio, escuchar, significa prestar atención a lo que se oye. Es un proceso psicológico que, a partir de lo que se está oyendo hace que el que escucha se sumerja en el mundo interior del que lo expresa. Escuchar activamente es un acto voluntario que va acompañado de un esfuerzo mayor por parte de la persona que escucha, lleva implícito poner atención e interés para sentir lo que el otro siente cuando se manifiesta. La escucha activa es un proceso más complejo, es una actitud que se puede integrar en la propia personalidad mediante el adiestramiento.

La escucha activa en muchas ocasiones se manifiesta mediante monosílabos o interjecciones (Ah, sí, etc.) que significa que se está presente en el diálogo. Sin interrumpir la exposición del otro, sino respetándolo y dejándolo hablar, respetando incluso el silencio, escuchando también el silencio, que habla de la profundidad de cuanto está diciendo el otro, de sus dudas, inseguridades, malestar, miedo.

El que escucha con el corazón, se convierte en instrumento de curación, porque da espacio a los otros para abrirse con creciente confianza y libertad, y les permite sentirse comprendidos y afirmados.

La escucha activa intenta ayudar a la persona escuchada a contactar con sus sentimientos. Se trata de abandonar la superficie del mensaje para profundizar en las emociones subyacentes.

Cuando se escucha activamente y se realiza un comentario, no es para solucionar el problema de quien habla, el objetivo es lograr que el sujeto de cuidado reconozca y entienda sus sentimientos para que encuentre las

soluciones por sí mismo. Cuando se logra entender lo que el sujeto de atención quiere, resulta mucho más fácil comunicarse con él.

Según Galarza y Cusi (2019), el enemigo más importante de la escucha activa es el ruido, y no tanto el ruido como un hecho físico, sino todo aquello que dificulta la atención en otro.

Elementos que producen “ruido” y que impiden la escucha activa por ejemplo el prejuicio, la tendencia a hacer juicios de valor sobre lo que se percibe, la ansiedad, la prisa, la tendencia a dar consejos que no se han pedido.

Este experto en humanización en la salud, refiere que escuchar activamente no es fácil, ya que existen numerosos obstáculos para la escucha, desde los propios del ambiente físico (ruidos, formas físicas, etc.) hasta los del área emocional (los sentimientos del que escucha o los contagiados por el que habla), y los del área cognitiva o mental (prejuicios morales, culturales, primeras impresiones, mal uso del tiempo libre mental, etc.).

Otro obstáculo es la ansiedad, que tiene lugar siempre que el que escucha está preocupado por sí mismo, por cómo es recibido y por cómo tiene que responder. También la superficialidad, manifestado sobre todo en la dificultad a pararse en los sentimientos de los demás.

Otro obstáculo importante es la tendencia a juzgar, a imponer inmediatamente las propias ideas y decir lo que es justo y lo que no lo es. La impaciencia, la impulsividad que lleva a algunos a no permitir que el otro se exprese y termine a su ritmo sus frases

El respeto en la humanización

De acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española (RAE), el respeto se asocia con el acatamiento que se hace a alguien; incluye atención y cortesía. El respeto es un valor que permite al ser humano reconocer, aceptar, apreciar, valorar, las cualidades del prójimo y sus derechos. Es decir, el respeto es el reconocimiento del valor propio y de los derechos de los individuos y de la sociedad.

El respeto no sólo se manifiesta en la actuación de las personas o su acatamiento de las leyes, sino también hacia la autoridad, como sucede con los alumnos y sus maestros, los hijos con sus padres o los subalternos a sus jefes. También es aplicable a las relaciones entre grupos de personas, entre países y

organizaciones de diversa índole. No es simplemente la consideración o deferencia, sino que implica un verdadero interés no egoísta por el otro, más allá de las obligaciones explícitas que puedan existir.

El respeto permite que la sociedad viva en paz, en sana convivencia. Implica reconocer en sí mismo y en los demás los derechos como sus obligaciones.

Por el contrario, la falta de respeto genera violencia y enfrentamiento. Cuando dicha falta corresponde a la violación de una norma o una ley, incluso es castigada a nivel formal. Este castigo puede ser una multa económica o hasta el encarcelamiento. Frecuentemente se confunde el respeto con alguna conducta en particular, como los buenos modales o la amabilidad, pero el respeto es algo diferente, es una actitud.

Uno de los filósofos que mayor influencia ha ejercido sobre el concepto de respeto ha sido el alemán Immanuel Kant (1724-1804). En su filosofía moral, este pensador afirma que los seres humanos deben ser respetados porque son un fin en sí mismos. Al ser un fin en sí mismos conservan un valor intrínseco y absoluto. El respeto exige la comprensión del otro: ponerse en sus zapatos, tratar de comprender su posición. No basta solamente con no agredirlo o ignorarlo, implica escucharlo con atención y sin el ánimo de cuestionar sus ideas.

El respeto hace una diferenciación total entre la persona y lo que esta piense o diga en un momento dado. Impulsa al ser humano a aceptar sus diferencias personales, recordando que todos tienen derecho a ser como son.

El valor del respeto se ejerce cuando se muestra aprecio y cuidado por el valor de algo o de alguien. Puede estar dirigido hacia los derechos y la dignidad de las otras personas, hacia uno mismos y también hacia el entorno natural, incluyendo las plantas y los animales que lo integran. Ayuda a conservar intacto aquello que más se aprecia en la vida y enseña a reconocer aquello que más aprecian los demás.

Para Bermejo (2006) es primordial recordar que, al solicitar algo, importa tanto lo que se pide como la forma en que se lo hace. Cortesía es la manera atenta en que se solicita un servicio o un objeto; es un elemento que transforma cada detalle de la vida. Sin embargo, la cortesía es únicamente la superficie de una actitud más profunda. Respetar a los otros consiste en reconocer su importancia como personas que comparten la vida con los otros. La lista

incluye a los miembros de la familia, maestros, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y todas las personas que se cruzan en el camino de la vida.

Se puede fortalecer el respeto aprendiendo a escuchar: Mirar con respeto a todas las personas que se cruzan en el camino, al saludar, mirar a los ojos y desear un buen día, o simplemente dar las gracias con sinceridad. El mundo cambia continuamente y cada persona o situación que se presenta en la vida, es una valiosa oportunidad para aprender y crecer. De vez en cuando es necesario tratar de pensar y sentir como lo está haciendo la otra persona; es decir, desde otro punto de vista. Que alguien tenga un defecto o que diga o haga cosas improcedentes, no lo condena como persona, siempre se puede recapacitar o cambiar la actitud o comportamiento. Todos son diferentes en lo personal. Cada persona llega a este mundo con limitaciones y condiciones distintas para superar, resolver y de las cuales aprender.

Generalmente el ser humano tiene la tendencia, en sus relaciones interpersonales, a juzgar y etiquetar a los demás en función de lo que él haría. Es por ello frecuente la emisión de juicios de valor. Si se pretende establecer una relación interpersonal y se encuentran presentes los prejuicios, se pierde ante el otro la capacidad de ayudarlo (Bermejo, 2013).

El respeto, es el reconocimiento del valor inherente y de los derechos innatos de los individuos y de la sociedad. Esto debería ser reconocido como el eje central para lograr que las personas se comprometan con un propósito más elevado en la vida. La nobleza de la vida está presente en cada persona, por lo que todo ser humano tiene el derecho a vivir con respeto y dignidad.

Insuficiencia cardiaca avanzada y trasplante cardíaco

En el consenso de Insuficiencia Cardiaca (IC) de 2016 de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) se la denomina a la IC como un síndrome clínico que responde a la falla en la función de bomba del corazón, que es definida como la incapacidad de mantener adecuadamente la circulación acorde con los requerimientos metabólicos del organismo, en reposo y/o en esfuerzo, a pesar de condiciones de llenado adecuadas, o hacerlo, pero a expensas de la elevación de las presiones de llenado. Es multiorgánico (compromete primariamente el corazón, pero también el sistema vascular periférico, renal, neurohumoral, musculoesquelético y el resto del organismo).

En la mayoría de los casos el síndrome es indefectiblemente progresivo y tiene mal pronóstico. Dentro de este concepto de progresividad debe tenerse en cuenta la alta incidencia de muerte súbita. (SAC Revista argentina de cardiología, 2016)

Los pacientes que por la progresión de su enfermedad y a pesar de las mejoras en la industria farmacológica son refractarios a la optimización del tratamiento de la IC severa su mortalidad continúa siendo elevada y para un grupo seleccionado de pacientes, el trasplante cardíaco (TXC) es la única alternativa de tratamiento.

En pacientes con IC refractaria o estadio D de la clasificación de la American Heart Association/ American College of Cardiology (AHA/ACC) el TXC proporciona una mejoría importante en la supervivencia y calidad de vida, siempre que se apliquen los criterios correctos de evaluación pre trasplante, de diferentes aspectos (no solo aspectos físicos o fisiológicos) y de selección del receptor. Las dos principales limitaciones del TXC son el insuficiente número de donantes y la presencia de contraindicaciones para el TXC en un paciente candidato al mismo. (Hospital Universitario A Coruña, 2012).

Antecedentes del tema

Podemos enumerar algunos trabajos relacionado al tema investigado, **Título:** “Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión”. **Autores:** Lima Callao, 2015. Rosa Guerrero-Ramírez, Mónica Elisa Meneses-La Riva, María De La Cruz-Ruiz. **Objetivo:** determinar el Cuidado Humanizado que brinda el profesional de Enfermería según la Teoría de Jean Watson, Servicio de Medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. **Conclusión:** el cuidado humanizado es dado en forma regular y es necesario implementar estrategias, planes de mejoras y capacitación continua con la finalidad de generar la sensibilización del personal de enfermería para aplicar buen trato al paciente desde un abordaje basado en valores humanos.

Aportes: a la investigación consiste en que el Cuidado Humanizado es una necesidad que urge en la práctica profesional y esto se evidencia en las políticas, disposiciones normativas establecidas por las entidades de salud que velan por el derecho de los pacientes y garantizan la calidad del servicio que se brinda.

En la segunda tesis, **Título:** “Cuidados emocionales que brindamos los enfermeros a pacientes quirúrgicos”. **Autores:** Irrutia, Patricia; Villarroel, María. Tunuyán, Mendoza, 2012. **Objetivo:** Reconocer a través de un estudio observacional los cuidados emocionales que brindan los enfermeros a los pacientes quirúrgicos de los servicios de Clínica Quirúrgica y Traumatología del Hospital Antonio J. Scaravelli de Tunuyán Mendoza, durante el segundo trimestre del año 2012. **Conclusión:** Si bien es sabido que la ansiedad es un estado que todo ser humano experimenta en situaciones estresantes y es un estado totalmente subjetivo, al que muchas veces el personal de enfermería no se le da la importancia necesaria y se lo minimiza. Por lo tanto, es necesario que en estos casos el personal de enfermería retome las bases o pilares de la profesión, tomando al individuo en forma holística ya que en la época en la cual se está inmerso la batalla parece ser ganada por la tecnología, dejando de lado la visión humanística. Por ello se hizo necesaria la investigación para brindar información acerca de la realidad en cuanto a la planificación del cuidado emocional. Además, sería la base para futuros proyectos que contribuyan a mejorar la calidad de atención de enfermería, jerarquizando nuestra profesión y más importante aún, revalidar la necesidad del rol de enfermería en la comunidad.

Aportes a este estudio: a través de los cuidados emocionales, se logra reforzar las capacidades del paciente, se permite que recobre la esperanza y se lo ayuda a mejorar su salud.

En la tercera investigación, **Título:** “Relación Enfermero-Paciente en las Unidades de Terapia Intensiva”. **Autores:** Gómez, Hugo Alberto. Río Tercero, Córdoba, 2012. **Objetivo:** Conocer mediante un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, cuáles son los aspectos que dificultan establecer una relación persona- enfermero persona-paciente en el acto de cuidar en las unidades de terapias intensivas de la ciudad de Río Tercero en el período Enero/ junio de 2012. **Las conclusiones:** de este estudio serían beneficiosas para los enfermeros, ya que permitirá conocer aspectos significantes para el desarrollo profesional basado en el cuidado humanizado; para el paciente y su familia porque serán reconocidos como tal, para la institución esto permitirá realizar modificaciones pertinentes para elevar el nivel de calidad de atención, y

para la profesión misma y su reconocimiento social porque logrará adquirir elementos científicamente fundados que le permitirán ser valorada como tal.

La importancia radica en que toma parte en el cuidar, lo que en si lleva adherido mínimamente una relación entre dos y que el estudio realizará aportes en esa dirección. El trabajar esta relación desde lo científico puede aportar conocimientos que podrían ser usados por otras disciplinas. Para la sociedad, el efecto del estudio redundaría en una práctica humanizada, con rigor científico, y sostenida desde los aspectos teóricos.

El resultado de este estudio aporta conocimientos que se traducirán en calidad de la terapéutica en los servicios de las unidades de cuidados intensivos y a la profesión.

Aportes a este estudio: la relación enfermería-sujeto de cuidado, se establece cuando ambos alcanzan entendimiento; para ello, atraviesan por diferentes fases como la vinculación, compartir experiencias e implicación personal de enfermería para la acción adecuada que mitiga el sufrimiento de la persona.

Propuesta metodológica

Tipo de estudio.

Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo, retrospectivo de corte transversal.

Población.

Todos los enfermeros/as del área de unidad coronaria del Hospital El Cruce

Muestra.

Aleatoria simple. Se seleccionó a n=30 enfermeros/as.

Unidad de análisis.

Cada uno de los enfermeros/as del área de unidad coronaria del Hospital El Cruce

Criterios de inclusión.

- Enfermeros/as de planta permanente del área de unidad coronaria del Hospital El Cruce que se encuentran en actividad en el periodo determinado.
- Enfermeros/as del área que realizaban cuidados directos asistenciales.

-Enfermeros/as que prestaron su consentimiento para colaborar en el estudio.

Criterios de exclusión.

-Quedaron excluidos todos los enfermeros/as que no presten servicios asistenciales en unidad coronaria del hospital el cruce.

-Enfermeros/as que no se encuentren en actividad en el periodo determinado.

-Enfermeros/as que no realizaban cuidados directos asistenciales.

-Enfermeros/as que no prestaron su consentimiento para colaborar en el estudio.

Instrumento de recolección de datos.

La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento de recolección de datos un cuestionario digital con la aplicación Formularios de Google, auto administrado con 20 preguntas cerradas y de carácter anónimo.

Las cinco dimensiones que se estudiaron para medir la variable compleja fueron: La Comunicación Verbal Efectiva y la No Verbal Efectiva – La Empatía – La Escucha Activa y El Respeto

6-Plan de Análisis e interpretación de los datos.

Una vez efectuada la recolección de datos, se volcaron en una matriz de datos confeccionada en el programa informático Excel y Word, se realizaron tablas y gráficos, para su procesamiento estadístico y posterior análisis.

Operacionalización de la Variable

Variable (cuantitativas)	Indicadores	Categorías
Características sociodemográficas	Género	<ul style="list-style-type: none">● Masculino● Femenino● Otro

	Edad	<ul style="list-style-type: none"> ● De 24-33 años. ● De 34-43 años. ● De 44-53 años. ● De 54 años y ● más
	Nivel de formación	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermero/a ● Licenciado ● Posgrado
	Experiencia profesional	<ul style="list-style-type: none"> ● De 0 a 2 años ● De 3 a 5 años ● De 6 a 10 años ● Más de 11 años

Variable cualitativas ordinales.	Dimensiones	Indicadores	Categorías
---	--------------------	--------------------	-------------------

Cuidado Humanizado	Comunicación Verbal Eficaz	<ul style="list-style-type: none"> ● Facilitar la expresión de sentimientos y emociones. ● Brindar Información precisa y oportuna. ● Antes de realizar una intervención de cuidado, explicar el procedimiento a realizar. 	<p>a-Siempre b-A veces c-Nunca</p>
	Comunicación No Verbal Eficaz	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuando el individuo realiza preguntas: mantiene el contacto visual. ● En una situación de crisis emocional: otorga ● Contacto físico. Al comunicarse con el individuo utiliza un tono de voz moderado y cálido. 	<p>a-Siempre b-A veces c-Nunca</p>
	Empatía	<ul style="list-style-type: none"> ● Al interactuar con el sujeto de cuidado, brinda trato cordial y amistoso. ● Cuando el sujeto de cuidado expresa sus sentimientos, le expresa que lo entiende y comprende. 	<p>a-Siempre b-A veces c-Nunca</p>
	Escucha Activa	<ul style="list-style-type: none"> ● Prestar atención e interés por lo escuchado. ● Dedicar tiempo para la escucha durante el momento de brindar su cuidado. 	

	Respeto	<ul style="list-style-type: none"> • No cuestionar las ideas y conductas del individuo Cuando se encuentra en desacuerdo. • Reconocer el derecho del individuo a adoptar decisiones sobre su cuidado durante la hospitalización 	a-Siempre b-A veces c-Nunca
--	---------	---	-----------------------------------

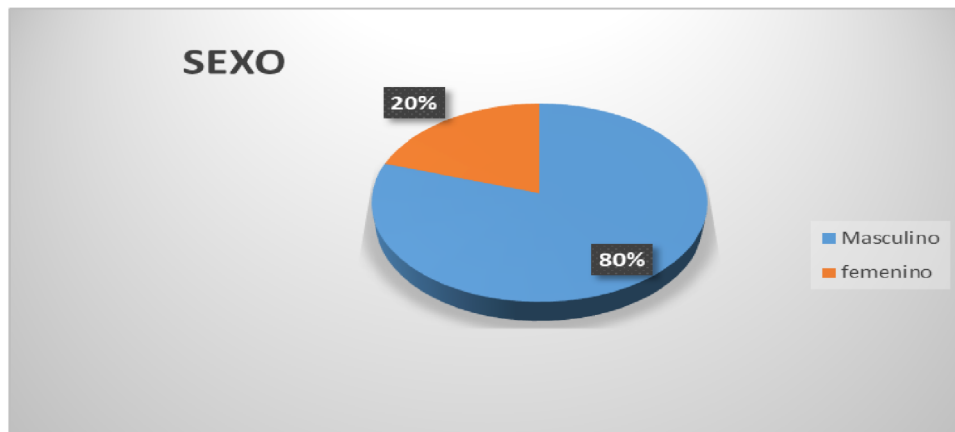
7-Resultados

Tabla 1. Caracterización de la muestra de sexo de las/os enfermeros/as del Hospital el cruce.

Género	fa	%
Femenino	24	80
Masculino	6	20
Total	30	100

Fuente: Elaboración propia

Grafico 1. Caracterización de la muestra de sexo de las/os enfermeros/as del Hospital el cruce.



Fuente: Elaboración propia

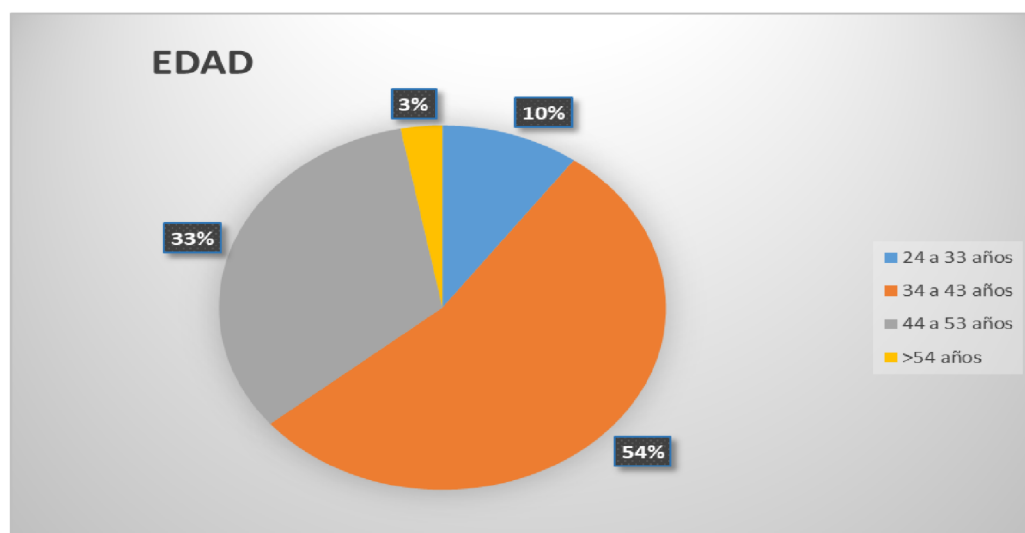
Análisis: Al realizar el análisis de datos observamos que el personal femenino dentro del plantel de enfermería es mayoritario, con el 80%, mientras que el masculino es de 20%.

Tabla 2: Caracterización de la muestra de edad de las/os enfermeros/as del Hospital el cruce.

Edad	fa	%
24 a 33 años	3	10
34 a 43 años	16	54
44 a 53 años	10	33
>54 años	1	3
TOTAL	30	100

Fuente: Elaboración propia

Grafico 2: Caracterización de la muestra de edad de las/os enfermeros/as del Hospital el cruce.



Fuente: Elaboración propia

Análisis: en el análisis de edades podemos observar que la mayoría se encuentran entre los grupos etarios 34 años a 43 años, alcanzando entre

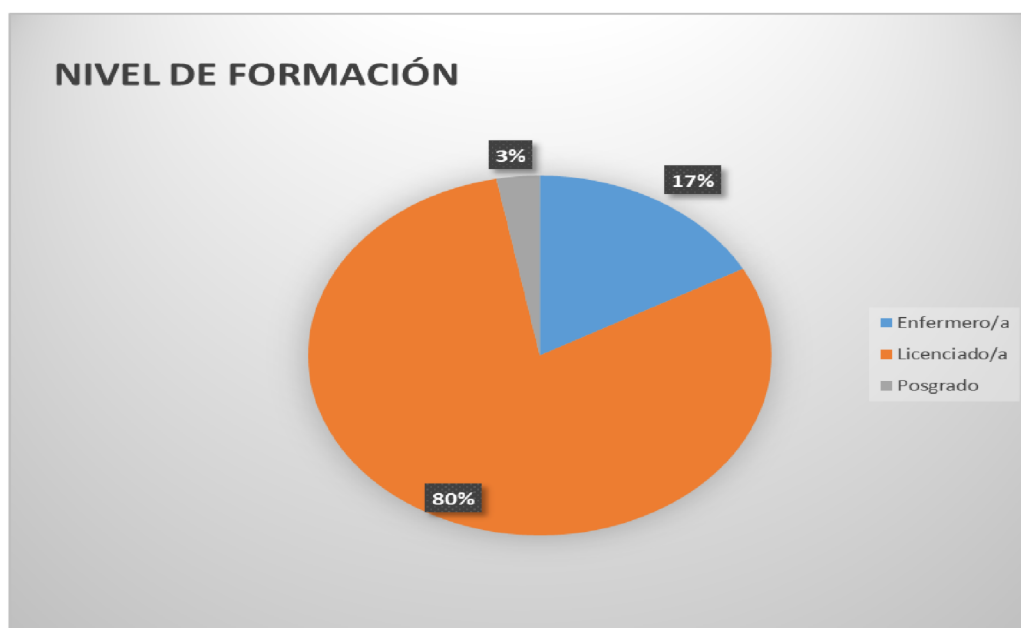
ambos rangos un 54%, seguido por los de 44 a 53 años con 33%, como así también los de 24 a 33 años con un 10 %, y por último los de > de 54 con 3%.

Tabla 3: Caracterización de la muestra de Nivel de formación de las/os enfermeros/as del Hospital el cruce.

Nivel de formación	fa	%
Enfermero/a	5	17
Licenciado/a	24	80
Posgrado	1	3
TOTAL	30	100

Fuente: Elaboración propia

Grafico 3: Caracterización de la muestra de Nivel formación de las/os enfermeros/as del Hospital el cruce.



Fuente: Elaboración propia

Análisis: Para el nivel de formación podemos encontrar que predominan los profesionales con título de licenciados en un 80%, seguido por los de titulación enfermera/o con 17%, por último con posgrado con 3%.

Tabla 4: Caracterización de la muestra de Experiencia profesional de las/os enfermeros/as del Hospital el cruce.

Experiencia profesional	fa	%
2 a 5 años	4	13
6 a 10 años	20	67
11 a 15 años	5	17
16 a 20 años	1	3
21 años y más	0	0
TOTAL	30	100

Fuente: Elaboración propia

Grafico 4: Caracterización de la muestra de experiencia profesional de las/os enfermeros/as del Hospital el cruce.



Fuente: Elaboración propia

Análisis: En el análisis de los profesionales con experiencia que se encuentran en el rango de 3 años a 10 años, llegan al 67% del total., seguido por los de 11 a 15 años con un 17%, seguido por los de 2 a 5 años con un 13%, por último, los de 16 a 20 años con 3% del total de la población de estudio.

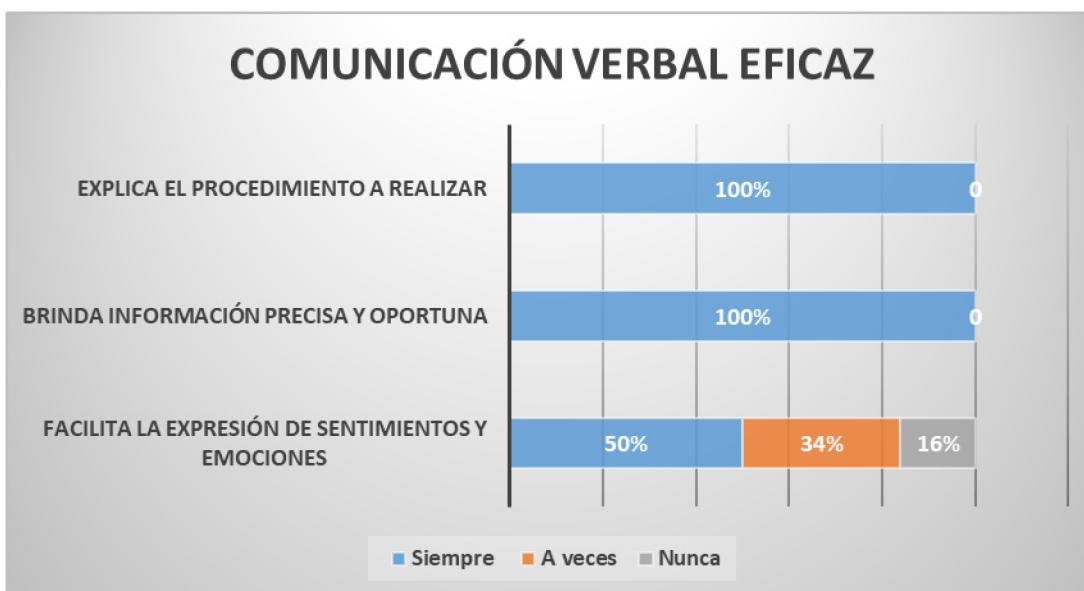
Dimensión: Comunicación Verbal Eficaz.

Tabla N° 5. Comunicación Verbal Eficaz en los enfermeros/as del Hospital el Cruce.

Categorías	Siempre		A veces		Nunca		Totales	
	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
Facilita la expresión de sentimientos y emociones	15	50	10	33	5	16	30	100
Brinda información precisa y oportuna	30	100	0	0	0	0	30	100
Explica el procedimiento a realizar	30	100	0	0	0	0	30	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico tabla 5: Comunicación Verbal Eficaz en los enfermeros/as del Hospital el Cruce.



Fuente: Elaboración propia

Análisis: En el análisis de Comunicación Verbal Eficaz se observa que en los enfermeros/as Solo el 50% siempre facilita la expresión de sentimientos y emociones, seguido por el 33% que solo a veces lo facilita y un 16% que nunca facilita la expresión de sentimientos y emociones. En tanto con el análisis de

“Brinda información precisa y oportuna” y “Explica el procedimiento a realizar” las respuestas fueron siempre con 100%.

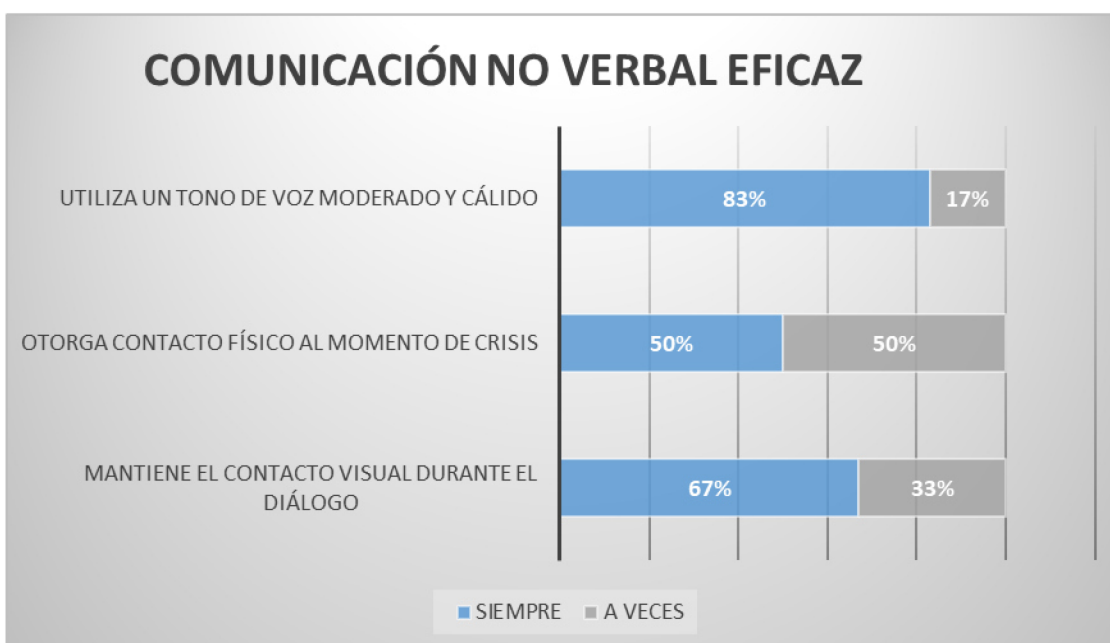
Dimensión: Comunicación No Verbal Eficaz

Tabla N° 6. Comunicación No Verbal Eficaz en los enfermeros/as del Hospital el Cruce

Categorías	Siempre		A veces		Nunca		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
Mantiene el contacto visual durante el diálogo	20	67	10	33	0	0	30	100
Otorga contacto Físico al momento de crisis	15	50	15	50	0	0	30	100
Utiliza un tono de voz moderado y Cálido	25	83	5	17	0	0	30	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico tabla N°6. Comunicación No Verbal Eficaz en los enfermeros/as del Hospital el Cruce



Fuente: Elaboración propia

Análisis: En el análisis de la variable comunicación no verbal eficaz podemos observar que el mayor porcentaje es para los que siempre utilizan un tono de voz moderado con 83% y un 17% que solo a veces lo utilizan, mientras que los que otorgan contacto físico al momento de crisis se reparten los que siempre realizan con 50% y los que a veces realizan con 50%, por último, los que siempre mantiene el contacto visual en el diálogo alcanzan un 67% y a veces 33%.

Dimensión: Intervenciones de Empatía.

Tabla N°7. Intervenciones de Empatía en los enfermeros/as del Hospital el Cruce

Categorías	Siempre		A veces		Nunca		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
Brinda trato cordial y amistoso	30	100	0	0	0	0	30	100
Expresa que lo entiende y comprende	30	100	0	0	0	0	30	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico Tabla N°7. Intervenciones de Empatía en los enfermeros/as del Hospital el Cruce.



Fuente: Elaboración propia

Análisis: En el análisis de Intervenciones de Empatía, el 100% de los enfermeros siempre brinda trato cordial y amistoso, también el 100% de los enfermeros manifestó que siempre Expresa que lo entiende y comprende.

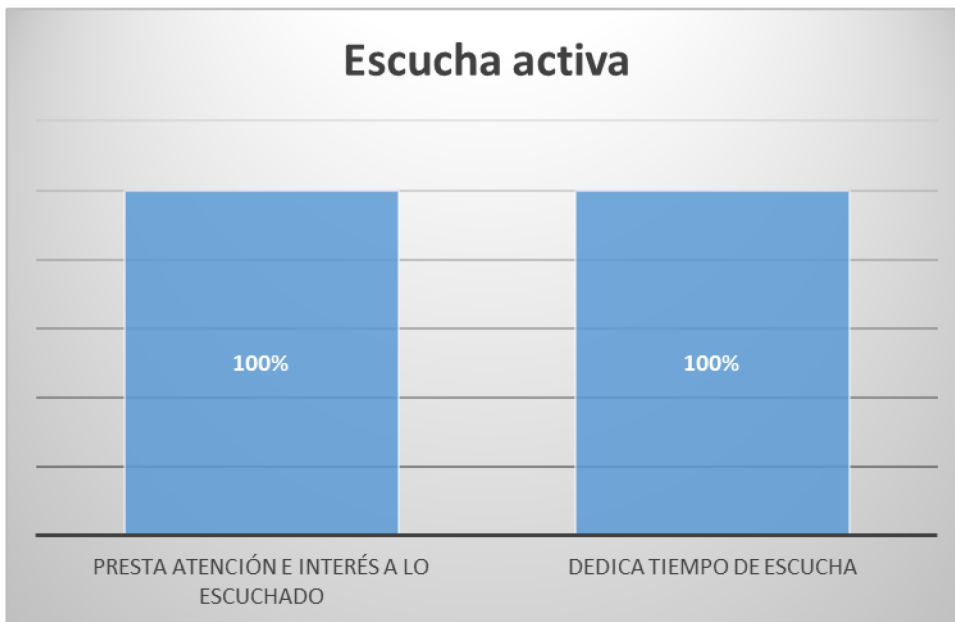
Resultado Dimensión: Escucha Activa.

Tabla N° 8. Escucha Activa en los enfermeros/as de Hospital el Cruce

Categorías	Siempre		A veces		Nunca		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
Presta atención e interés a lo escuchado	30	100	0	0	0	0	30	100
Dedica tiempo de escucha	30	100	0	0	0	0	30	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico tabla N°8. Escucha Activa en las/os enfermeros/as del Hospital el Cruce



Fuente: Elaboración propia

Análisis: En el análisis de Escucha Activa en los enfermeros/as, si Presta atención e interés a lo escuchado, el 100% de los enfermeros refiere que siempre presta atención e interés en la escucha activa, también el 100% de los enfermeros manifestó que siempre dedica tiempo de escucha.

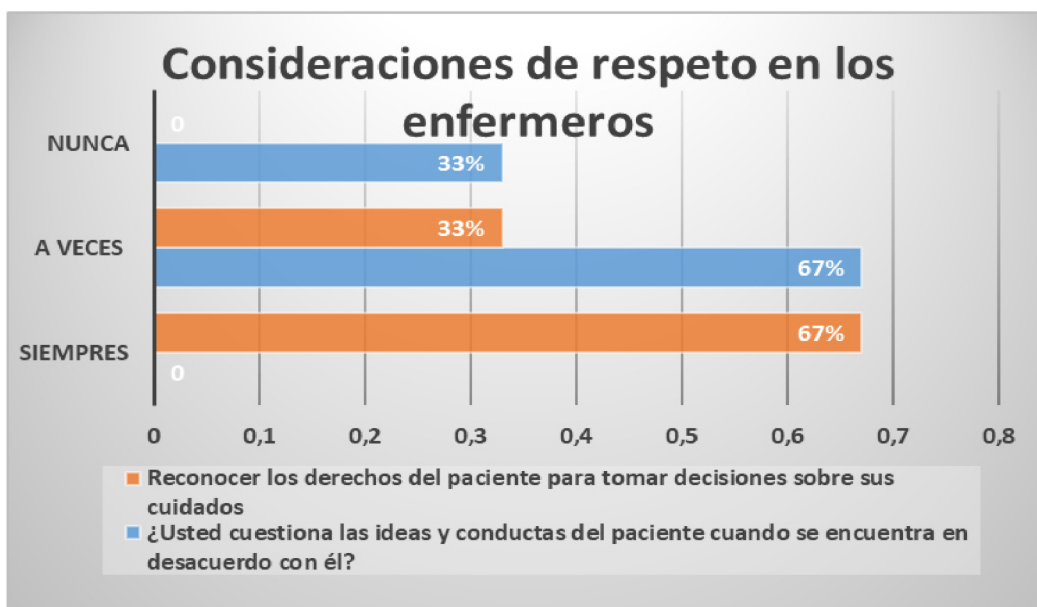
Resultado Dimensión: Respeto.

Tabla N° 9. Consideraciones de Respeto en los enfermeros/as del Hospital el Cruce.

Categorías	Siempre		A veces		Nunca		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%	fa	%
¿Usted cuestiona las ideas y conductas del paciente cuando se encuentra en desacuerdo con él?	0	0	20	67	10	33	30	100
Reconocer los derechos del paciente para tomar decisiones sobre sus cuidados	20	67	10	33	0	0	30	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico tabla N°9. Consideraciones de Respeto en los enfermeros/as del Hospital el Cruce.



Fuente: Elaboración propia

Análisis: En el análisis de Consideraciones de Respeto en los enfermeros/as, podemos observar que el 67% de los enfermeros respondió que a veces cuestiona las ideas y conductas del paciente cuando se encuentra en desacuerdo con él, mientras que el 33% respondió que nunca cuestiona sus ideas, mientras que en el análisis de Consideraciones de Respeto en los enfermeros/as, podemos observar que el 67% de los enfermeros respondió que siempre reconoce los derechos del paciente para tomar decisiones sobre sus cuidados, mientras que el 33% respondió a veces suele Reconocer los derechos del paciente para tomar decisiones sobre sus cuidados.

8-Conclusiones finales

La población de estudio ha tenido predominancia del sexo femenino predomina con un 80% del total de la muestra y que el grupo etario predominante se encuentra entre los 34años a 53 años con 91% del total de la muestra (unión de los grupos de 34-43 años y 44-53 años).

A nivel profesional la mayoría de la muestra son graduados Licenciados en enfermería con 80% del total de la muestra, con una experiencia profesional predominante entre los 6 años a 10 años con 67%.

En la interacción con los pacientes se pudo observar que las intervenciones de cuidado humanizado que refieren los enfermeros que mayormente ponen en práctica son, en la comunicación verbal eficaz, brindar información precisa y explicar el procedimiento a realizar ambos con 100%, por otro lado, las cuestiones que hacen referencia a la expresión de sentimientos tiene disparidad, en siempre facilita la expresión de sentimientos y emociones con 50%, a veces con 34% y nunca con 16%. En la comunicación no verbal eficaz se puede observar igualmente diversas opiniones, pero las respuestas de “siempre” son las de mayor número con 67% para mantiene contacto visual durante el dialogo, 83% para utiliza un tono de voz cálido y moderado y 50% en otorga contacto físico al momento de crisis.

En la dimensión de empatía con el paciente y escucha activa se observa una única tendencia de 100% para las respuestas “siempre”. También se puede analizar que las respuestas con mayor porcentaje alcanzados son las que se podrían denominar de carácter práctico como, por ejemplo: explicar procedimientos y brindar información precisa y oportuna, mientras que para las intervenciones donde el paciente manifiesta sus sentimientos o angustias denota la diversidad de las opiniones que podría quedar ejemplificadas en las cuestiones de facilitar las expresiones de sentimientos u otorgar contacto físico al momento de crisis, datos expuestos anteriormente.

Retomando los conceptos de cuidar, como base de la profesión de enfermería, cabe destacar que las respuestas a la dimensión Empatía en cada una de las consultas, las respuestas fueron siempre las realizan. Además de los resultados obtenidos para esta investigación se desprenden varios interrogantes que podrían ser abordados en otros estudios y desde otras miradas, pero es importante destacar que en esta investigación el profesional de enfermería si realiza acciones de cuidados humanizados en mayor o menor medida.

Aporte Disciplinar

El aporte de nuevos conocimientos teóricos sobre los cuidados humanizados en los pacientes con internación prolongada, en este caso los que están en lista de espera para trasplante cardiaco, contribuirán a ampliar los conocimientos sobre la influencia positiva de estos cuidados en esta población. Considerar que los cuidados humanizados sean una de las características

dominantes de todos los ámbitos donde se trate con personas y sus cuidados durante los diferentes niveles sanitarios, no solo en la atención sino también en el fortalecimiento del rol social que el sujeto de atención ve vulnerado por su situación y de los círculos de apoyo que se ven desgastados por todo lo que implica la internación.

A nivel formativo se podría sugerir también que las organizaciones de educación de enfermería, profundicen en la teoría del cuidado humanizado en sus currículas y poder contribuir al perfil de sus estudiantes para adaptarlos a los nuevos paradigmas. Promover el cuidado humanizado como una práctica transdisciplinaria que contenga las necesidades del sujeto de atención desde diferentes perspectivas, no solo la que corresponda a su rol dentro del equipo de salud, como una oportunidad para poder aprender y seguir enriqueciendo su profesión.

9-Bibliografía

1. Arrendado González, C. P. (Marzo de 2011). ***Tecnología y Humanización de los Cuidados***. Obtenido de Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007
2. Avila, B. (2013). ***Comunicación No Verbal: La Regla Mehrabian***. Gestión Comercial,.

3. Bermejo, J. (2012). *Empatía terapéutica. la Compasión del senador herido*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
4. Bermejo, J. (2013). *Relación de Ayuda y Enfermería*. Cantabria: Sal Terrae.
5. Brito, P. R. (2 de Enero de 2017). *Cuidadología: pensamientos sobre nuestra disciplina*. Recuperado el 2021, de SciELO: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X201700020002
6. CIE, C. I. (2012). *Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería*. Recuperado el 10 de 06 de 2022, de Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsforurses %20sp.pdf
7. COLLIÉRE.M.E. (1993). *Promover la vida de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana.
8. Galarza, H. &. (2019). *Cuidados Humanizados*. Buenos Aires: Autores de Argentina.
9. Guirao, J. (20-30 de octubre de 2014). *Enfermería Comunitaria*. Recuperado el 2021, de La Medida del Cuidado: <https://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio-profesional/medcuid.pdf>
10. Hospital Universitario A Coruña. (2012). Manual de Trasplante Cardíaco para Residentes. En O. P. Delgado, & M. C. Loeiro, *Manual de Trasplante Cardíaco para Residentes* (pág. 7.). La Coruña, España: CONGREGA S.L.
11. Kérouac S, P. J. (2011). *El Pensamiento enfermero*. Barcelona. España: Masson.
12. Kozier, B. (2014). *Fundamentos de Enfermería*. Pearson.
13. Leininger, M. (1925-2012). *Culture Care Diversity and Universality*. New York: National League of Nursing.
14. OMS-OPS. (2000). *Plan de desarrollo de la enfermería para América Latina: Una respuesta*. Ginebra: OPS.
15. OMS-OPS. (2000). *Plan de desarrollo de la enfermería para América Latina: Una respuesta*. Ginebra:: OPS.
16. Ortega C, S. M. (2011). *Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería*. Mexico DF: Medica Panamericana.
17. Peplau, H. (1909-1999). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Savat.
18. Pimentel, G. (20 de Octubre de 2018). *"Impacto de la refomra en la practica del cuidado de enfermeria"*. Recuperado el 2021, de

<http://tesisproyectos.com/2018/10/22/impacto-de-la-reforma-en-la-practica-d-el-cuido-de-enfermeria/>

19. Posse, P. (2019). *¿Qué es humanizar? Claves para la humanización de la atención a personas mayores*. Madrid: Tres Carlos.
20. R.A.E. (2019). *Real Academia Española*. Recuperado el julio de 2021, de <https://dle.rae.es/humanizar>
21. Rodriguez-Jimenez. (4 de Octubre de 2014). *Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería*. Recuperado el 2021, de Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería: www.sciencedirect.com
22. Romero Massa, E. (2013). *Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados*. Recuperado el 12 de junio de 2022, de Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/handle/11227/6919>
23. Romero Massa.E.& Contreras Méndez, I. (2013). *Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados*. Recuperado el 10 de junio de 2022, de Ciencias biomedicas: http://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/6919/cuidado_s.pdf?sequence=1
24. S.A.C. Revista argentina de cardiología. . (Octubre de 2016). *Sociedad Argentina de Cardiología*. Obtenido de Vol. 84. Sup. 3: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2016/10/consenso-de-insuficiencia-cardiaca-cronica-2016-1.pdf>
25. Watson, J. (20 de Febrero de 2018). *Ponencia del Primer Congreso Interaccional de Enfermería*. Recuperado el 2021, de Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua: [//fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza Jean Watson](http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza%20Jean%20Watson).
26. Watzlawick, P. J. (2011). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

10-Anexos

-Anexo I- Instrumento de recolección de datos

-Encuesta

Sexo	Edad	Nivel de Formación	Experiencia Profesional
------	------	--------------------	-------------------------

Masculino <input type="radio"/>	de 24-33 años <input type="radio"/>	Enfermero/a <input type="radio"/>	De 0 a 2 años <input type="radio"/>
Femenino <input type="radio"/>	de 34-43 años <input type="radio"/>	Licenciado/a <input type="radio"/>	De 3 a 5 años <input type="radio"/>
Prefiero no decirlo <input type="radio"/>	de 44-53 años <input type="radio"/>	Posgrado <input type="radio"/>	De 6 a 10 años <input type="radio"/>
	54 años o más <input type="radio"/>		Más de 11 años <input type="radio"/>

1. ¿Durante la interacción enfermero-paciente, facilita al individuo la expresión de sentimientos y emociones?

-Siempre - A veces - Nunca

2. ¿Durante la interacción enfermero-paciente, brinda información precisa y oportuna?

-Siempre -A veces -Nunca

3. ¿Antes de realizar intervenciones de cuidado, explica el procedimiento a realizar?

-Siempre -A veces -Nunca

4. ¿Cuándo el sujeto de cuidado realiza preguntas, usted mantiene el contacto visual e intenta responder sus inquietudes?

-Siempre -A veces -Nunca

5. ¿En una situación de crisis emocional del paciente, usted otorga contacto físico (palmadas en el hombro, apretón de manos, etc.)?

-Siempre -A veces -Nunca

6. ¿Al comunicarse con el paciente usted utiliza un tono de voz moderado y cálido?

-Siempre -A veces -Nunca

7. ¿Al interactuar con el paciente usted le brinda un trato cordial y amistoso?

-Siempre -A veces -Nunca

8. ¿Cuándo el paciente le comunica sus angustias y temores, usted le expresa que lo entiende y comprende?

-Siempre -A veces -Nunca

9) ¿Al momento del diálogo con el paciente usted presta atención e interés al escucharlo?

-Siempre -A veces -Nunca

10) ¿Usted dedica tiempo para la escucha durante el momento de brindar su cuidado?

-Siempre -A veces -Nunca

11) ¿Usted cuestiona las ideas y conductas del paciente cuando se encuentra en desacuerdo con él?

-Siempre -A veces -Nunca

12) ¿Usted reconoce los derechos del paciente de adoptar decisiones sobre su cuidado?

-Siempre -A veces -Nunca