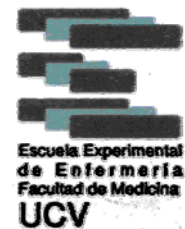




**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**RELACIÓN ASISTENCIAL DE LA ENFERMERA/O DEL CENTRO DE
INVESTIGACIONES MÉDICO-QUIRÚRGICAS DIRIGIDA AL PACIENTE
QUIRÚRGICO DEL CONVENIO DE SALUD CUBA-VENEZUELA EN EL
PRIMER TRIMESTRE DE 2005**

AUTORAS:

Berbesí Yuranci
C.I.N° V 8.106.778

Camacho Consuelo
C.I.N° V.4.478.22

TUTORA:

Mg. Cilia Véliz
C.I. N°. V. 3.528.212

Caracas, Noviembre de 2005

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁG
ÍNDICE DE TABLAS.....	iv
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	vi
APROBACIÓN DE LA TUTORA.....	viii
DEDICATORIA.....	ix
AGRADECIMIENTO.....	xi
RESUMEN.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I: El Problema

Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos.....	6
Justificación.....	7

CAPÍTULO II: Marco Teórico

Antecedentes.....	9
Bases Teóricas.....	11
Sistema de Variable.....	39
Operacionalización de la Variable.....	40
Definición de Términos Básicos.....	41

CAPÍTULO III: Diseño Metodológico

Tipo de Estudio.....	42
Población y Muestra.....	43
Métodos e instrumentos de recolección de datos.....	43

Procedimiento para la recolección de la información.....	44
Procedimiento para la validación y confiabilidad.....	45
Técnicas de análisis de datos.....	45
CAPÍTULO IV	
Presentación de Resultados.....	46
CAPÍTULO V	
Conclusiones y Recomendaciones.....	75
Referencias Bibliográficas.....	77
ANEXOS.....	81

ÍNDICE DE TABLAS

TABLAS		PÁG
1	Distribución Absoluta y Porcentual de la Relación Interpersonal referida a la Aceptación y el Subindicador Interés	48
2	Distribución Absoluta y Porcentual de la Relación Interpersonal según el indicador Aceptación y el Subindicador Autenticidad	52
3	Distribución Absoluta y Porcentual de la Relación Interpersonal en relación con el indicador Aceptación y el Subindicador Aprecio	55
4	Distribución Absoluta y Porcentual de la Relación Interpersonal según el Indicador “Respeto” y el Subindicador Autonomía	58
5	Distribución Absoluta y Porcentual de la Relación Interpersonal en relación con el indicador Respeto y el Subindicador “Dignidad Humana”	61
6	Distribución Absoluta y Porcentual de la Relación Interpersonal en relación con el indicador Respeto y el Subindicador “Consentimiento Informado”	64
7	Distribución Absoluta y Porcentual de la Relación Interpersonal según el indicador “Comprensión Empática” y el Subindicador Escucha Activa	66

8	Distribución Absoluta y Porcentual de la Relación Interpersonal según el indicador “ Comprensión Empática ” y el Subindicador Empatía	69
9	Distribución Absoluta y Porcentual de la Relación Interpersonal según el indicador “ Comprensión Empática ” y el Subindicador Solidaridad.	71
10	Distribución Absoluta y Porcentual de las repuestas emitidas por los pacientes quirúrgicos del Convenio de Salud Cuba-Venezuela en relación con los indicadores Aceptación, Respeto y Comprensión Empática ” de la enfermera, dirigida a los pacientes quirúrgicos del Convenio de Salud Cuba-Venezuela durante el primer trimestre de 2005.....	73

ÍNDICE DE GRÁFICO

GRÁFICOS		PÁG
1	Distribución Absoluta y Porcentual de la Relación Interpersonal según el indicador Aceptación y el Subindicador Interés	51
2	Distribución Absoluta y Porcentual de la Relación interpersonal según con el indicador Aceptación y el Subindicador Autenticidad	54
3	Distribución Absoluta y Porcentual de la Relación Interpersonal según el indicador Aceptación y el Subindicador Aprecio	57
4	Distribución Absoluta y Porcentual de la Relación Asistencial según el Indicador “Respeto” Subindicador Autonomía	60
5	Distribución Absoluta y Porcentual de la Relación Interpersonal según el indicador Respeto y el Subindicador “Dignidad Humana”	63
6	Distribución Absoluta y Porcentual de la Relación Interpersonal según el indicador Respeto y el Subindicador “Consentimiento Informado”	65
7	Distribución Absoluta y Porcentual de la Relación Interpersonal según el indicador “Comprensión Empática” y el Subindicador Escucha Activa	68
8	Distribución Absoluta y Porcentual de la Relación Interpersonal según el indicador “Comprensión Empática y el Subindicador Empatía	70
9	Distribución Absoluta y Porcentual de la Relación Interpersonal según el indicador “Comprensión Empática” y el Subindicador Solidaridad	72

10	Distribución Absoluta y Porcentual de las repuestas emitidas por los pacientes quirúrgicos del Convenio de Salud Cuba-Venezuela en relación con los indicadores Aceptación, Respeto y Comprensión Empática ” de la enfermera, dirigida a los pacientes quirúrgicos del Convenio de Salud Cuba-Venezuela durante el primer trimestre de 2005.....	74
----	---	----

APROBACIÓN DE LA TUTORA

En mi carácter de tutora de la tesis presentada por las T.S.U: **CONSUELO CAMACHO, y YURANCI BERBESÍ** para optar al título de Licenciada en Enfermería, considero que la misma reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la presentación pública y evaluación por parte del jurado *examinador que se designe*.

En Caracas, a los _____ días del mes de _____ de _____

Mg.Sc Cilia Véliz.
C.I. N°. V. 3.528.212

DEDICATORIA.

Este trabajo especial de grado va dedicado primeramente a Dios Todopoderoso, ya que sin él nada hubiese podido hacer. Dios quien me concedió el privilegio de la vida y me ofreció lo necesario para lograr la meta. Gracias de todo corazón por permitirme estar aquí, por las duras y difíciles pruebas que me hacen crecer como ser humano y me permiten buscar lo mejor de mí para darlo a quien en un determinado momento lo necesite, pero lo mejor de todo, me acercan más a ti mi **Dios**, ya que todo en este mundo es efímero y solamente lo que viene de ti es verdadero eterno.

Después de **Dios**, a mi Madre, mis hijos **José Eduardo, Yurancy y Dianeth**, y a mis hermanas **Margarita y Máryury**. A mis queridos e inolvidables ausentes físicamente, que desde algún lugar junto a **Dios** son parte de mi vida y mis recuerdos, especialmente para ti sobrino, que el Señor Jesucristo decidió prematuramente acogerte en su seno - **a tu memoria, TUTI-**

A las profesoras, Lic. **Cilia Véliz y Lilia Betancourt**; docentes y amigas indiscutibles quienes con amplio sentido ético y vocacional, no solo proporcionan a sus alumnos conocimientos científicos, sino humanitarios, morales y espirituales; educan, aconsejan, e imparten valores para conducirse correctamente y ofrecen el sabio consejo en el momento oportuno.

De igual forma va esta dedicatoria a **Juan Carlos** por llegar en el momento preciso y oportuno para proporcionarme apoyo incondicional y estímulo para lograr la meta propuesta, consolidada en éxito.

Muy especialmente, al **Dr. Víctor Silva Márquez** por su valiosa e insuperable colaboración, por su incondicional estímulo, dedicación y espíritu docente

Al **personal** médico adscrito al Convenio de Salud Cuba-Venezuela en Caracas, quien facilitó la información necesaria para delimitar el contexto de la investigación.

Asimismo al personal civil y militar, adscrito a la Dirección de Bienestar Social en la Presidencia de la República Bolivariana de Venezuela.

Además al generoso, estigmatizado y excluido pueblo venezolano que aportó sus vivencias como pacientes en territorio extranjero, a todas las personas que mostraron gran interés en conocer el desenlace de este trabajo y todo lo que se pueda encontrar en el mismo.

A todas aquellas personas que de una u otra forma disintieron esta investigación, de la misma manera a quien se pueda beneficiar del mismo.

Y especialmente al ciudadano Presidente Constitucional de la República Bolivariana de Venezuela, como autor principal de la creación del Convenio.

*A todos... ¡Los quiero muchísimo...
¡Que Dios los bendiga!
Consuelo*

DEDICATORIA

En este día tan especial, en el cual me siento emocionada por haber culminado una fase de mi meta fijada; quiero dedicarle este trabajo A **Dios** que me ha dado la vida y fortaleza para terminar este trabajo de investigación.

A mis **Padres** por estar ahí cuando más los necesité; en especial a mi **Madre** querida e inolvidable, ausente físicamente, pero presente espiritualmente, que desde algún sitio, allá juntito de **Dios**, me brinda su constante apoyo con el inmenso amor que solo la madre puede ofrecer.

A las profesoras **Cilia Véliz y Lilia Betancourt**, por sus enseñanzas, quienes colaboraron en hacer una realidad de un sueño, dándome el apoyo necesario, quienes me apoyaron cuando pensé que no podía continuar, infundiéndome la fortaleza que demuestran en la incalculable sabiduría y amor por los futuros Profesionales de la enfermería.

A **Ranfis Eduardo**, por apoyarme y ayudarme en los momentos más difíciles, y por darme la dicha de ser la madre más feliz del mundo.

A mis hijos **Eduardo José y Daniel Alejandro**, pequeñas partes de mi ser y de mi alma, grandes luces que iluminan mi vida

A muchas personas que están bien cerca de mí quienes en la mayoría de las ocasiones me brindan su amistad y su cooperación justo en el momento cuando lo necesito.

Y en esta ocasión deseo expresar mi gratitud a **Consuelo Camacho**, amiga imperecedera e incondicional y compañera de lucha para el logro de la meta propuse “culminar este trabajo”

Asimismo al grupo de personas que acuden diariamente al Convenio de salud en busca de una oportunidad para curar sus enfermedades y/o mejora en su calidad de vida, siendo estas personas junto a sus familiares quienes aportaron sus experiencias vividas en suelo internacional. De igual modo a todo el personal que labora en la Dirección de Bienestar Social de la Presidencia de la República Bolivariana de Venezuela. GRACIAS. Y que Dios les proteja”

“Este es el final de un arduo trabajo y el comienzo de un gran triunfo”

Yuranci

AGRADECIMIENTO

Varios años atrás nos trazamos una meta; empezar y culminar la carrera para optar al título de Lic. en Enfermería, en todo lo largo y ancho de ese difícil camino tuvimos a nuestro lado muchas personas, que de una u otra forma que nos brindaron ayuda, sin embargo fueron pocos los que se quedaron hasta el final con nosotras para ver los frutos; por lo tanto comenzaremos a agradecerles este triunfo a:

Dios por haber estado con nosotras cuando más necesitamos una luz en el arduo camino recorrido.

A nuestras madres y padres, tanto a los que están junto a nosotras y los que Dios llamó a su seno.

Al cuerpo de docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela. Especialmente a las Profesoras **Cilia Véliz, Lilia Betancourt y Elba Suárez, Mary George** por su valioso aporte de conocimientos.

A los empleados, empleadas y obrero de la Escuela, pues, ellos y ellas forman parte esencial en la formación académica por sus valiosas e importantes actividades desempeñadas dentro de cada área de trabajo.

"La verdadera grandeza es la que no necesita de la humillación de los demás."

"Los que deseen vivir, busquen a Dios, que es la vida eterna"

*Yuranci, y
Consuelo.*

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**RELACIÓN ASISTENCIAL DE LA ENFERMERA/O
DEL CENTRO DE INVESTIGACIONES MÉDICO-QUIRÚRGICO EN
LA REPÚBLICA DE CUBA DIRIGIDA AL PACIENTE QUIRÚRGICO
DEL CONVENIO DE SALUD CUBA-VENEZUELA
EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2005**

AUTORAS:

T.S.U: Berbesí Yuranci
T.S.U. Camacho Consuelo

TUTORA.

MgSc. Cilia Véliz
AÑO: 2005

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la **relación asistencial de la enfermera/o del Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgico en la República de Cuba** dirigida al paciente quirúrgico del Convenio de Salud Cuba-Venezuela durante el primer trimestre de 2005. Se ubica dentro del contexto de la Relación Interpersonal, la población se constituyó por veinticuatro (24) pacientes quirúrgicos tratados. El diseño de la investigación se realizó de acuerdo al tipo exploratorio, descriptivo; la recolección de la información se realizó a través de una encuesta tipo cuestionario dicotómico, cerrado dirigido a los pacientes que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico para determinar la relación asistencial de las enfermeras/os. Para el análisis de los resultados se utilizó la estadística descriptiva de tipo cualitativo el cual se presentó a través de tablas estadísticas y gráficos de los datos obtenidos posterior al análisis respectivo.

En consecuencia con los resultados obtenidos según la opinión de los pacientes encuestados, se llegó a la conclusión que la **relación asistencial de las enfermeras** que ofrecieron cuidados quirúrgicos a los pacientes intervenidos en el Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgico en la República de Cuba **superó el 75%** del cumplimiento de una **relación interpersonal**. Para el cual se recomienda a los coordinadores del Convenio de Salud Cuba-Venezuela, establecer la realización de programas dirigidos a los pacientes con el objetivo de disminuir las reacciones emocionales que estos pacientes presentan.

Asimismo, se recomienda establecer seguimiento de los pacientes quirúrgicos con el fin de controlar el mantenimiento de la salud, respecto a las patologías quirúrgicas con resolución para no reincidir.

INTRODUCCIÓN

La definición de enfermería en su campo de acción específico se centra en la atención del paciente, situación que será posible si existe una **relación asistencial** que permita apoyar a los pacientes quirúrgicos en el problema de salud que experimentan, lo cual solo será posible si la enfermera/o establece una **relación interpersonal** fundamentada en la **aceptación, respeto y comprensión empática**, inclusive antes de iniciar el tratamiento, demostrando en todo momento interés, autenticidad y aprecio, asimismo al reconocer la autonomía, dignidad humana y creencias del paciente, como también comprender sus mensajes escuchando activamente, demostrando empatía y solidaridad.

En consecuencia, la **relación interpersonal** que establece la enfermera con el paciente quirúrgico representa una actividad ineludible, pues, todo individuo cuando va a ser sometido a una intervención quirúrgica experimenta una serie de respuestas emocionales, tanto negativas como positivas. Por consiguiente, vale reseñar que la expresión de los sentimientos puede lograrse a través de la **interacción de la enfermera/o** con el paciente, además de las expresiones comunes mediante la comunicación verbal y no verbal.

Respecto a lo antes expuesto, Kozier. B, Glenora Erb, Kathleen Blais y Judith Wilkinson, afirman... “algunas personas llaman **relaciones interpersonales** a las relaciones entre enfermera-cliente (paciente), otros las denominan **relaciones terapéuticas**, y un tercer grupo **relaciones de ayuda**” (Pág.381). Por otra parte, Phaneuf (1993) se refiere a la **comunicación terapéutica**, o de relación de ayuda, que permite establecer lazos significativos entre las enfermeras y el cliente manifestando en ella **la aceptación, el respeto y la comprensión empática**. (Pág.12). Por consiguiente, a través de la interacción humana se establecen vínculos significativos

que permiten evolucionar satisfactoriamente durante el proceso de atención de enfermería.

El estudio es de tipo exploratorio, descriptivo, de campo, prospectivo, registra la información según ocurrieron los hechos, para lo que se utilizó una encuesta tipo cuestionario no estructurado en el lugar de los acontecimientos. **La población** se constituyó por **veinticuatro (24)** pacientes con diversas patologías quirúrgicas, los que fueron sometidos a procedimientos quirúrgicos en la República de Cuba, a través del Convenio de Salud Cuba-Venezuela en la Presidencia de la República Bolivariana de Venezuela, durante el primer trimestre de 2005.

La organización del estudio se presenta en cinco (05) capítulos, exponiéndose en cada uno el respectivo contenido presentando en el **primer capítulo** el problema, planteamiento del problema, los objetivos y la justificación del estudio. De la misma forma, en el **segundo capítulo** se describe el marco teórico con los antecedentes, las bases teóricas, el sistema de variables con su respectiva operacionalización y la definición de términos básicos. De igual manera en el **tercer capítulo** se reseña el diseño metodológico, el tipo de estudio, población y muestra, métodos e instrumentos de recolección de datos, procedimiento para la recolección de la información, validación y confiabilidad, análisis de datos, así como la validación del instrumento. Asimismo, en el **capítulo cuarto** se procesan los resultados obtenidos en la investigación con su respectiva interpretación, representados en cuadros y gráficos en barra. Por último, en el **quinto capítulo** se incluye la conclusión, las recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema.

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida, según lo establecido en el **Artículo 83** de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Al respecto cabe destacar que la enfermedad es un proceso que afecta el funcionamiento biopsicosocial que origina un impacto en la vida del individuo, por tanto, el paciente quirúrgico requiere establecer una precisa interacción humana con alguien a quien confiar sus dificultades, preocupaciones, dolencias y sus crisis de desaliento.

En consecuencia, cabe resaltar que la enfermera es una profesional integrante del equipo multidisciplinario de salud, que más contacto tiene con el paciente, es la persona que llega a conocer y detectar en forma oportuna sus necesidades e inquietudes a través de la **relación asistencial**, el cual se inicia al establecer una interacción orientada en proporcionar ayuda al paciente para que exprese sus preocupaciones, ideas y sentimientos.

De acuerdo con lo antes expuesto vale citar lo observado durante la ejecución de las prácticas profesionales por área de interés realizadas en la Presidencia de la República Bolivariana de Venezuela, mediante trabajo de campo en la Dirección de Bienestar Social, Programa de Atención al Paciente, acorde con la **relación interpersonal** establecida con los pacientes quienes recibieron tratamiento quirúrgico en el Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas en la República de Cuba, se pudo observar que los mismos presentan inquietud, angustia e intranquilidad a su regreso al país. Desconociéndose cómo fue su atención de enfermería en Cuba.

De acuerdo al precedente, vale destacar que los **pacientes quirúrgicos** requieren sentirse como personas al relacionarse con la enfermera/o y demás integrantes del equipo de salud, sentirse apreciado por éstas y mantener una relación cordial-afectiva con las mismas. Consiguientemente, se entiende que para estas personas es de vital importancia la **relación interpersonal** y la demostración de confianza para que lleguen a comprender que no han perdido su condición de seres sociales, sino que debe plantearse una nueva forma de integrarse a la sociedad y reorganizar sus vidas.

El Convenio de Salud Cuba-Venezuela, fue firmado el 30 de noviembre de 2000 por ambos presidentes. Según Disposición Especial establecido en el **Artículo IV**, a través del cual la República de Cuba prestaría atención médica gratuita a venezolanos de condición humilde y escasos recursos económicos

En cuanto al fundamento legal que sustenta el citado Convenio, es oportuno resaltar lo consagrado en la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** (1947) establece: **Artículo 22: Satisfacciones.** Toda persona tiene derecho a la seguridad social, a obtener mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos indispensables a su dignidad: De igual forma, es acertado mencionar la definición de Salud de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 1947) describe: *“La salud es un estado completo de bienestar físico, mental, y social y no solamente la ausencia de enfermedades”*.

Cabe señalar, que en los cuatro años y medio de funcionamiento de este programa se han despachado **131 vuelos de Venezuela hacia Cuba**, en los cuales han viajado un promedio de **16 mil venezolanos, nueve mil 766 de ellos pacientes y tres mil cuatrocientos (3.400)** sus acompañantes, han sido intervenidos en operaciones

mayores, de las cuales 300 han sido de corazón abierto. Según información suministrada por el Departamento de Control de Gestión del Despacho del Presidente se han realizado aproximadamente **2.500** operaciones mayores realizados en los Hospitales Centro Internacional de Retinosis Pigmentaria “Camilo Cienfuegos”, Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas.

En efecto, de acuerdo con lo expresado por los pacientes en cuanto a la **relación asistencial** de las enfermeras/os relacionado con las respuestas humanas emocionales manifestadas por sentimientos perturbadores respecto a la **relación interpersonal** y en base a la situación planteada se formulan las siguientes interrogantes.

¿Establecen las enfermeras/os del Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas República de Cuba una **relación asistencial** con los **pacientes quirúrgicos** a través del Convenio de Salud Cuba-Venezuela durante el primer trimestre de 2005?

¿Las enfermeras/os del Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas República de Cuba utilizan elementos de la **relación asistencial** con los **pacientes quirúrgicos** del Convenio de Salud Cuba-Venezuela durante el primer trimestre de 2005?

Subsiguientemente, las interrogantes antes mencionadas conducen a la formulación del problema de investigación.

¿Cómo es la **relación asistencial** establecida por las enfermeras/os del Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas en la República de Cuba con los **pacientes quirúrgicos** del Convenio de Salud Cuba-Venezuela durante el primer trimestre de 2005?

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

General.

Determinar la relación asistencial establecida por la enfermera/o con los pacientes quirúrgicos considerando la utilización de elementos de la relación interpersonal en el Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas en La Habana a través del Convenio de Salud Cuba-Venezuela.

Específicos.

1º) Identificar la relación asistencial establecida por la enfermera/o con los pacientes quirúrgicos, basada en su elemento aceptación en el Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas en La Habana a través del Convenio de Salud Cuba-Venezuela.

2º) Identificar la relación asistencial establecida por la enfermera/o con los paciente quirúrgicos, fundamentada en su elemento respeto en el Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas en La Habana a través del Convenio de Salud Cuba-Venezuela.

3º) Identificar la relación asistencial establecida por la enfermera/o con los paciente quirúrgicos, basada en su elemento comprensión empática en el Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas en La Habana a través del Convenio de Salud Cuba-Venezuela.

1.3. Justificación

Esta investigación se realizó dentro del contexto de investigación en el campo de la enfermería; con motivo de las observaciones directas e interacción con pacientes asistidos por el Convenio de Salud Cuba-Venezuela, en quienes solicitan tratamiento quirúrgico para la diversidad de patologías que presentan, exploración previa realizada en trabajo de campo durante la ejecución de las prácticas profesionales por área de interés.

Por lo demás, se considera tomar en cuenta el impacto social que ocasiona este problema por la discriminación y estigmatización social, que origina un trastorno fisiológico en la persona, pues la enfermedad es un proceso que afecta el funcionamiento biopsicosocial de las personas, el inicio de la enfermedad produce un impacto en la vida del individuo una ruptura de su comportamiento estilo de vida habitual, la elevada cifra de personas afectadas por enfermedades de larga evolución y lenta mejoría. En este sentido, el paciente requiere establecer una precisa relación con alguien a quien confiar sus dificultades, preocupaciones, dolencias y sus crisis de desaliento.

En razón, resulta conveniente realizar un estudio de investigación que permita contribuir al aporte de nuevos conocimientos con el fin de optimizar la participación de la enfermera/o en la relación asistencial dirigida los pacientes quirúrgicos, independientemente del establecimiento dispensador de salud en Venezuela, estimando lo expresado por los pacientes que presentan diversidad de patologías quirúrgicas de larga evolución y lenta mejoría.

Según lo precedente, la importancia de esta investigación se corresponde al abordaje del estudio de la práctica de las funciones de la enfermera/o en la relación asistencial dirigida a las personas que padecen enfermedades de larga evolución y

lenta mejoría sin obtener una respuesta positiva a los diversos y prolongados tratamientos a los que se han sometido.

Con el interés de proveer al paciente un ambiente de protección, equilibrio emocional al percibir una atención adecuada y respeto a sus valores, considerado como un ser humano de naturaleza integral, con variadas capacidades para funcionar socialmente.

El propósito de la investigación permite la búsqueda transparente sobre la ejecución de las actividades de enfermería en términos de relevancia con aceptación, respeto y comprensión empática respecto a los pacientes quirúrgicos.

El desenlace de la investigación otorgará un marco referencia para futuras investigaciones que contribuyan a la formación del personal de relevo en enfermería y otras profesiones afines.

CAPÍTULO II.

MARCO TEÓRICO.

A manera de Arias. G. F (2004)... “el marco teórico o marco referencial, es el producto de la revisión documental y bibliográfica, y consiste en una recopilación ideas, posturas de autores, conceptos y definiciones, que sirven de base a la investigación a realizar”. (Pág.94)

Seguidamente, en este capítulo, se amplía la descripción del problema, se reseñan los antecedentes del tema en estudio, bases teóricas, el sistema de variable con su respectiva operacionalización, y la definición de términos básicos.

Antecedentes del Estudio.

De acuerdo a lo estimado por Ramírez, T. (1999)... “los antecedentes consiste en dar al lector toda la información posible acerca de de las investigaciones que se han realizado, tanto en el ámbito nacional como internacional, sobre el problema a investigar”. (Pág.61).

La información se asienta en un arduo trabajo de campo, no existen investigaciones previas en el país que puedan servir de base al estudio que se presenta, “*en lo que a enfermería se refiere*”; relativas a los pacientes atendidos *en Convenio de Salud Cuba-Venezuela*; puesto que, se trata de un nuevo acontecimiento en el ámbito de la salud.

Sin embargo, se citan algunos trabajos de investigación concernientes a Comunicación Terapéutica y Relación de Ayuda cuyos indicadores y subindicadores coinciden con los indicadores de la variable en estudio. En consecuencia el trabajo realizado por:

Mogollón, Carmen y Zoila Pinto, (2002) elaborado como trabajo especial de grado para optar al título de licenciada en enfermería en la Universidad Central de Venezuela, titulado “Comunicación terapéutica en la satisfacción de las necesidades de los enfermos en el postoperatorio inmediato” en la unidad de recuperación del Hospital Central de Maracay Estado Aragua, cuyo objetivo principal fue *“Determinar la relación asistencial en la aplicación de los principios de la comunicación y la satisfacción de las necesidades de los enfermos en el postoperatorio inmediato por los profesionales de enfermería en la Unidad de Recuperación del Hospital Central de Maracay, Estado Aragua”*.

La metodología se basó en una investigación de campo, descriptiva – prospectiva, la población la constituyeron 10 profesionales de enfermería que laboran en la Unidad; la muestra la conformaron el 100% de los profesionales.

Como instrumento de recolección de datos se aplicó una Guía de observación dirigida a los profesionales de enfermería al proceso de validación y confiabilidad respectivamente. Entre los resultados destacan que el 50% de los profesionales de enfermería aplica los principios de la relación asistencial en la satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de los enfermos, lo que llevó a concluir que existían limitaciones en la misma, y por ende en la satisfacción de necesidades de los enfermos en el post-operatorio inmediato.

Las citadas autoras recomendaron hacer del conocimiento de las autoridades del hospital acerca de los resultados de la investigación, establecer un programa de educación dirigido a los profesionales de enfermería enfatizando el manejo de la relación asistencial y su influencia en la satisfacción de las necesidades de los enfermos e implementar planes de trabajo o talleres donde desarrollen habilidades y destrezas de la comunicación terapéutica.

Díaz Aracelis, Salazar Eneida y Torres Gladys realizaron un trabajo de investigación en el Hospital “Dr. Luís Felipe Guevara Rojas” en el Tigre Estado Anzoátegui, titulado “La **Comunicación terapéutica** de la enfermera dirigida al enfermo hospitalizado en la Unidad Clínica de Cirugía en el primer trimestre de 2002; cuyo objetivo principal fue “***Determinar la comunicación terapéutica del personal de enfermería con el paciente hospitalizado en la Unidad Clínica de Cirugía del Hospital “Dr. Luís Felipe Guevara Rojas”***”.

La citada investigación fue de tipo descriptivo, con una población de 24 pacientes fundamentando la recolección de la información a través de una encuesta dirigida a los enfermos hospitalizados en la unidad. En consecuencia, en relación con el análisis respectivo, encontró deficiencias para lograr llegar a las conclusiones y recomendaciones que de ser implementadas por el personal de enfermería que labora en la unidad permitirán mejorar significativamente el cuidado de enfermería hacia el enfermo hospitalizado.

Bases Teóricas.

El desarrollo de las bases teóricas materializadas en este estudio, representa el marco referencial del problema de investigación, referente a la relación asistencial de la enfermera/o con el paciente quirúrgico. En relación con el tema en estudio, ha sido necesario realizar un análisis exhaustivo por la ausencia de literatura y documentación en línea, acerca de los pacientes quirúrgicos tratados a través del Convenio de Salud Cuba-Venezuela.

Para familiarizarse con el objeto en estudio sobre el área de referencia con las teorías tradicionales y contemporáneas a la vez. Consecuentemente, se introdujo una breve indagación sobre orientaciones teóricas; considerando ajustadas a la investigación las teorías del entorno de Florence Nightingale y la Teoría Interpersonal de Jean Watson.

Durante más de cien años; los términos de cuidados de enfermería y cuidar han sido utilizados por enfermería. **Nightingale, F**, (1859) define la enfermería...“*como una disciplina distinta a la medicina, centrada en el cuidado de la persona que experimenta un proceso de rehabilitación, más que sobre la alteración anatómica o fisiológica de la persona.* (Pág.7).

Por consiguiente, es propicio destacar que el fundamento de la teoría de **Nightingale** es el **entorno**, pues señala que todas las condiciones y las fuerzas externas influyen en la vida y el desarrollo de un organismo; al respecto cabe recordar que “**Nightingale** basó sus ideas en los valores individuales, sociales y profesionales. Sus influencias más significativas fueron la educación, la observación y la experiencia directa”. Para **Nightingale** el entorno físico está constituido por los elementos físicos en los que el paciente es tratado.

En cuanto a la Teoría Interpersonal de Jean Watson, esta da importancia a las influencias de las emociones, cobertura de las necesidades fisiológicas para relacionarse con el entorno. Se puede ver el carácter inseparable de la persona y su entorno, sacan las energías físicas, psicosociales y afectivas. Asimismo refiere... el cuidado del paciente es una manifestación social universal que sólo resulta efectivo cuando es practicado a través de una **relación interpersonal**.

La **teoría interpersonal** desarrollada por Watson entre 1975-1979, mientras se desempeñaba como docente en la Universidad de Colorado; surgió de opiniones en el ejercicio de enfermería. Disponible en línea. www.uchsc.edu/nursing/caring. Asimismo, es relevante mencionar que las publicaciones de Watson, reflejan la evolución de su teoría de cuidado; todo lo que ha escrito va dirigido a los estudiantes de enfermería y les propone la base filosófica y cognoscitiva para su práctica, así como líneas de investigación.

Referente a la filosofía y la ciencia del cuidado solidario de Watson (1979) citada por Kozier B. Glenora Erb, Kathleen Blais y Judith M. Wilkinson; afirman... “*Watson cree que la práctica del cuidado solidario es fundamental en enfermería; es el núcleo que unifica su ejercicio*” (Pág. 59). Asimismo, mencionan las premisas principales de Watson sobre el cuidado solidario fundamentado en las actividades de la enfermería relativas al cuidado humano llamadas “*Factores Asistenciales*”.

Watson (1979)... en la filosofía original en la ciencia del cuidado de Watson, esta autora se refiere al cuidado como la esencia de la práctica enfermera. El cuidado es una idea moral más que una actitud orientada al trabajo e incluye características como la ocasión real de cuidado y el momento de cuidado transpersonal, fenómenos que ocurren cuando existe una relación de cuidado auténtica entre la enfermera y el paciente. (1979. Pág. 37).

En este sentido, Watson. J, (1985) Sostiene que... “la necesidad es la entrada para relacionarse con el entorno,... satisfacer las **relaciones interpersonales** adoptan formas diferentes...se puede ver el carácter inseparable de la persona y su entorno, de donde saca energías biopsicosociales. (Pág. 19). Para desarrollar su marco, Watson se apoyó sólidamente en las ciencias y las humanidades, ofreciendo una orientación fenomenológica, existencial y espiritual, explica que los conceptos que ella definió para aportar nuevos significados al paradigma de enfermería derivaban de experiencias clínicas, empíricas, combinadas con el fondo filosófico, intelectual y experimental.

En este sentido, **Watson.** J, (1985) Sostiene que... “la necesidad es la entrada para relacionarse con el entorno,... satisfacer las **relaciones interpersonales** adoptan formas diferentes...se puede ver el carácter inseparable de la persona y su entorno, de donde saca energías biopsicosociales y efectivas indispensables para sobrevivir. (Pág. 19) Subsiguientemente, atribuye su énfasis en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y calidez a las visiones de

Carl Rogers. *“Es el cliente el que sabe lo que le duele y que su cuidador debería permitir que las pautas del proceso terapéutico vinieran del cliente”* (Pág.12).

Es de señalar que Rogers. C. (1957) creía que “por medio de la comprensión” el paciente llegaría a aceptarse, lo que constituye el primer paso hacia un resultado positivo. Seguidamente, afirma:

“Durante mis primeros años de profesión, solía formularme la pregunta ¿cómo puedo tratar, o curar, o cambiar a esta persona? Ahora formulo la pregunta de la siguiente manera: ¿Cómo puedo establecer una relación para que esta persona pueda utilizar su propio crecimiento personal?”. (Págs.17, 33)

De este modo, **Jean Watson** cree que también es esencial una base sólida en humanidades para el proceso de cuidado de los pacientes. Por consiguiente, cabe señalar, que en la filosofía original en la ciencia del cuidado de **Jean Watson** (1979) se refiere como... “la esencia de la práctica la enfermera/o, es una idea moral más que una actitud orientada al trabajo, incluye el verdadero cuidado, y los fenómenos que ocurren cuando existe una relación de cuidado entre la enfermera/o y el paciente.” (Pág. 37).

Bajo esta perspectiva se desarrolla el contexto de la **relación asistencial** de la enfermera/o con los pacientes quirúrgicos, a través de la interacción enfermera-paciente la que se concibe como un proceso que hace posible la prestación del cuidado, su práctica sea indispensable para el cuidado biopsicosocial, cultural y espiritual, fundamentada en la **relación interpersonal**.

Relación asistencial de la enfermera/o dirigida a los pacientes quirúrgicos.

Para enfermería la mejor forma de abordar el estudio de las necesidades del paciente es desde la aproximación biopsicosocial, desde la motivación individual, y la adaptación del estado de salud enfermedad. Por consiguiente el ejercicio de los

cuidados de enfermería se presenta como una actividad humana que se refiere al proceso creativo, intuitivo, o conector de ayuda al individuo basado en los sentimientos y actos afectivos, comprensivos de asistencia a quienes manifiestan alteración en sus necesidades humanas.

Una de las actividades propias, más nombradas para explicar los cuidados de enfermería es “**la relación asistencial**”. Si se parte del principio de que en toda relación de ayuda existe por naturaleza una confrontación de culturas, expectativas, creencias y valores, que determinan el tipo de signo y el modo en que se ha de dar y aceptar la ayuda. La relación enfermera-paciente es un elemento indispensable en la atención que presta enfermería, a través de esta relación se logra detectar las necesidades, identificando los problemas del paciente quirúrgico para buscarle la mejor solución.

Por consiguiente, la **relación asistencial** es un proceso único aunque sean diferentes las personas que cuidan al paciente; demostrar habilidad y destreza en la interacción que debe iniciarse si es posible antes del tratamiento médico y más allá de la finalización del mismo, constituyen una competencia básica de la enfermera/o. Acerca de lo expresado previamente, Wesley, R (1999)... “sostiene en cuanto a las atribuciones del cuidado manifiesta que este puede ser demostrado de manera afectiva y practicado de forma interpersonal; asimismo refiere que el cuidado consta de principios de cuidado que pueden satisfacer las necesidades emocionales”. (Pág.130)

En cuanto a lo precitado, Kozier B, (1999) señala... es la fase de trabajo en la que la enfermera/o y el paciente empiezan a verse como individuos únicos. (Pág. 383). Igualmente señala las etapas principales relativas a analizar y comprender ideas y sentimientos, así como facilitar y actuar. (Pág.381). De otro modo, **Watson. J**, (2003) define la **relación asistencial** en comprender al paciente, sus creencias, valores y entender sus comportamientos, sus reacciones emocionales su mundo mental, en relación al problema de salud que está viviendo. (Pág. 14).

Asimismo, vale destacar que la **relación asistencial** es una forma idónea de ayudar a los pacientes, la que se inicia con creando una **relación interpersonal** fundamentada en los elementos **aceptación, respeto y comprensión empática** y sus respectivos componentes. En consecuencia, esta relación favorece el bienestar emocional del paciente, es una forma apropiada de asistir a las personas, esta relación favorece la satisfacción de las necesidades biopsicosociales, culturales y espirituales del paciente quirúrgico.

Al respecto, se entiende por paciente quirúrgico a aquel que va a ser sometido a un proceso quirúrgico. El acto quirúrgico, por pequeño que sea, causa un impacto emocional en quien lo vive, por lo tanto, es necesario que la enfermera/o inicie una **relación asistencial** con el paciente fundamentándose en la **relación interpersonal**, mostrando en todo momento **aceptación, respeto y comprensión empática**, pues las orientaciones que se den al paciente son fundamentales, y se establece un vínculo de confianza a través de la relación interpersonal, a través de los cuidados de enfermería.

Al respecto, para Iyer, P, (1989)... “los cuidados de la enfermería son aquellas actividades específicas dirigidas a ayudar al paciente a lograr los resultados esperados, con acciones hacia las causas de los problemas” (Pág. 27). De la misma forma, Donahue P, (1985) afirma... “*su verdadera esencia reside en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente que constituyen el fundamento real de los cuidados de enfermería.*” (Pág.1). Igualmente, afirma que entre las actividades de la enfermera/o se encuentra... “la función cuidadora, que ha formado parte tradicional de las actividades, que respetan la dignidad del paciente e implica conocimientos y sensibilidad sobre los asuntos que más importan a los pacientes.” (Pág. 19). Así, la enfermera/o es una (un) profesional de las ciencias de la salud con habilidades y destrezas en el cuidado de las personas; con conocimientos propios, distintos a la medicina, centrada en el paciente, orientado a fortalecer la capacidad de reacción del ser humano frente a un problema de salud.

Relación Interpersonal.

Es una aproximación en la que el respeto a la condición propia de seres humanos tiene una categoría que implica un encuentro entre dos personas dignas de consideración y respeto mutuo, donde se tiene por un lado al paciente que necesita ayuda por sufrir un desorden en su salud y por otro lado la enfermera/o capacitada (o) para dársela, lo que se constituye en eficacia en razón de los conocimientos, habilidades y destrezas que posee para aliviar el sufrimiento y desamparo del paciente.

Subsiguientemente; Carpenito. L, J, (1997) sostiene que la práctica de los cuidados de la enfermera/o es la **interrelación con el paciente**, centrada en el diagnóstico y tratamiento de las situaciones que la enfermera/o puede y debe tratar con independencia. (Pág. 18). En este aspecto, son relevantes las actividades independientes de la enfermera/o, en las áreas de asistencia exclusivas de la enfermera/o que están bien diferenciadas de la práctica médica, ya que, la enfermería ha sido definida en términos de funciones como lo señala Iyer. P, (1979, Pág. 5)

De acuerdo a lo afirmado por las autoras antes citadas, es relevante mencionar la coincidencia de ambas respecto a la relación interpersonal como actividad independiente de la enfermera/o. Desde este punto de vista, es significativo el alcance del cuidado de enfermería que refleja con claridad la visión humano, como un ser biopsicosocial. Bajo esta perspectiva el cuidado está constituido sobre un sistema de valores que afecta las relaciones que se establecen entre la enfermera/o y la persona cuidada, uno de los elementos más nombrados para explicar la atención de la enfermera/o es “**la relación interpersonal**”. En consecuencia, Wigodski. J (2005) la define como:

... “aquella que tiene como objetivo ayudar a los pacientes, a constatar y ver que hay diferentes formas de ver una misma realidad, para llegar al mismo lugar,... es también la creación de relaciones humanas que potencien actitudes para la

interacción, va a permitir trabajar en los cuidados, prevenir, ayudar a la persona, crear condiciones favorables para el paciente. URL www.enfermerasclinicas.com.

Al respecto, para Griffith Janet y Paula Christensení (1982), "esta relación es la actividad por la cual la enfermera/o trabaja" con el paciente (Pág.18). Asimismo, para Du'Gas (1982) estima que,... "para crear una clima de franqueza en la cual el sujeto sienta que puede comunicarse con libertad, la enfermera/o debe transmitir sentimiento de cordialidad y **aceptación**" (Pág.19)

Desde este punto de vista, Phaneuf, M. (1993) afirma, que una de las competencias fundamentales de la enfermera/o es establecer una relación enfermera-paciente, a través de la comunicación, la cual define como la que permite establecer lazos significativos entre enfermeras y paciente. (Pág.12). De igual forma refiere que "la relación de ayuda, que permite establecer lazos significativos entre las enfermeras y el paciente, manifestada en la **aceptación, el respeto y la comprensión empática**, que ayudan al paciente cuando se enfrenta a una dificultad especial, (Pág.12) consecuentemente, la **relación interpersonal** es un proceso continuo y dinámico formado por una serie de acontecimientos variados y continuamente en interacción.

Respectivamente, cabe destacar que la esencia de una **relación interpersonal** eficaz es la respuesta comprensiva a esta serie de elementos, que incluye todo lo que se va a decir sobre la comunicación entre dos personas... que son emprendidos desde la corriente humanista. De acuerdo con Kozier. B (1999)

*La función humanitaria de la enfermera/o se ocupa... "de las **relaciones interpersonales**, cuyo objetivo principal es el apoyo al paciente, sin que esto signifique dependencia, le ayuda por medio de cuidados y acciones que conciernen al bienestar y la aceptación de éste como persona "(Pág.76).*

Respecto a lo anteriormente expuesto, Marriner, A, (1994) plantea que la enfermera/o es “una serie de actos que conllevan acción, reacción e **interacción**” (Pág.308). Por ende, la enfermera/o que tiene un planteamiento humanitario en la práctica de los cuidados la enfermera/o, toma en cuenta todo lo que conoce sobre el paciente; pensamientos, sentimientos, valores, experiencias, gustos, deseos, conducta y cuerpo (La Mónica 1985, Pág. 2), citada por Kozier. B (1989, Pág.76). Este planteamiento humanitario, es el tradicional aspecto del “cuidar de la enfermera/o”, está caracterizado por la comprensión y la acción.

Bajo este aspecto, Kozzier, B., Erb, G.; y Oliver, R. (1993)... indican que dentro de la práctica de enfermería se encuentra la **relación terapéutica**, citando de Ruesch. (1961), la definición... *“un proceso de ayuda a vencer e el estrés, a entenderse con otras personas, a ajustarse a lo inalterable, y a vencer los bloqueos psicológicos que hay en el proceso de autorrealización”* (Pág. 326).

De acuerdo a lo precedentemente expuesto; se puede indicar que la relación interpersonal es utilizada por la enfermera/o cuando su intención es ayudar y apoyar al paciente, para reducir sus niveles de estrés, intranquilidad, angustia y superar la impresión del acto quirúrgico, a través del contacto visual, físico, hablándole de forma comprensiva, anticipándose a sus necesidades.

Igualmente, **la interacción enfermera-paciente** es un elemento indispensable en la atención que presta la enfermera/o, y a través de esta relación se logra detectar las necesidades, identificando los problemas del paciente para buscarle la mejor solución. Para Janet Griffith y Paula Christensení (1982)... *“esta relación es el medio por el cual la enfermera/o trabaja con el paciente* (Pág.18)

*Consecuentemente; para establecer una **relación interpersonal** es necesario suministrar **atención al paciente en la ejecución de las acciones de enfermería identificando** sus necesidades emocionales con respeto a sus creencias y valores. Por*

consiguiente, el aspecto esencial del cuidado de enfermería al paciente es ayudándole a través de la **relación asistencial**. Por razón de la cual se evalúan sus hábitos interpersonales para generar habilidades destrezas, denominados también, elementos básicos de la **relación terapéutica**, como también técnicas de la **relación de ayuda o comunicación terapéutica** de acuerdo con el enfoque del autor o autora.

En las actitudes de la enfermera/o se consideran como necesarias, que posea competencias relacionales **aceptación, respeto, y comprensión empática**. Bajo este enfoque, es imperioso que la enfermera/o fundamente el cuidado al paciente en una **relación interpersonal** basada en la **aceptación**, el **respeto** y la **comprensión empática**.

En relación con los indicadores a medir en la presente investigación, al describir los elementos básicos de la **relación asistencial**, permiten el buen desarrollo del cuidado. Para ello hay que referir estas actitudes relacionales deseables de la enfermera/o. Por consiguiente, en la presente investigación, es significativo describir los elementos de la dimensión **relación interpersonal**.

Elementos de la relación interpersonal.

El fundamento teórico afín con los elementos de la **relación asistencial** señalada, especifican o enfatizan los aspectos esenciales para una interacción eficaz, que requieren los pacientes que integran la oportuna y eficiente solución de los problemas de salud establecidos en el Convenio de Salud Cuba-Venezuela, por su condición de su requerimiento de someterse a un tratamiento quirúrgico alejados de su entorno familiar. Al describir los elementos de la **relación interpersonal** y sus respectivos componentes, es justificable apuntar que la aplicación de los mismos por las enfermeras/os, estos permiten el buen desarrollo de del cuidado proporcionado a los pacientes quirúrgicos.

Así que, de todos los elementos señalados; para efectos de la presente investigación sólo se medirán los aspectos concernientes con la relación interpersonal, con la **aceptación, respeto y comprensión empática**, constituyentes de los indicadores; asimismo, los elementos que configuran los subindicadores.

ACEPTACIÓN

Efectivamente, por **aceptación** se entiende el interés mostrado por la enfermera/o hacia el paciente y su problemática. Cabe señalarse como principio fundamental el **respeto**, según Carkhuff citado por Giordani, B. (1997)... “la **aceptación** se traduce en que la enfermera/o debe apreciar al paciente en su condición humana, valorarlo y reconocer sus derechos ante la toma de decisiones, asumiendo su responsabilidad” (Pág.183). Asimismo, Protter, P. y Griffin, A. (1996), describen la **aceptación** como “...una forma inicial de crear un entorno terapéutico al aceptar al paciente como un individuo con necesidades, características propias que deben ser aceptadas ante su derecho y su dignidad”. (Pág.219).

Bajo este aspecto, la aceptación implica reconocer la individualidad de las personas, las cuales tienen su identidad, principios y valores que rigen su existencia; la enfermedad es sólo una experiencia para el paciente, y *en momentos difíciles donde puede sentirse indefenso y desprotegido generando nerviosismo, que la enfermera/o debe comprender y aceptar, al manifestar tolerancia a sus reacciones.*

De acuerdo con lo antes formulado, la definición de la **aceptación**, se consolida en conocer y comprender la situación que confronta el paciente, aspectos que la enfermera/o debe integrar a sus habilidades al establecer la **relación asistencial**. Aceptar incondicionalmente en la relación con el paciente significa, ante todo, aceptarle como persona, más allá de los comportamientos precedentes y actuales, quizás contrarios a la promoción de la salud, ser capaces de aceptar la angustia que el paciente vive y comprenderla.

Elementos que constituyen la aceptación

De acuerdo con lo antes expuesto, la **aceptación** se enfoca en la disposición de la enfermera/o en virtud de la cual se omiten los juicios de relatividad moral, se presta una particular atención al mundo de los significados y sentimientos que las cosas tienen para él (ella), y se impregna la relación de cordialidad y calor humano. Por lo tanto, se considera oportuno desarrollar los componentes del indicador **aceptación** respecto a la **relación asistencial** en su dimensión **relación interpersonal**, iniciando esta con el **interés** que la enfermera/o muestra hacia el paciente quirúrgico.

Interés

Efectivamente, si una perspectiva es digna de ser subrayada en la persona del que sufre, es el **interés** demostrado al paciente quirúrgico, es la de ser acogido en el modo personal y único de vivir la enfermedad, es decir, en los sentimientos porque libera de la soledad y de la marginación, tanto social como emotiva.

Significativamente, el **interés** es una actitud que transmite creencias, ideas y sentimientos de proximidad emocional acerca de personas y acontecimientos, en contraste con la distancia impersonal; el interés es intenso y resistente. Por lo demás, es significativo *animar al paciente para que exteriorice sus sentimientos y reflexiones*, con el fin de disminuir la frustración causada por su situación de salud.

De igual forma el interés, se puede *transmitir por medio de preguntas formuladas en tonos amables y sociable concerniente a su estado de salud: ¿cómo se encuentra?, ¿cómo se siente?, ¿cómo está?*; cuyas preguntas revelan aptitud de acercamiento y deseo de ayudar. En este aspecto, el paciente necesita saber que le importa al personal asistencial, más aún a la enfermera/o quien permanece la mayor parte del tiempo cerca de él, por consiguiente cuando se quiere establecer relaciones

interpersonales sinceras, profundas y constructivas fundamentadas en aptitud auténtica de la enfermera/o.

Autenticidad.

Ser auténtico significa captar lo que pasa dentro de sí mismo sin poner barreras, incluye ser congruente y compartir los sentimientos y opiniones propias en el momento y situación presente.

Demostrar *autenticidad* significa “*ser*” lo que “*se es*”, sin fachadas, ser capaz de vivir los propios sentimientos, reconocerlos, sentirlos y comunicarlos de un modo constructivo. Al respecto, Rogers C. (1957) sostiene...

Es la habilidad para presentarse y comportarse ante los demás tal como se es... permite establecer relaciones sin que esto signifique que se tenga que expresar todo lo que se siente, o negar los sentimientos negativos que puedan surgir en la relación... Es ser coherentes al comunicarse con el paciente, mantener sintonía entre lo que se comunica y aquello que se cree, se espera, se siente, se percibe y se sabe.
(Pág. 59)

La **autenticidad** hace respetuosos a los que quieren ayudar a los pacientes, por eso el que es auténtico es capaz de decir, cuando así lo experimenta, *que no sabe qué decir; es capaz de utilizar un lenguaje lleno de sentido*. La autenticidad, por tanto, implica hacer un proceso de elaboración del propio sufrimiento, de la propia muerte integrándose debidamente. En este sentido (Rogers, C.R., 1957) afirma:

... la espontaneidad que exhibe una persona en una relación determinada con otra persona es el grado en el cual la primera se encuentra funcionalmente integrada en el contexto de su relación con la segunda, de modo que hay ausencia de conflicto o inconsistencia entre su experiencia total, su consciencia y su comunicación explícita. Documento en línea disponible en URL www.psicologiaonline.com

La **autenticidad** llevará también a hacer un esfuerzo por purificar el lenguaje sobre el sufrimiento, por lo tanto es allí donde el la enfermera/o encuentra un conflicto ético por cualquier situación creada en torno a un paciente

Aprecio

El **aprecio** es definido como el componente afectivo de la respuesta de una persona hacia otra, que puede incluir diversas cualidades e intensidades de sentimientos "positivos" como consideración, simpatía, cariño, *paciencia* etc.), y "negativos" como desagrado, desprecio, etc. Respecto al aprecio hacia el paciente. Winkler, (1993).

Refiere... este concepto que se relaciona específicamente la variabilidad que exista en la respuesta afectiva de una persona con respecto a otra, sin embargo el que el aprecio brindado. En consecuencia el nivel de aprecio es la inclinación general hacia donde apuntan las diversas reacciones afectivas de una persona en relación a otra. Documento en línea disponible en www.scielo.org

Según la **Organización Mundial de la salud**, en la Clasificación Internacional del funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Ginebra (Suiza) 2001. Define refiere que el aprecio significa, *mostrar y responder a la satisfacción y la gratitud, de manera adecuada para el contexto y el entorno social.* Disponible en línea www.who.int/

De igual forma la **OMS** sostiene que apreciar es considerar, estimar, confiar y dar crédito, declarar con palabras, gestos y actitudes cuánto se valora a los demás por lo que son, no por lo que tienen, y por las labores que realizan. Asimismo, William James. (2001) **Apreciar** *es el hecho de reconocer agradecidamente el valor, cualidad, o significado de un don, obra o persona. "el más profundo principio de la naturaleza humana es el anhelo a ser apreciado"* Documento en línea. www.vidaytrabajo.org .

Por consiguiente vale señalar que todas las relaciones se basan sobre el aprecio. Por eso es la primera cualidad que la enfermera/o debe aprender a desarrollar, expresar, cultivar y vigilar, expresar respeto hacia las personas por lo que son, procurando consideración por el paciente en todo momento.

RESPECTO.

Además de las **relaciones interpersonales**, el **respeto** de la persona es una consecuencia del comportamiento moral que se manifiesta en “virtudes” o en “vicios”, en costumbres buenas o malas. El respeto es la actitud de un cristiano que en el otro ve también la contemplación, en sí mismo. Para Kozier B (1999) el respeto...

“es una actitud que resalta la valía e individualismo de la persona, que las esperanzas y los sentimientos de las personas son especiales y únicos a pesar de ser similares a los de las demás.” (Pág.393). En este sentido respeto, prestar atención a sus opiniones, requerimientos y objeciones, indicando que se reconoce su punto de vista original y su condición de persona única e individual.

El **respeto** al paciente consiste en dejar ser al otro tal y como es, consecuentemente, Pastor G. L. M y Francisco Javier León (1997) afirman... “el **respeto** implica no reducir al otro a un mero objeto, del mismo modo opinan que el respeto es la forma mas sencilla de manifestar la afecto incondicional a un ser (Pág.27). También refieren: el **respeto** constituye el primer hito en la orientación a la benevolencia.

Por consiguiente, *significa el verlo y apreciarlo en su calidad de ser humano*, valorándolo por sí mismo como una persona diferente que tiene los mismos derechos. En ese momento, la enfermera/o empática puede evitar hacer juicios desmedidos sobre la conducta del paciente y sus necesidades de comunicación.

También se define como *la consideración que se tiene a una persona; fundamentada en la dignidad de la misma*. Esta actitud frente a la dignidad del paciente, el respeto que se le tiene cobra una importancia tal que se les considera factor que favorece u obstaculiza el enfoque centrado en el paciente.

En consecuencia, el **respeto** se manifiesta en el *modo como relacionarse con los pacientes*, tanto en lo que dice como en lo que se hace, mostrar disposición para atender a las necesidades de comunicación del paciente, prestar atención a sus opiniones, requerimientos y discrepancias, *indicando que se reconoce su punto de vista original y su condición de persona única e individual*, además llamarlo por su nombre y no utilizar calificativos habituales en su vida privada como son *abuelita, mamita, gordito, mi amor, mi vida*", los cuales se consideran fuera de lugar, pues en algunos casos pueden desorientar y afectar su autoestima. Cuando se identifica a la persona por su nombre se le hace sentir valorado y más seguro.

Autonomía

La **autonomía** del ser humano es una potestad indisoluble de la individualidad, su ejercicio moralmente relevante siempre ocurre en medios sociales donde converge la **autonomía** de varias personas, cada una de las cuales merece ser respetada. En el encuentro clínico no se trata de aislar y destacar la **autonomía** del paciente, sino de considerar la interacción y la armonización de la autonomía del paciente, de sus allegados cercanos. Al respecto, Kozier. B, (1999) afirma... "*la autonomía se refiere a la obligación que tienen las enfermeras/os de preservar la confiabilidad de los pacientes, al respetar su privacidad*". (Pág.229).

En este sentido vale destacar que los pacientes han de tener confianza en que la enfermeras/os no revelarán detalles de su situación de salud como personal; sino que transmitirán la información necesaria para proporcionar los cuidados a aplicar. Se traduce como la libertad para tomar aquellas decisiones que afecten el cuerpo de

cada uno son la coerción o la interferencia de los demás. Es a la vez, la libertad de elección o autodeterminación que se experimenta el paciente en todas las etapas del proceso de su enfermedad. Reconoce a la persona en su capacidad de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo esa dirección.

Bajo este punto de vista, cabe destacar, que *el paciente es quien decide* y el profesional es quien mejor sabe para aconsejar; **autonomía**, es decir no aceptar presiones interesadas en la toma de decisiones que nada tengan que ver con la mejor protección del paciente, respondiendo así a no usar los conocimientos contra las leyes de la humanidad ni aún bajo amenazas.

Dignidad Humana

Dentro de cualquier sistema de cuidados de salud «La necesidad básica de un paciente enfermo es *la necesidad de unos cuidados personalizados*». Nadie pone en duda que tales cuidados corresponden principalmente al rol de la enfermera y nadie mantendría que este rol es algo nuevo. La enfermería ha evolucionado como respuesta a una necesidad, la necesidad del cuidado de los enfermos.

Según J. Vidal-Bota, afirma... la dignidad humana Es un valor singular que es la dignidad humana se nos presenta como una llamada al respeto incondicionado y absoluto. El respeto por la independencia del individuo, que se sustenta, esencialmente, en el respeto de la capacidad que tienen las personas para su autodeterminación en relación con las determinadas opciones individuales de que disponen.
<http://www.aceb.org/>

De igual forma, respecto a la **dignidad humana**, según **Aquino Polaina**, citado por **Pastor García L** (1997)... “es algo que está patente y que traduce el derecho que todo ser humano tiene derecho a que se le reconozca como un ser que es un fin en sí mismo y no como un simple medio al servicio de los fines de otro”.

(Pág.23). En su sentido, la **dignidad humana** de todo hombre, que le hace merecedor del respeto y la atención de los demás. En sentido adquiere un hombre con *una atención de enfermería adecuada a su naturaleza racional*, la enfermera/o en todo momento *debe suministrar veracidad en la información dada al paciente.*

Asimismo Pastor García L. (1997) confidencialidad, es decir el resguardo del secreto profesional, como también el consentimiento del mismo previamente bien informado, de parte del paciente o sus responsables de los riesgos y beneficios de las propuestas de estudios complementarios y de las terapéuticas a seguir y la práctica de los cuidados de enfermería. Respecto al secreto profesional citando El Diccionario de la Lengua Española, refiere... “es lo que cuidadosamente se tiene reservado; es decir aquello que debe mantenerse oculto a los demás. (Pág.108)

Bajo este orden de ideas, el secreto profesional en enfermería surge con la evolución de de las normas en la relación enfermera-paciente a lo largo de la historia, siendo indispensable para una buena práctica de enfermería. La primera actitud que sugiere la consideración de la **dignidad** de todo ser humano es la de **respeto** y rechazo de toda manipulación como si se tratara de una "cosa", como un medio para lograr nuestros fines personales. *En otras palabras: los pacientes no deben ser utilizados y tratados como objetos. Las cosas pueden manipularse y usarse, pero la capacidad de elegir propia de un ser humano debe ser respetada.*

Comportarse en todo momento con la honestidad de un auténtico profesional, tomando todas tus decisiones con el respeto que te debes a ti mismo, de tal modo que te hagas así merecedor de vivir con plenitud tu profesión. Ser profesional no es únicamente ejercer una profesión sino que implica realizarlo con profesionalidad, es decir: con conocimiento profundo, con absoluta lealtad a las normas y buscando el servicio a las personas y a la sociedad por encima de los intereses personales.

Consentimiento Informado

En cuanto al **consentimiento informado**, Pastor García. L (1997)... afirma “que se refiere a la responsabilidad de la enfermera/o es explicar al paciente la atención de enfermería que va a recibir, incluyendo información de dicha actuación y del modo que esta se va a realizar”. (Pág. 107). De igual forma comenta que otros bioeticistas, por el contrario, sostienen que la responsabilidad de la enfermera/o en el consentimiento informado es la participación conjunta de médicos y enfermeras/os en todo el proceso del **consentimiento informado**.

También, Jeanette Blom, publicación el nuevo correo de la **UNESCO** refiere. En muchas de las legislaciones que en materia médica existen, y teniendo como referentes países como México, Argentina, Brasil, **Venezuela** y *del viejo continente* España y Francia, debo expresar que en términos comparativos estas legislaciones, tiene como elemento común que el acto de obtener el **consentimiento informado** *no se reduce meramente a la firma de una hoja en la cual se consignan los múltiples riesgos del actuar médico, sino que su contenido normativo de procedimientos trasciende ese exclusivo acto de protocolización.* <http://portal.unesco.org/es/ev.php>

Según lo antes expuesto por la **UNESCO**, se consideró relevante mencionar la recién sancionada **Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería** en **Venezuela**, de acuerdo con lo establecido en:

Artículo 2. *A los efectos de esta Ley, se entiende por ejercicio de la enfermería, cualquier actividad que propenda a:*

1. El cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, tomando en cuenta la promoción de la salud y calidad de vida, la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre, debiendo mantener al máximo, el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano.

2. La práctica de sus funciones en el cuidado del individuo, donde ésta se sustenta en una relación de interacción humana y social entre el o la profesional de la enfermería y el o la paciente, la familia y la comunidad. La esencia del cuidado de enfermería está en cuidar, rehabilitar, promover la salud, prevenir y contribuir a una vida digna de la persona.

De igual forma la ***Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería*** establece en el Artículo 13.

Sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones legales vigentes, los o las profesionales de la enfermería están obligados a:

- 1. **Respetar** en toda circunstancia la vida y a la **persona humana**, como el deber principal del enfermero o enfermera.*
- 2. Asistir a los usuarios y usuarias, atendiendo sólo a las exigencias de su salud, sin discriminación en la raza, el sexo, el credo, la condición social o política.*
- 3. Actuar en forma acorde con las circunstancias y los conocimientos científicos que posean los enfermos o las enfermas en estados de inconsciencia y de urgencia de la salud que pueden constituir evidente peligro para la vida de éstos.*
- 4. Prestar su colaboración a las autoridades en caso de epidemias desastres y otras emergencias.*
- 5. Proteger al o la paciente, mientras esté a su cuidado, de tratos humillantes o cualquier otro tipo de ofensas a su **dignidad como ser humano**.*
- 6. Ejercer su profesión con responsabilidad y eficacia cualquiera que sea su ámbito de acción.*

Por consiguiente, en observancia de la ***Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería***, cuando la enfermera/o tiene la capacidad de comprender la situación del paciente desde el marco de referencia de éste, podrá facilitar cuidados significativos, manifestando **comprensión empática** hacia el paciente con actitud de ponerse en el lugar de él, de ver el mundo desde el punto de vista del paciente, sin criticarlo, juzgarlo, ni etiquetarlo.

COMPRENSIÓN EMPÁTICA

En cuanto a la comprensión empática, se considera significativo que Carl Rogers fue el primer autor que enfatizó la misma junto a la congruencia y aceptación incondicional como requisitos imprescindibles para poder establecer el clima psicológico adecuado en una relación terapéutica. Este autor entendió por comprensión empática:

"La captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que estos tienen para él y, una vez captados, comunicárselos". Cabe puntualizar que en los trabajos consultados no se describen técnicas terapéuticas complejas, puesto que se refieren, en todo momento, a actitudes profesionales. Consecuentemente, señala Rogers, miles de interacciones, sin encontrar un solo ejemplo de comunicación clara, sensible y empática. Pero cuando esto ocurre, tiene un efecto de total liberación... Documento disponible en <http://cuib.laborales.unam.mx>

En la actualidad la **empatía** es descrita como una cualidad indispensable para lograr una ajustada comunicación con el paciente aunque también se ha investigado cómo identifica este la empatía de la enfermera/o. Se considera empático al profesional que posee un elevado rendimiento y expresividad verbal, así como la capacidad para entender y permanecer concentrado ante los mensajes del paciente. Al respecto Moreno Rodríguez MA (1999) señala.

Conviene señalar que la empatía debe ser demostrada también con lenguaje no verbal: por muy atentamente que se escuche al paciente, si no se utilizan gestos corporales de apoyo (asentir, emitir sonidos guturales como mm-hh, etc.), el afectado se siente incomprendido. Se realiza un interrogatorio dirigido sobre preguntas directas, mientras que el interrogado suele limitarse a responder sí o no; de ahí que la entrevista posea un bajo contenido terapéutico, la información para el diagnóstico sea incompleta, dejen de abordarse problemas activos y al final se cometan errores de diversa índole. (Pág.7)

Los enfermos evalúan las habilidades interpersonales de quienes les asisten, desean explicaciones claras sobre sus males, esperan encontrar paciencia, cortesía y privacidad por parte del personal de salud y confían en recibir ayuda médica, psicológica y social. Se ha dicho que solo los profesionales que han enfermado, pueden entender a quien esté enfermo. En cualquier caso, parece haber quedado demostrado que la base fundamental para el desarrollo de la empatía es la experiencia humana, ya sea propia o de otros. La empatía requiere vivir, conocer y amar su profesión.

La **empatía**, o cuando menos sus elementos concomitantes conductuales, aparecen muy tempranamente en el desarrollo del ser humano. Los patrones de movimientos faciales complejos se hallan presentes desde cortas edades y se evidencian, de forma específica, en ambientes sociales. Y es elaborada por la interacción entre la madurez cognitiva y las experiencias subjetivas en el entorno social. Subsiguientemente según los componentes del indicador a medir, se desarrollan las actitudes asumidas por la enfermera/o en la relación asistencial respecto a la **comprensión empática**. Al respecto, Reyes G. (1988) afirma que la comprensión empática.

Es el grado en el cual una persona intenta por conocer lo que vivencia en este momento el paciente, esfuerzo por captar su comunicación y el significado de ésta, y por traducir sus palabras y señales en significados experienciales que coincidan con aquellos aspectos que le son más importantes en este momento, y crear un clima de confianza escuchando en forma activa los mensajes del paciente y demostrándole solidaridad en todo momento. (Pág. 72)

De modo que Kozier, B, (1999) manifiesta... la enfermera/o tiene que comunicarse (responder) de forma que indique que ha escuchado lo que le ha dicho y que comprende lo que siente el paciente. (Pág. 383). Así el sufrimiento del paciente se convierte en una experiencia compartida, tanto a nivel cognoscitivo como

emocional, cuyo resultado es consolar y atender al paciente y emprender una relación útil y sana utilizando la actitud escuchar activo en el sentido que la atención y la concentración que despliega la enfermera/o en escuchar reflejada en acciones no-verbales, como asentir con la cabeza, mirar a los ojos, etc. Cuando realmente se escucha y se atiende, los sentidos, la mente y el cuerpo se ponen al servicio de la comunicación.

Escucha Activa

Una de las actitudes más útiles que tienen las personas para ayudar al paciente, escuchar no solo consiste en captar y comprender las palabras que se dicen, si no prestar atención a los sentimientos, por lo tanto, es un comportamiento activo. Para Didier, M. (1975)

*Es el acto de **escuchar con atención y concentración al participante**, capacita para sintetizar lo que él ha dicho y así esta persona se siente bien interpretada lo que crea un clima de cordialidad, tratando de comprender los puntos de vista del otro y evitando distorsionar los mensajes. (Pág.129)*

También refiere que en el ámbito de la salud es fundamental seguir el ritmo de las necesidades del paciente, *escuchar sus mensajes a través del lenguaje verbal y no verbal* (sus silencios, sus gestos, su mirada), ya que nos dan pistas de determinados estados emocionales por tanto... “la escucha activa *implica no interrumpir, mirar a los ojos*, tener actitud y postura de disponibilidad, sin sensación de tener prisa, sentarse a su lado, dar señales de que se está escuchando, no juzgar no hacer gestos de valoración.” (Pág. 132)

En este sentido, durante el proceso de atención de enfermería se puede observar la **relación asistencial**, por tanto los cuidados que se proporcionen a los pacientes quirúrgicos se debe realizar con amabilidad, hablarle con calidez, que

demuestre atención. En este aspecto, la técnica de escuchar con atención indican Kozier B.; Blais, K.; Erb. G. y Wilkinson, J (1999)”Afirmar...

Escuchar activamente se trata de la técnica mas importante en enfermería, pues, implica prestar atención a la totalidad de del mensaje del paciente; tanto verbal como no verbal, asimismo refieren que significa absorber el contenido y el sentimiento que transmite la persona, utilizando todos los sentidos, a diferencia de escuchar sólo con el oído (Pág. 396)

Para la enfermera, la escucha activa comprende la disposición intencionada de escuchar atentamente lo que expresa el paciente, mostrando una disposición de ayudar y reflejando cordialidad y estima hacia lo que manifiesta con la finalidad de contribuir con el restablecimiento de su salud; demostrando empatía hacia el paciente quirúrgico.

Empatía.

Se entiende por **empatía** la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La **empatía** pues consta de dos momentos, uno en el que la enfermera/o es capaz de interiorizar la situación emocional del paciente, y otro en el que le da a entender. En consecuencia Rogers. C (1957)

*Define a la **empatía** como "el estado que consiste en darse cuenta con precisión del cuadro de referencias interno de otra persona, juntamente con los componentes emocionales y los significados a ella pertenecientes, como si fuésemos la otra persona, sin perder la noción de que es como si estuviésemos tristes o alegres".psicoterapia centrada en el paciente (Pág.49).*

En el sentido de que la empatía es un elemento esencial que simplifica el humanismo, Cohen, J. (1994, Pág. 82)... la define como situarse en el lugar de la otra persona, comprender lo que siente en este momento percibir lo que siente el paciente. Asimismo, como un sentimiento de identificación con el paciente, acerca de sus temores, problemas, deseos e impulsos. Para Watson. J, (2001)

la empatía es la capacidad para la experiencia y, por lo tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona y para comunicar aquellas comprensiones.... igualmente resalta que la cortesía se manifiesta con un volumen moderado del habla; una postura relajada, abierta; y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones. (Pág.23)

De igual forma, Bohart, A y Greenberg, L. (1997), sostienen que la **empatía** es una destreza básica de la comunicación interpersonal que permite un entendimiento sólido entre dos personas es fundamental para comprender en profundidad el mensaje del paciente. (Pág. 115). En este sentido, es oportuno mencionar que la empatía puede cambiar la disposición del paciente, sea esta de molestia, desconfianza, oposición o simplemente tensión, *la respuesta empática tranquiliza al paciente*, porque éste se da cuenta que no tiene que hacer esfuerzo para darse a entender.

Al respecto Clark, K.B. (1980). Desde su punto de vista la empatía... se puede *demostrar física y psicológicamente a prestar atención a los mensajes mantener alerta a sus gestos corporales como tensión, resistencia y aceptación* manteniendo la cordialidad sin evadir los temas importantes que surgen durante la conversación. (Pág. 189.) ... así se expresa por medio del propio estilo *verbal y afectivo* que se ha entendido su mensaje y como llega... prestando atención a su respuesta, considerando sus señas corporales que confirman o niegan la exactitud de entendimiento del mensaje, cuidar de no evaluarlo en todo momento (Pág.190).

Cabe acotar, que la empatía descrita por Bermejo, C. (1996) como la actitud fundamental para que un encuentro sea eficaz. A la vez, afirma "... las actitudes y no

los conocimientos técnicos o las habilidades del terapeuta, son los principales factores determinantes del cambio”. (Pág.31). La empatía puede cambiar la disposición del interlocutor, sea esta de molestia, desconfianza, oposición o simplemente tensión. En ocasiones se realizan grandes esfuerzos para comunicarse y esto produce una gran tensión. La respuesta empática tranquiliza al participante, porque éste se da cuenta que no tiene que hacer esfuerzo para darse a entender.

La importancia que reviste la empatía en la comunicación, es dada ya que a través de ella se transmite la comprensión, elemento necesario para acercarse al paciente, *al captar o identificar sentimientos y el estado emocional al establecer el vínculo desde su punto de vista*. Por consiguiente, cada enfermera/o tiene un modo característico de responder y tener mucho cuidado de no dar la sensación de falta de sinceridad.

Es un *percibir lo que experimenta el otro "detrás"* de lo que comunica explícitamente, pero teniendo presente que este vivenciar se origina y procede del otro. Cuando sea necesario detectar el "aquí y ahora", esto supone un clima de confianza y apoyo, siendo solidaria/o con el paciente.

Solidaridad.

En este sentido, Leininger M. (1978) considera que las ocasiones para mostrar solidaridad suponen acciones y elecciones de la enfermera y el paciente, los límites de la franqueza se expanden al igual que las capacidades humanas. En este sentido, Carl Rogers, (1957) psicoterapeuta norteamericano es por excelencia el propulsor teórico-práctico del concepto empatía señala:

Las emociones de la gente rara vez se expresan abiertamente; son señales delicadas que hay que traducir. La clave para intuir los sentimientos del otro está en la habilidad para interpretar los canales no verbales: el tono de voz, los ademanes, la expresión facial y cosas por el estilo. Los psicólogos estudiosos de la empatía y su evolución en el

desarrollo de las personas señalan que existen dos componentes para la empatía. (Pág. 58)

Leininger. M, (1978)... “afirma que la **solidaridad** sostiene actos de asistencia de apoyo y de facilitación dirigida hacia otro individuo o grupos con necesidades que son evidentes o previsibles.” (Pág.37). De igual forma afirma, que la solidaridad y el amor sirven para mejorar las condiciones humanas, que las actividades de capacitación de los individuos están basados en unas formas de asistencia establecidas.

Por lo tanto, el paciente requiere establecer una precisa relación con alguien a quien confiar sus dificultades, preocupaciones, dolencias y sus crisis de desaliento. Por tanto, una relación de asistencia cuyo principal objetivo es el enfermo, es una relación de ayuda, pues, *el enfermo es una persona no un objeto de manipulación diagnóstica y terapéutica...* determinación firme y perseverante de empeñarse por el bien común; es decir, por el bien de todos y cada uno, ya que todos somos verdaderamente responsables de todos.

*La **solidaridad** es uno de los principios básicos de la concepción cristiana de la organización social y constituye el fin y el motivo primario del valor de la organización social. Su importancia es radical para el buen desarrollo de una doctrina social sana, y es de singular interés para el estudio del hombre en sociedad, de personalidad y bien común, la solidaridad es uno de los principios de la filosofía social.*

Juan Pablo II lo expresó claramente. El ejercicio de la **solidaridad** dentro de cada sociedad es válido sólo cuando sus miembros se reconocen unos a otros como personas. Aquí el término persona aparece para llamar la atención hacia un aspecto que es esencial dentro de un estudio bien encausado de la **solidaridad**.

Al respecto, Leininger. M (1978)... “describe que la **solidaridad** sustenta los actos de asistencia, apoyo y de facilitación dirigida hacia otro individuo o grupos con necesidades evidentes” (Pág.37). De igual forma, afirma que *la **solidaridad** y el amor* sirven

para mejorar las condiciones humanas, que las actividades de capacitación de los individuos están basados en asistencia, que la seguridad es esencial para los seres humanos. Por lo tanto, el paciente requiere establecer una precisa relación con alguien a quien confiar sus dificultades, preocupaciones, dolencias y sus crisis de desaliento.

En estos casos es importante que enfermería *proporcione espontáneamente una relación de asistencia que resulta de una serie de interacciones entre la enfermera y paciente* al que se le practica cuidados durante un determinado periodo de tiempo, en el que *la enfermera centra su actuación en las necesidades*. Ese momento, es el más apropiado para que enfermería empiece a formar la relación de asistencia.

SISTEMA DE VARIABLES.

Variable. Relación Asistencial

Definición Conceptual.

Según **Watson. J, (2003)** Es una relación que se establece en comprender al paciente, sus creencias, valores y entender sus comportamientos, sus reacciones emocionales su mundo mental, en relación al problema de salud que está viviendo. **(Pág. 14).**

Definición Operacional. Se refiere a la relación interpersonal que establece la enfermera/o con los pacientes quirúrgicos fundamentada/o en elementos de la relación interpersonal como la aceptación, el respeto y la comprensión empática; con la finalidad de apoyarles en las dificultades que experimentan.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE ÚNICA: Relación Asistencial Se refiere a la relación interpersonal que establece la enfermera/o con los pacientes quirúrgicos.

DIMENSIÓN	INDICADORES	SUBINDICADORES	ÍTEMS		
<p>* Relación Interpersonal</p> <p>Referido a la interacción que establece la enfermera/o con los pacientes quirúrgicos, basada en los elementos <i>aceptación, respeto y comprensión empática</i>, con la finalidad de apoyarles en la dificultad de salud que experimentan.</p>	<p>* Aceptación</p> <p>Se trata de que la enfermera/o reconoce al paciente como ser humano con necesidades y características propias mostrando <i>interés, autenticidad y aprecio</i></p>	Interés	1, 2		
		Autenticidad	3, 4		
		Aprecio	5, 6		
	<p>* Respeto</p> <p>Se refiere al reconocimiento que ofrece la enfermera/o al paciente, considerando la <i>autonomía, dignidad humana y consentimiento informado</i>.</p> <p>* Comprensión Empática. Percepción de la enfermera/o para captar por diferentes canales los mensajes del paciente quirúrgico manifestando <i>escucha activa, empatía y Solidaridad</i>.</p>	<p>* Respeto</p> <p>Se refiere al reconocimiento que ofrece la enfermera/o al paciente, considerando la <i>autonomía, dignidad humana y consentimiento informado</i>.</p>	Autonomía	7, 8	
			Dignidad Humana	9, 10	
			Consentimiento Informado	11, 12	
		<p>* Comprensión Empática. Percepción de la enfermera/o para captar por diferentes canales los mensajes del paciente quirúrgico manifestando <i>escucha activa, empatía y Solidaridad</i>.</p>	<p>* Comprensión Empática. Percepción de la enfermera/o para captar por diferentes canales los mensajes del paciente quirúrgico manifestando <i>escucha activa, empatía y Solidaridad</i>.</p>	Escucha activa	13, 14
				Empatía	15, 16
				Solidaridad	17, 18

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. Es el cuidado total del paciente satisfaciendo sus necesidades humanas.

CONFIANZA. Es el aspecto de la relación de interés y ayuda que implica ser sincero, autentico y honesto.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA. Son las actividades que realiza enfermería para satisfacer las necesidades del paciente.

DESIGUALDAD SOCIAL. Son las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas.

ESPERANZA. Es la expectativa o confianza de que se cumplirá un deseo para que sobreviva a al enfermedad.

ESTADO ANÍMICO. Es la forma como se condiciona las relaciones el cansancio, preocupaciones, ansiedades, miedos.

ESTIGMATIZACIÓN SOCIAL. Estado de indiferencia, discriminación y abandono con que asume la sociedad

EXCLUSIÓN SOCIAL. Es la falta de integración en la vida familiar y en la comunidad de pertenencia.

PERCEPCIÓN. Es la imagen que uno se hace del mundo es un elemento esencial en la comunicación.

SIMPATÍA. Es una comunicación inconsciente que utiliza el lenguaje del cuerpo es básica de la interacción social.

SOLIDARIDAD. Es un proceso humano, es el ideal moral de enfermería que solo puede demostrarse de forma interpersonal.

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

Este capítulo está referido al contexto operativo de la investigación a través del cual se fijan los lineamientos que se llevaron a cabo los procedimientos a seguir para recabar la información necesaria para dar respuesta a las interrogantes. Consiguientemente, se desarrolla el diseño, tipo de estudio, población y muestra, las técnicas de recolección de datos, validación y confiabilidad, así como las técnicas de análisis.

El diseño metodológico lo define Canales, F., Alvarado, E. y Pineda, E. (2000) “...cómo se llevará a cabo el estudio” (Pág. 133), representa fijar la estrategia de acción a seguir, en este orden de ideas, en función a los objetivos que se persiguen corresponde a un diseño de Campo conceptualizado por Arias F. (1998) como “... la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna” (Pág.48). Lo que se justifica que durante la investigación la fuente de información principal se constituyó por los pacientes quirúrgicos asistidos en el Convenio de Salud Cuba-Venezuela, obteniéndola tal como se presentó sin introducir ninguna modificación.

Tipo de Estudio

Al respecto, el tipo de estudio según el tiempo y ocurrencia de los hechos y su registro es de naturaleza prospectiva, ya que está delimitada al tiempo presente en cuanto a la problemática estudiada, **como es la relación asistencial establecida por la enfermera con los pacientes quirúrgicos del Convenio de Salud Cuba-Venezuela**, lo que corresponde a la definición de Canales, F., Alvarado, E. y Pineda, E. (2000) para este criterio, quienes señalan que se indagan hechos de acuerdo van ocurriendo (Pág. 135).

Según el análisis y alcance de los resultados es exploratorio, descriptivo, ya que se explica la problemática partiendo de sus características y como se presentaron. Por tanto se desarrolló completamente en el Convenio de Salud Cuba-Venezuela, de la Presidencia de la República Bolivariana de Venezuela.

Población

La población en estudio, explica Arias, F. (1998) como "... el conjunto de individuos para el cual serán válidas las conclusiones de la investigación" (Pág. 46), en la presente investigación la misma está conformada, por treinta (24) pacientes quirúrgicos asistidos en el Convenio de Salud Cuba-Venezuela.

Muestra

La muestra motivo del estudio de investigación se constituyó por veinticuatro (24) pacientes, observados, entrevistados diariamente quienes viajaron al exterior, pues, padecen diversas patologías quirúrgicas, los mismos fueron estudiados durante los meses de enero, febrero y marzo de 2005.

Métodos e instrumentos de recolección de datos

Los métodos para la recolección de datos se utilizan distintas formas para obtener la información, con uso de técnicas como la observación directa, la encuesta oral, como técnica escrita se utiliza el cuestionario estructurado y la entrevista diaria en el sitio de los acontecimientos, también se utilizó cámara fotográfica. Por consiguiente, en función del tamaño de la muestra se utilizó un instrumento, la encuesta tipo cuestionario no estructurado, que proporciona un nivel de exactitud de información necesaria para el estudio de la variable considerada en esta investigación.

Con la finalidad de poder aplicar el instrumento se seleccionó a veinticuatro (24) pacientes quirúrgicos que regresaron de Cuba, posterior al tratamiento. En cuanto a los instrumentos se utiliza materiales para recoger y almacenar la información, formatos de cuestionarios, opiniones y cámara fotográfica.

Las técnicas de recolección de datos constituyen la disposición para obtener la información y dar respuesta a las interrogantes de estudio, en este aspecto, por tratarse de un diseño de campo intensivo, concentrado en casos particulares.

Asimismo se consideró la encuesta acerca de un grupo de pacientes, relativa a la opinión de éstos sobre la **relación asistencial** establecida por la enfermera. Se estructuró en dieciocho (18) ítems con alternativas dicotómicas, formuladas en una escala de estimación (**Si - No**). Dicha encuesta se desarrolló de forma directa al regreso los pacientes postoperados de la República de Cuba, con la finalidad de precisar la espontaneidad.

Procedimiento para la recolección de información

El procedimiento para la recolección de la información se realiza mediante una comunicación enviada al Director de Bienestar Social en la Presidencia de la República, para la realización de la investigación. Además, información al Coordinador y al personal que labora en el Convenio de Salud Cuba-Venezuela, sobre el objeto de la investigación y solicitar su colaboración en el mismo.

La recolección de la información se realizó mediante la observación directa, el diseño de un instrumento encuesta tipo cuestionario no estructurado, con preguntas cerradas dicotómicas, entregado a cada uno de los pacientes, cuyo cuestionario consta de dos partes, una de las partes se orienta a medir la variable **relación asistencial** en su dimensión **relación interpersonal**. El cuestionario contiene dieciocho (18)

interrogantes dicotómicas para responder con una alternativa, considerada acertada por el entrevistado.

Procedimiento para la validación y confiabilidad

En relación a la validez y confiabilidad Canales. F (1989)... *“expresa que es la capacidad del instrumento para arrojar datos y mediciones que correspondan a la realidad que se desea conocer”, y la validez... “el grado que un instrumento logra medir lo que se pretende”* (Pág. 171).

Este procedimiento permite ratificar la capacidad de los instrumentos para medir la variable en estudio, por tanto se requirió, en primer lugar la opinión de expertos en enfermería quirúrgica, docencia y metodología, quienes por su juicio establecen la validez de los mismos. Para efectos de la confiabilidad se realizó una prueba piloto, donde se aplicó una encuesta tipo cuestionario con opciones dicotómicas a pacientes que recibieron tratamiento por primera vez, que tienen las mismas características de la población en estudio. En consecuencia, **se realizó la confiabilidad a través del coeficiente Kr20** obteniéndose un índice **de 0,74**, lo que indica que el instrumento es confiable.

Técnicas de Análisis de Datos

En lo que respecta al análisis de resultados, se consideró la representación en tablas de frecuencias en las cuales se registran las mediciones de la variable, que en este caso son los ítems, los pacientes quirúrgicos que conforman la muestra, todos representados en cuadros y gráficos de barra de los resultados, que permite utilizar la estadística descriptiva para su interpretación mediante distribución absoluta y porcentual.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

En este capítulo se presenta el análisis de los resultados obtenidos a través de la aplicación del instrumento de recolección de datos conformado por un cuestionario no estructurado, dicotómico, dirigido a los pacientes quirúrgicos cuyo tratamiento se realizó en la ciudad de La Habana en Cuba durante el primer trimestre de 2005, los que se abordaron a su regreso a Venezuela Palacio de Miraflores, Despacho del Presidente para la aplicación del instrumento antes mencionado.

Para tal fin se utilizó la estadística descriptiva, de corte cualitativo, cuyo análisis de los datos e información obtenida del contenido de la técnica de triangulación de los datos recaudados mediante la información registrada en los diarios de campo, analizadas a fin de convertirlas en información relevante para la investigación.

Cabe resaltar que el análisis presupone la utilización de criterios preestablecidos que permitieron abordar los elementos obtenidos como son las **entrevista tipo cuestionario** que dio origen a las tablas que evidencian la **frecuencia absoluta y porcentual** de las respuestas emitidas por los pacientes quirúrgicos, posteriormente se presentan en gráficos con su respectivo análisis cualitativo.

Subsiguientemente, se consideró conveniente señalar que en este estudio las tablas estadísticas facilitaron el análisis cualitativo para determinar la variable **Relación Asistencial**, de igual forma los gráficos de barra simple, denominados gráficos de barra permitieron representar los fenómenos estudiados a través del diseño de figuras precisadas.

Para destacar los totales concernientes a los **subindicadores** investigados, señalados para medir el *interés, autenticidad y aprecio* pertenecientes al **indicador aceptación**, asimismo los **subindicadores** *autonomía, dignidad humana y consentimiento informado*, concernientes al indicador **respeto** y por último *escucha activa, empatía y solidaridad* referentes al **indicador comprensión empática**, con el análisis de los resultados de los **subindicadores** *escucha activa, empatía y solidaridad*.

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA RELACIÓN
INTERPERSONAL RESPECTO AL INDICADOR “ACEPTACIÓN” SEGÚN
EL SUBINDICADOR INTERÉS

OPCIONES ÍTEMS	SI		NO		TOTAL	
	Fi	%	fi	%	fi	%
1	22	92	2	8	24	100
2	19	79	5	21	24	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

Análisis.

Referente con los resultados presentados en la tabla se refleja el predominio de la relación asistencial de la enfermera/o dirigida a los pacientes quirúrgicos en su dimensión **relación interpersonal** con las opiniones expresadas por los pacientes de acuerdo con el indicador **aceptación**, según el subindicador **interés**, en el cual se determinó que un porcentaje de **92 %** de una población de veinticuatro (**24**) **pacientes, veinte (22)** de ellos/as, consideran como opinión personal que el **interés mostrado por las enfermeras/os** son utilizados por estos profesionales de la salud en la **relación asistencial** a través de las respuestas afirmativas emitidas. Del mismo modo se determinó que un **8%**, basada en el resto de la población antes mencionada estimada en **cuatro (02) pacientes** consideran deficiente por la negatividad expresada.

De conformidad con los resultados del cuadro analizado se puede deducir que la enfermera/o al establecer una **relación asistencial** con los pacientes quirúrgicos demuestra **interés** por el estado de salud del paciente preguntándole como se sintió a través de la **relación interpersonal**, es este aspecto estricta observancia la **aceptación** demostrada hacia los pacientes por parte del personal profesional de enfermeras/os.

En cuanto a una población conformada por veinticuatro (24) **pacientes**, respecto a la interrogante relacionada con **el estímulo proporcionado por las enfermeras/os para exteriorizar los sentimientos y reflexiones**, se puede señalar que diecinueve (19) **pacientes** que reflejan el **79%** respondieron afirmativamente respecto a la interrogante relativa al indicador aceptación y el subindicador interés.

Asimismo, cabe mencionar que de la población citada, **cinco** (05) **pacientes respondieron en forma negativa en cuanto al estímulo proporcionado por las enfermeras/os en consideración a la observancia de la aceptación según el elemento interés hacia el paciente quirúrgico**. En consecuencia la **aceptación** es un importante elemento de las actividades de enfermería, al establecer la relación con el paciente, así como una relación interpersonal debe realizar expresiones que transmitan interés, asumir posturas que sugieran decisión de ayuda cuando el paciente manifieste sus inquietudes y necesidades.

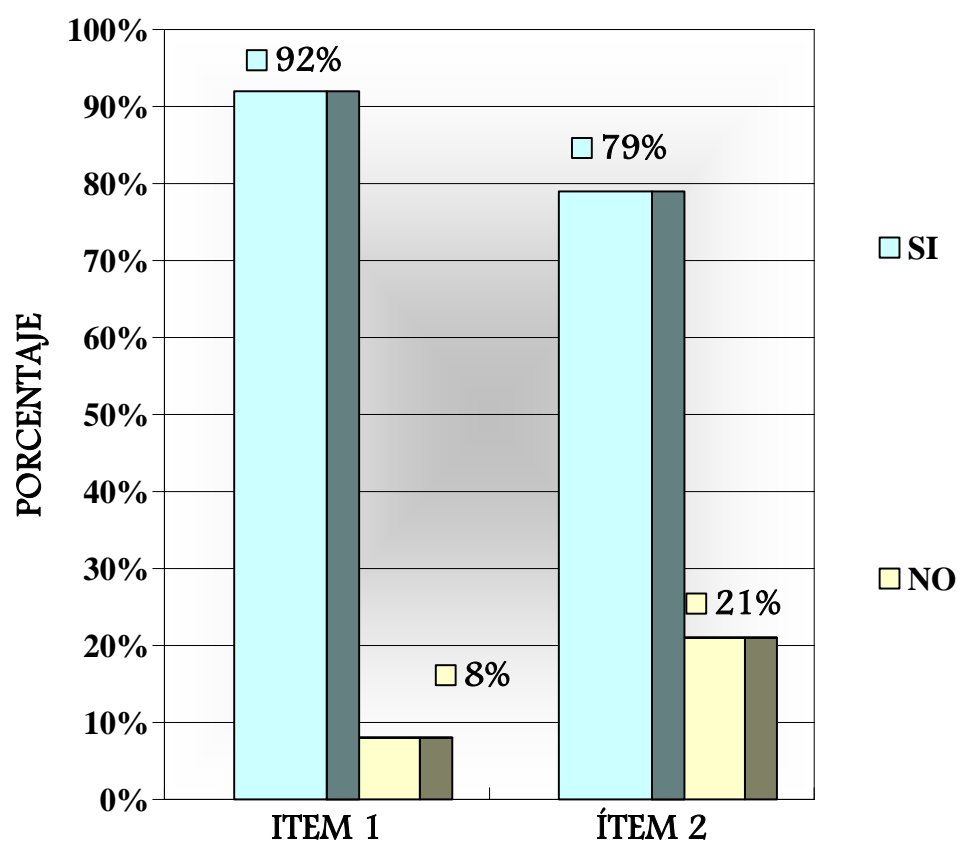
Es un importante elemento de las actividades de enfermería, al establecer la **relación asistencial** con el paciente, así como una relación interpersonal debe realizar expresiones que transmitan interés, asumir posturas que sugieran decisión de ayuda cuando el paciente manifieste sus inquietudes y necesidades.

En este sentido, Kozier. B (1999) refiere que *la base de los cuidados de enfermería mediante un proceso de ayuda a otra persona, cuyo bienestar es el centro de la relación*, referida como un importante elemento de las actividades de

enfermería, **al establecer la interacción con el paciente**, así como una **relación interpersonal** debe realizar expresiones que transmitan disposición, asumir posturas que sugieran decisión de ayuda cuando el paciente manifieste sus inquietudes y necesidades.

Del mismo modo Watson destaca la premoción y **aceptación** de la expresión de los sentimientos positivos y negativos, el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente, la enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos, debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

GRÁFICO N° 1.
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE
LA RELACIÓN INTERPERSONAL, INDICADOR
ACEPTACIÓN SEGÚN SUBINDICADOR INTERÉS



Fuente: Tabla N° 1.

TABLA N° 2
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA RELACIÓN
INTERPERSONAL RESPECTO AL INDICADOR “ACEPTACIÓN” Y EL
SUBINDICADOR AUTENTICIDAD

OPCIONES ÍTEMS	SI		NO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
3	22	92	2	8	24	100
4	19	79	5	21	24	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

Análisis.

De acuerdo con los resultados presentados en la tabla N° 2 se observa que la **Relación Asistencial** dirigida a los pacientes quirúrgicos, de acuerdo con el indicador **aceptación**, en su indicador autenticidad. Referente con los resultados presentados en la tabla se refleja el predominio de la **relación asistencial de la enfermera/o dirigida a los pacientes quirúrgicos** en su dimensión **relación interpersonal** con las opiniones expresadas por los pacientes de acuerdo con el indicador **aceptación**, según el subindicador **autenticidad**, acorde con la pregunta **comportamiento natural de la enfermera/o al facilitar información ajustada a la realidad**, en el cual se determinó un porcentaje de **92 %** de una población de veinticuatro(**24**) **pacientes, diecinueve (22)** de ellos/as, consideran como reseña personal que la **autenticidad** utilizada por estos profesionales de la salud a través de las respuestas afirmativas emitidas sobre la **relación asistencial** con el paciente quirúrgico.

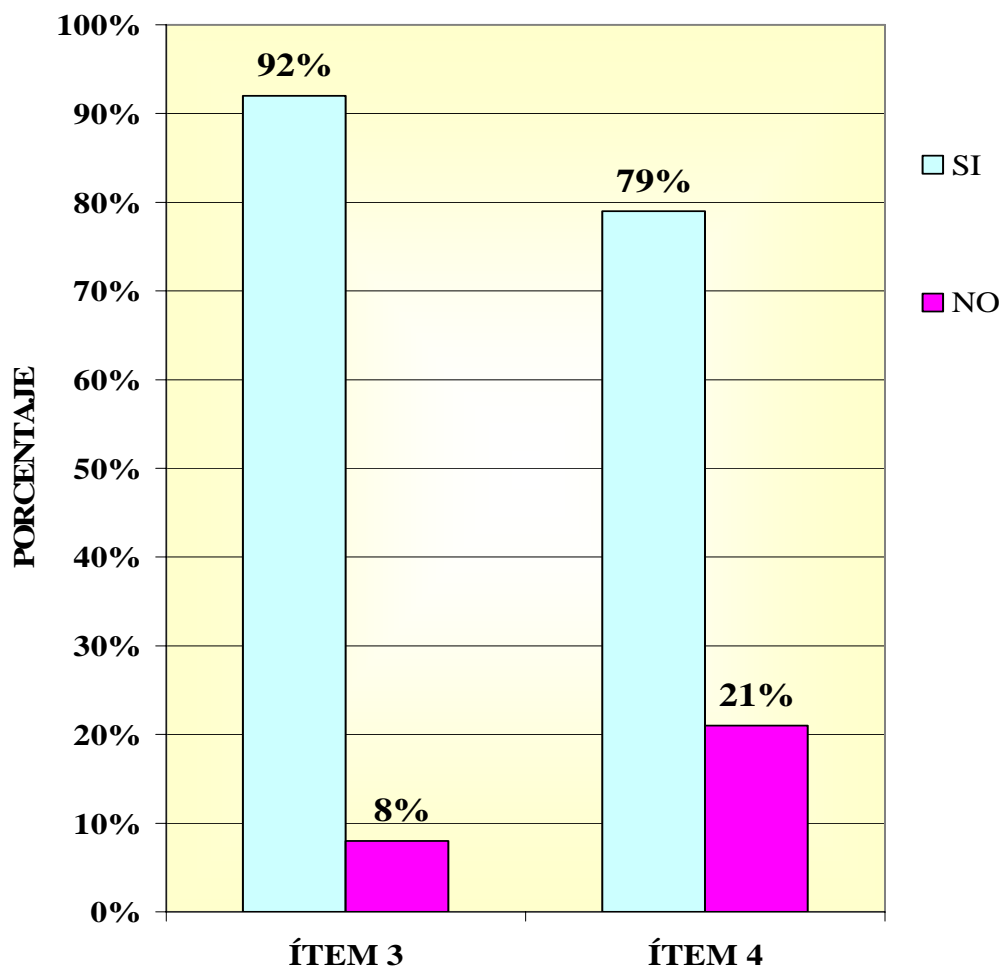
Igualmente se determinó que un **8%** basada el complemento de la población antes mencionada determinada en **dos (02) pacientes** consideran deficiente la relación asistencial según las respuestas negativas expresadas, desde su punto de vista personal.

De conformidad con los resultados del cuadro analizado se puede deducir que la enfermera/o al establecer una **relación asistencial** con los pacientes quirúrgicos demuestra **autenticidad** en el *comportamiento natural al facilitar información ajustada a la realidad* del paciente comportándose en forma natural durante el diálogo a través de la **relación interpersonal**, en este aspecto se evidencia el cumplimiento la **aceptación** demostrada hacia los pacientes por parte del personal profesional de enfermeras/os al ser auténticas/os “mostrándose tal como son”.

En cuanto a la alternativa relacionada con el lenguaje sencillo, se evidencia según el instrumento aplicado a la población, **diecinueve (19)** pacientes respondieron positivamente, lo cual constituye un **71%** de la misma, mientras que **cinco (05)** pacientes contestaron negativamente, lo que representa un porcentaje de **21%** de las personas encuestadas. Por tanto, se refleja que la **relación interpersonal** es una forma susceptible de ayudar a las personas estableciendo un clima de confianza, que debe fundamentarse en sinceridad y autenticidad.

Cabe destacar que en el ámbito del cuidado la **relación interpersonal** constituye la característica de enfermería que se convierte en el centro de la preocupación, el objeto del conocimiento, del saber y del quehacer de enfermería con la utilización de habilidades de la **relación asistencial**.

GRÁFICO N° 2.
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE
LA RELACIÓN INTERPERSONAL DE LA
ENFERMERA/O EN SU INDICADOR ACEPTACIÓN
SEGÚN EL SUBINDICADOR AUTENTICIDAD



Fuente: Tabla N° 2

TABLA N° 3

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA RELACIÓN
INTERPERSONAL EN CUANTO AL INDICADOR ACEPTACIÓN Y EL
SUBINDICADOR APRECIO.**

OPCIONES ÍTEMS	SI		NO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
5	19	79	5	21	24	100
6	18	75	6	25	24	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

Análisis.

En cuanto a los resultados presentados en la **Tabla N° 3** se observa que la **aceptación** respecto a la **relación interpersonal** previamente establecida a la **relación asistencial** con los pacientes quirúrgicos en cuanto al **interés de los pacientes de conocer el funcionamiento de equipos para ellos desconocidos**, proporciona principios influyentes que la enfermera/o debe cumplir en forma eficaz en concordancia con la inclinación de los pacientes quirúrgicos hacia los insumos utilizados en el tratamiento realizado.

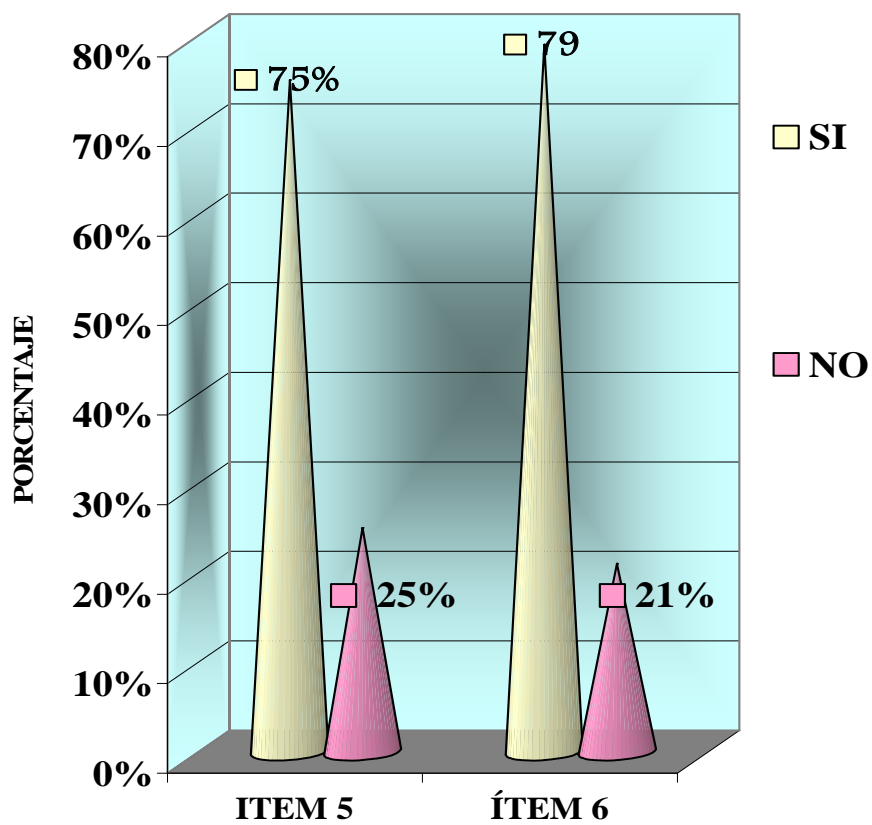
Respecto a los resultados conseguidos, se determinó que de una población conformada por veinticuatro (**24**) **pacientes** quirúrgicos, de los cuales **18** de ellos conforman un **75%** de la población estudiada según sus opiniones, **respondieron en forma afirmativa**, considerando que las enfermeras/os responden con simpatía y paciencia a sus preguntas manifestando de este modo que el aprecio por el paciente se

refiere a una actitud utilizada por la enfermera/o al establecer una relación asistencial para dar respuestas al paciente, lo que resulta efectiva durante la interacción.

Mientras que un **25 %** lo que corresponde a **6 personas** de una población compuesta por **24 pacientes quirúrgicos** respondió de modo negativo en cuanto al aprecio demostrado por parte de la enfermera/a.

Consecuentemente, la enfermera/o puede facilitar esta labor si devuelve al paciente expresiones referentes a su modo de percibir los eventos cuando nadie le dirige la palabra, en este momento la enfermera/o debe buscar la manera de garantizar **respeto** al paciente a modo de prestar atención a los pacientes comprendiendo lo que expresa y mostrando una actitud de importancia hacia los mismos.

GRÁFICO N° 3.
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE
LA RELACIÓN INTERPERSONAL DE LA
ENFERMERA/O, INDICADOR ACPTACIÓN
SEGÚN EL SUBINDICADOR APRECIO



Fuente: Tabla N° 3

TABLA N° 4
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA RELACIÓN
INTERPERSONAL RESPECTO AL INDICADOR “RESPETO” Y EL
SUBINDICADOR AUTONOMÍA

OPCIONES ÍTEMS	SI		NO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
7	20	83	4	17	24	100
8	22	92	2	8	24	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

Análisis.

Acorde con los resultados obtenidos y presentados en la tabla N° 4 se evidencia que la relación interpersonal ejecutada utilizando como elemento primordial **el respeto** en el predominio para incluirla como eficaz en la **relación asistencial** posterior al inicio de la relación interpersonal dirigida a los pacientes quirúrgicos, considerando el **respeto** como una actitud ineludible de la enfermera/o, que significa el verlo y apreciarlo en su calidad de ser humano, valorándolo por sí mismo como una persona que tiene su individualidad.

En consecuencia, los resultados obtenidos mediante el análisis determinó que de una población constituida por veinticuatro (24) pacientes, veinte (20) de ellos respondieron en forma positiva a las alternativas planteadas determinándose que un **83 %** estimó positiva la relación interpersonal que establece la enfermera/o a través del **respeto**, manifestado en la autonomía al momento de tomar sus propias decisiones y admitidas por la enfermera/o, asimismo sus factores esenciales de

individualidad, identidad y atención aplicados por la enfermera en la relación asistencial.

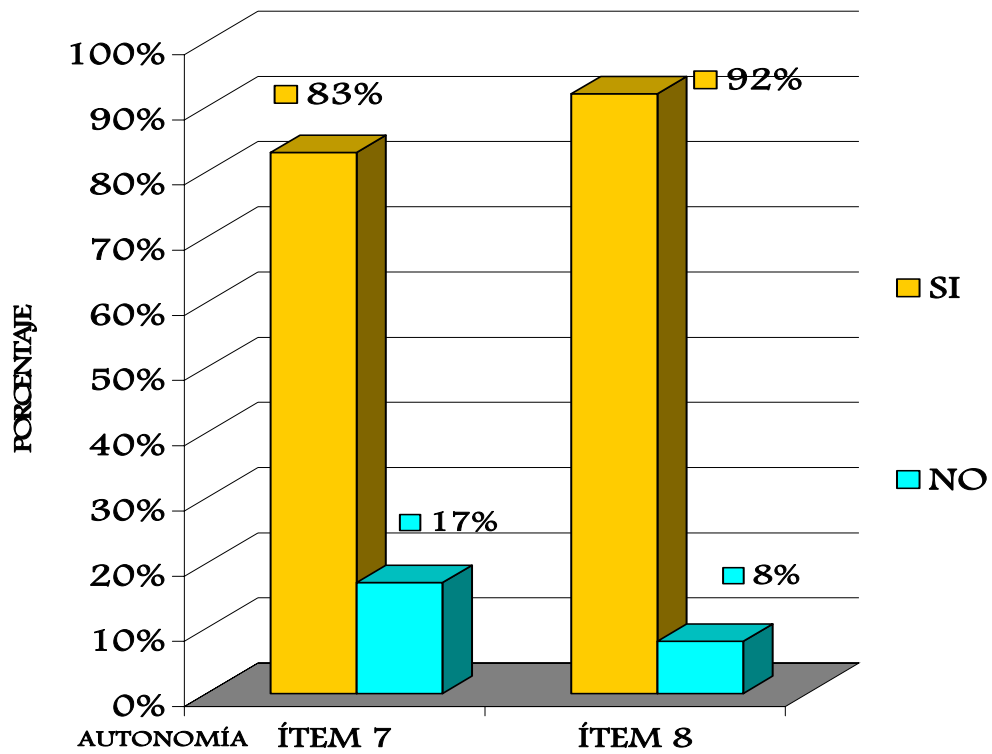
Sin embargo, de **24** pacientes encuestados que representó el 100% de la población con patologías quirúrgicas, cuatro de ellos que representa un **17%** tienen opinión negativa en cuanto a su autonomía sobre las actitudes de la enfermera/o.

Del mismo modo, se destaca la firmeza de los pacientes respecto a **poder tener confianza, tener seguridad en los cuidados prestados por la enfermera/o** en los momentos difíciles experimentados, cuya opinión positiva se caracterizó en un **92%** de los pacientes representados en veintidós (**22**) respuestas afirmativas..

De otro modo, se observó que de la población investigada dos pacientes respondieron negativamente sobre la **seguridad en los cuidados prestados por la enfermera/o** en los momentos difíciles experimentados

De acuerdo con la necesidad insatisfecha de los pacientes quirúrgicos se puede estimar que la enfermera/o puede evitar hacer juicios exagerados sobre la conducta del paciente y sus necesidades de comunicación frente a la dignidad del paciente, el respeto que se le tiene cobra una importancia.

GRÁFICO N° 4.
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA RELACIÓN
INTERPERSONAL DE LA ENFERMERA/O EN SU INDICADOR
"RESPETO" SEGÚN EL SUBINDICADOR AUTONOMÍA



Fuente: Tabla N° 4

TABLA N° 5
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA RELACIÓN
INTERPERSONAL DE LA ENFERMERA/O RESPECTO AL INDICADOR
“RESPECTO” Y EL SUBINDICADOR DIGNIDAD HUMANA

OPCIONES ÍTEMS	SI		NO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
9	22	92	2	8	24	100
10	17	71	7	29	24	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

Análisis.

De conformidad con los resultados obtenidos a través de la encuesta aplicada a los pacientes quirúrgicos atendidos por el Convenio de Salud Cuba-Venezuela, vale reseñar las respuestas emitidas por los mismos. Según las preguntas establecidas para medir la variable **relación asistencial** en su indicador **respeto** y el subindicador **Dignidad Humana**, cabe resaltar las respuestas emitidas por los pacientes.

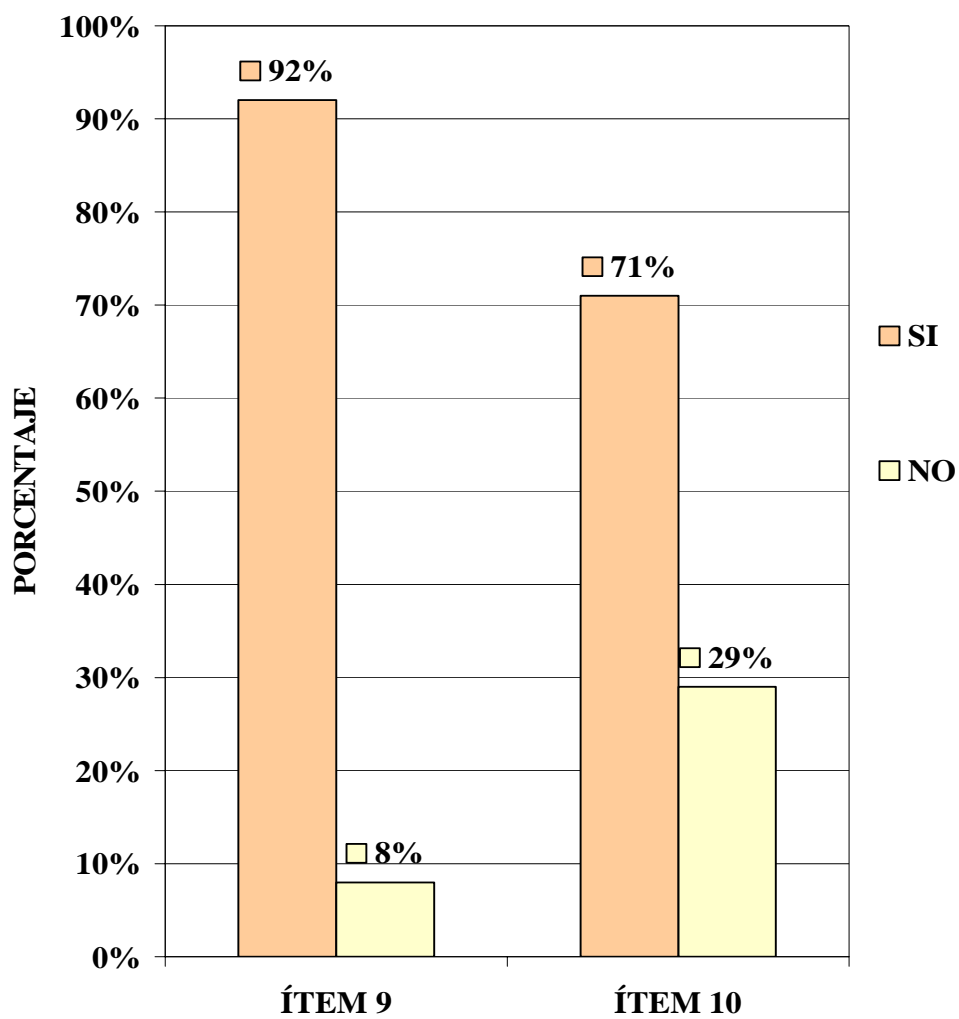
De acuerdo con el **ítem N° 9** referido a los **cuidados realizados en privado protegiendo la dignidad**, de la población estudiada conformada por **24** pacientes, **21** de ellos respondieron afirmativamente; es decir, la enfermera/o para practicar cuidados al paciente, lo hace en privado salvaguardando su pudor; cuyo porcentaje representa el **87%** del total.

No obstante, el resto de los pacientes, es decir, tres (**03**) de ellos respondieron en forma negativa, estas respuestas negativas constituyen el **13%** de la población investigada. De igual forma, en los resultados derivados de las respuestas emitidas

por los pacientes sobre el **ítem N° 10** referido al respeto a la identidad; vale decir **“al dirigirse al paciente la enfermera le llamó por su nombre propio”**, en otras palabras, sin utilizar apodos muy familiares. En este aspecto en la población investigada, de **24** pacientes, **17** respondió afirmativamente lo que corresponde al **71%** del total y siete (**7**) pacientes respondieron en forma negativa lo que se refiere en términos porcentuales al **29%** del total de la población.

En la filosofía moderna y en la ética actual se propaga una subjetividad de los valores y del bien, en la relación asistencial de la enfermera con el paciente existe una corriente de pensamiento que se expresa en la idea de que no es posible derivar.

GRÁFICO N° 5.
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE
LA RELACIÓN INTERPERSONAL RESPECTO AL
INDICADOR RESPETO SEGÚN EL
SUBINDICADOR DIGNIDAD HUMANA



Fuente: Tabla N° 5

TABLA N° 6
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA RELACIÓN
INTERPERSONAL DE LA ENFERMERA/O RESPECTO AL INDICADOR
“RESPECTO” Y EL SUBINDICADOR CONSENTIMIENTO INFORMADO

OPCIONES ÍTEMS	SI		NO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
11	22	92	2	8	24	100
12	23	96	1	4	24	100

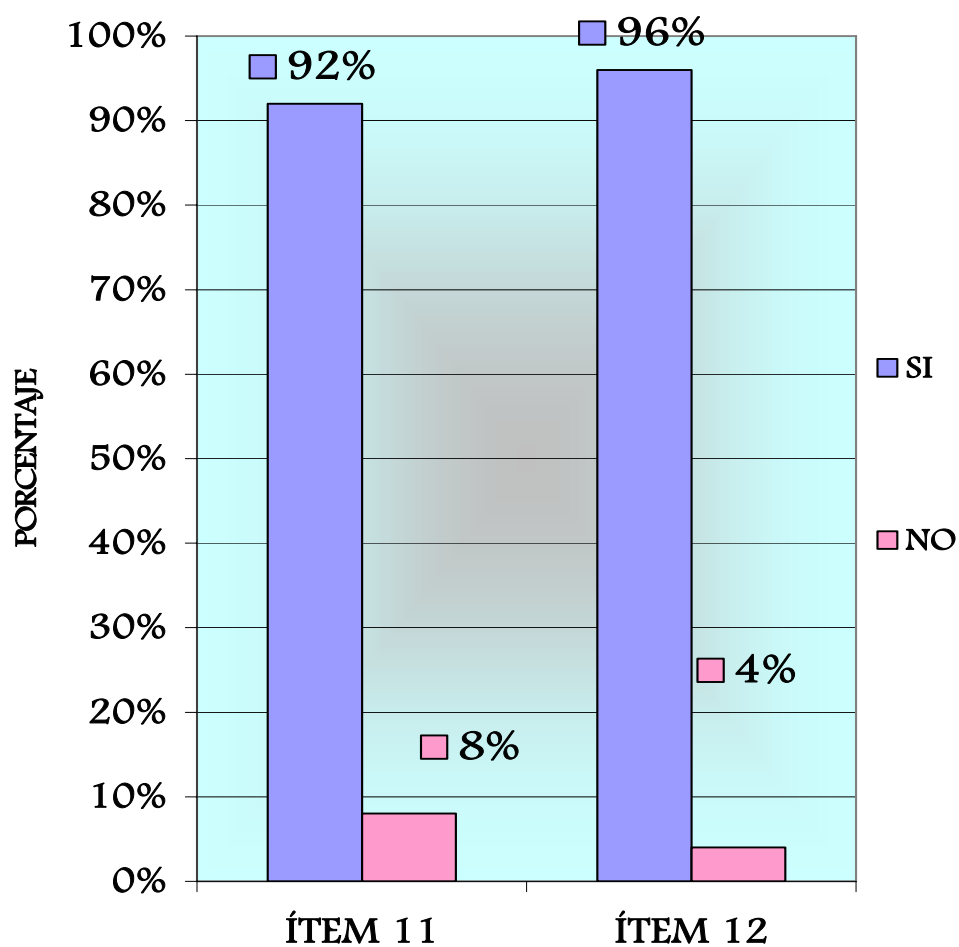
Fuente: Instrumento Aplicado.

Análisis.

En el cuadro están representadas las respuestas emitida por los pacientes en cuanto en la aplicación del elemento **consentimiento informado** a través de la información sobre la atención de enfermería a recibir. En este sentido, se distinguió que el **92%** de las enfermeras/os informaron a los pacientes sobre la atención a recibir antes de efectuar cualquier procedimiento; y el **79%** de los mismos *preguntaron a los pacientes si estaba dispuesto a permitir la ejecución de los procedimientos.*

El consentimiento informado, es otro elemento importante en la **relación asistencial** al momento de proporcionar cualquier cuidado de enfermería a los pacientes, ya que conduce a establecer una relación armoniosa entre la enfermera/o y el paciente. Como se pudo destacar con respecto a la aplicación del elemento consentimiento informado, las enfermeras/os lo consideran significativo al establecer la relación asistencial con el paciente quirúrgico.

GRÁFICO N° 6.
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA RELACIÓN
INTERPERSONAL EN SU INDICADOR "RESPECTO" SEGÚN EL
SUBINDICADOR CONSENTIMIENTO INFORMADO



Fuente: Tabla N° 6

TABLA N° 7
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA RELACIÓN
INTERPERSONAL DE LA ENFERMERA/O RESPECTO AL INDICADOR
“COMPRENSIÓN EMPÁTICA” SEGÚN EL SUBINDICADOR ESCUCHA
ACTIVA

OPCIONES ÍTEMS	SI		NO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
	13	19	79	5	21	24
14	18	75	6	25	24	100

Fuente: Instrumento Aplicado.

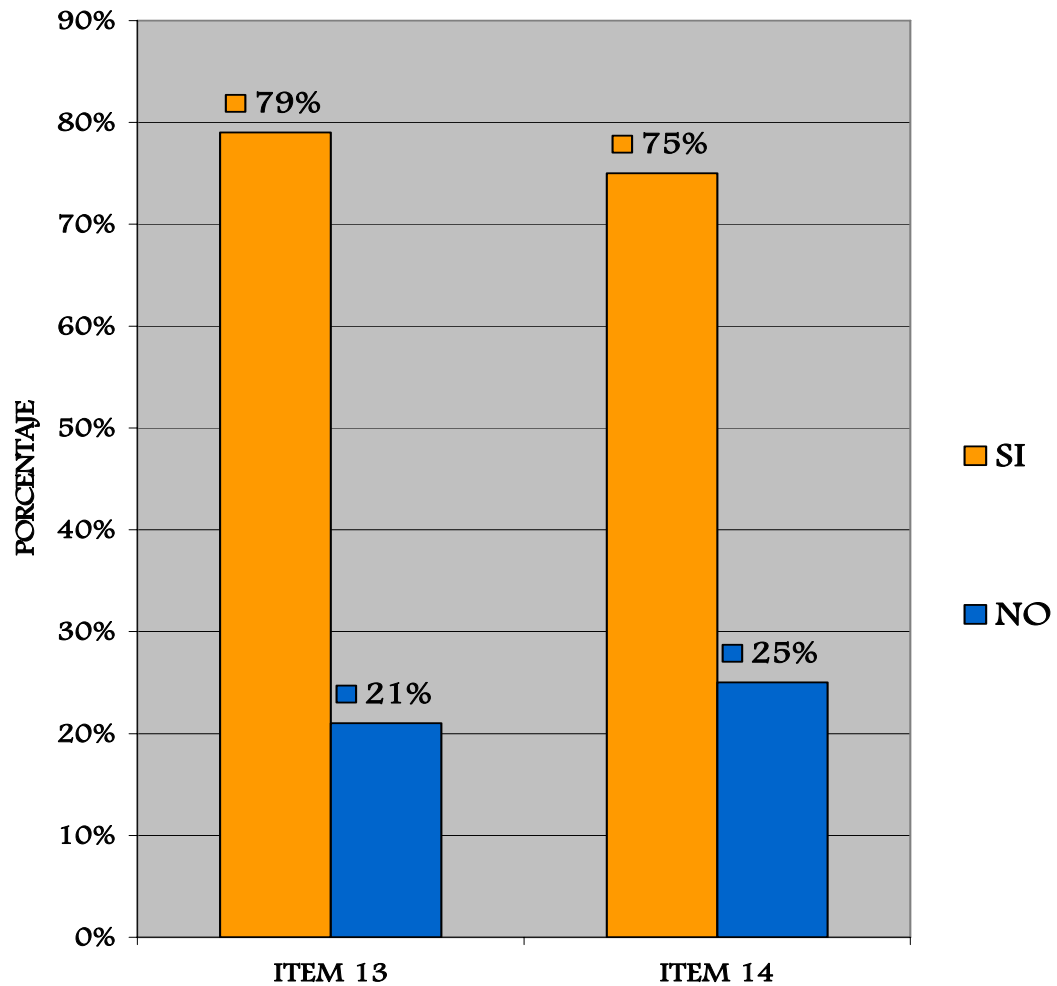
Análisis.

A través del cuadro se representan las opiniones de los pacientes respecto, con la **escucha con atención** a sus mensajes por parte de la enfermera/o, establecida en el ítem N° 13 encontrando que el **79%** de las enfermeras/os prestaron atención a los mensajes difundidos por los pacientes al responder afirmativamente y el **21%** no. En cuanto al ítem N° 14 referido a que *la enfermera/o se sentó a su lado para escucharlo* representa que el **75%** de las enfermeras, según opinión de los pacientes, afirman que se mostraron abiertos ante su necesidad de ser escuchados, mientras que el resto, **25%**, refiere que no al responder en forma negativa.

En este sentido, la enfermera/o a través de la relación asistencial puede ofrecer un ambiente seguro psicológicamente; donde el contacto físico, visual, la escucha atenta, la paráfrasis, alternativas de comunicación o bien observarlo constantemente son habilidades importantes para poner en práctica y lograr apoyarlo ante su experiencia.

En este aspecto, la técnica de escuchar con atención indican Kozier B.; Blais, K.; Erb. G. y Wilkinson, J (1999) "afirman. "...es la forma de prestar atención a los mensajes emitidos por los enfermos" (Pág.386), para el la enfermera comprende la disposición establecida de escuchar pasivamente lo que expresa el paciente, mostrando una actitud empática de ayudar, reflejando cordialidad y aprecio hacia lo que manifiesta con la propósito de contribuir con el restablecimiento de su salud.

GRÁFICO N°7.
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA
RELACIÓN INTERPERSONAL DE LA ENFERMERA/O.
INDICADOR COMPRENSIÓN EMPÁTICA SEGÚN
SUBINDICADOR ESCUCHA ACTIVA



Fuente: Tabla N° 7

TABLA N° 8
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA RELACIÓN
INTERPERSONAL DE LA ENFERMERA/O RESPECTO AL INDICADOR
“COMPRENSIÓN EMPÁTICA” SEGÚN EL SUBINDICADOR EMPATÍA.

OPCIONES ÍTEMS	SI		NO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
15	20	83	4	8	24	100
16	19	79	7	21	24	100

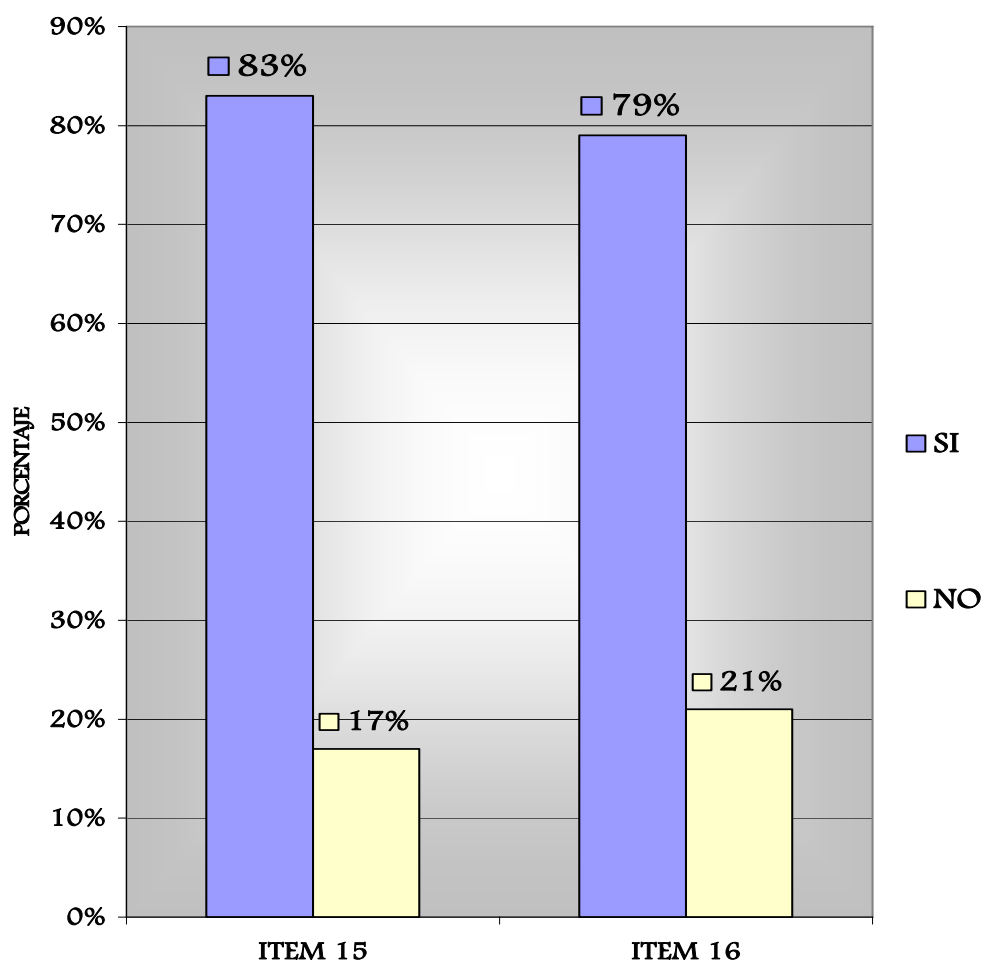
Fuente: Instrumento Aplicado.

Análisis.

Como se puede notar a través del cuadro, en el **83%** de de enfermeras/os se esfuerzan por *animar al paciente en momentos de dificultades emocionales a través del uso del tacto*, es decir tocando su hombro y en el **17% no**, según opiniones de los pacientes estudiados. De igual manera, manifiestan los pacientes, que dichos profesionales *en momentos de desánimo y abatimiento la enfermera/o se sentó a su lado para escucharlo y le ayudó a disminuir su incertidumbre, al animarle a mantener esperanza*; Cabe destacar que la representación de un **20** opinó afirmativamente, siendo **24** pacientes de la población total, mientras cuatro de ellos respondió que no.

Es importante acotar que es útil y beneficioso crear espacios y animar al paciente para que exteriorice sus sentimientos y reflexiones, permitirle que exprese lo que siente se debe tratar y ver al paciente como un ser integral.

GRÁFICO N° 8.
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA
RELACIÓN ASISTENCIAL, INDICADOR COMPRENSIÓN
EMPÁTICA, SEGÚN SUBINDICADOR "EMPATÍA"



Fuente: Tabla N° 8

TABLA N° 9
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA RELACIÓN
INTERPERSONAL DE LA ENFERMERA/O RESPECTO AL INDICADOR
“COMPRENSIÓN EMPÁTICA” Y EL SUBINDICADOR SOLIDARIDAD

OPCIONES ÍTEMS	SI		NO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%
17	16	67	4	8	24	100
18	18	75	6	25	24	100

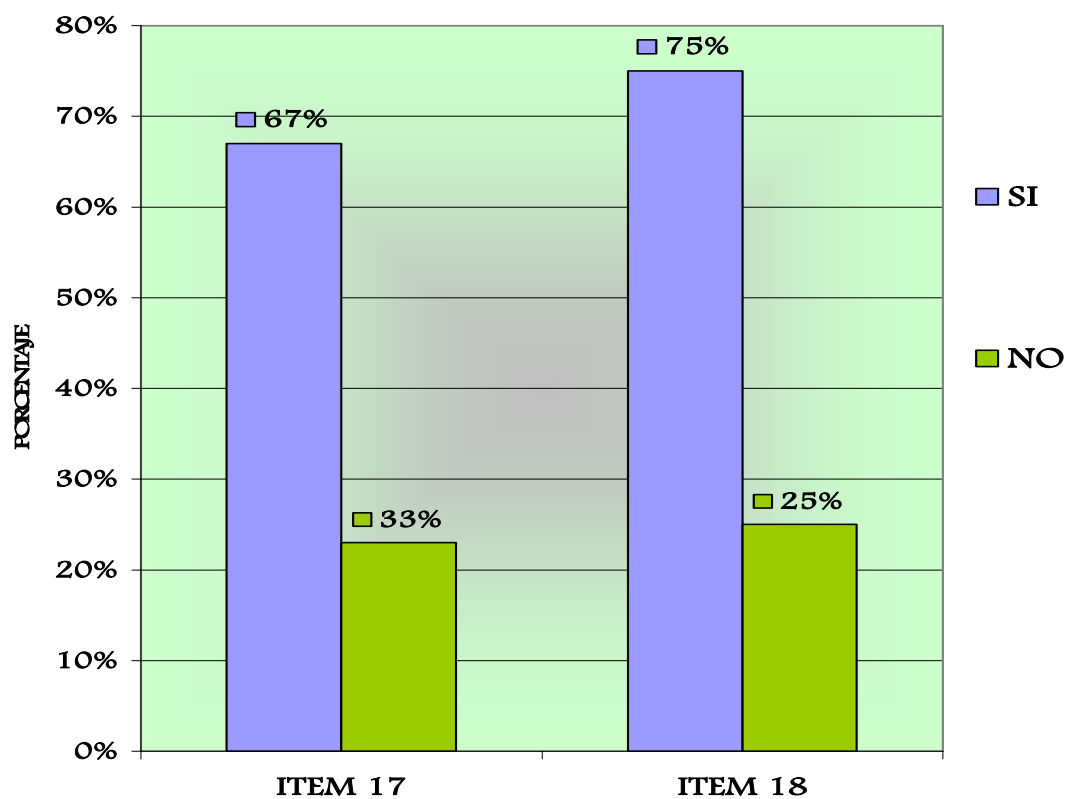
Fuente: Instrumento Aplicado.

Análisis.

En las respuestas de los pacientes, representadas en el cuadro se distinguió que el 67 % de las enfermeras mostraron **disponibilidad de acompañarlos cuando su familiar estuvo ausente**, y en el 33% no mostró la . En relación al ítem sobre **el hecho de encontrarse en un país extraño la enfermera/o le ayudó a la adaptación del entorno** se apreció en un 75% respuestas afirmativas y en 25% se apreció respuestas en forma negativa acerca de la disponibilidad de la enfermera/o acerca de acciones tendientes para ayudarlo en la adaptación en el país, valorar e identificar el estado emocional con el enfermo.

Estos resultados evidencian que los profesionales de enfermería tienen limitaciones para ayudar el enfermo en la satisfacción de las necesidades del paciente.

GRÁFICO N° 9.
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA
RELACIÓN ASISTENCIAL, INDICADOR COMPRESION
EMPÁTICA, SEGÚN SUBINDICADOR "SOLIDARIDAD"



Fuente: Tabla N° 9

TABLA N° 10

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS EMITIDAS POR LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL CONVENIO DE SALUD CUBA-VENEZUELA EN RELACIÓN CON LOS INDICADORES ACEPTACIÓN, RESPETO Y COMPRENSIÓN EMPÁTICA, EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2005.

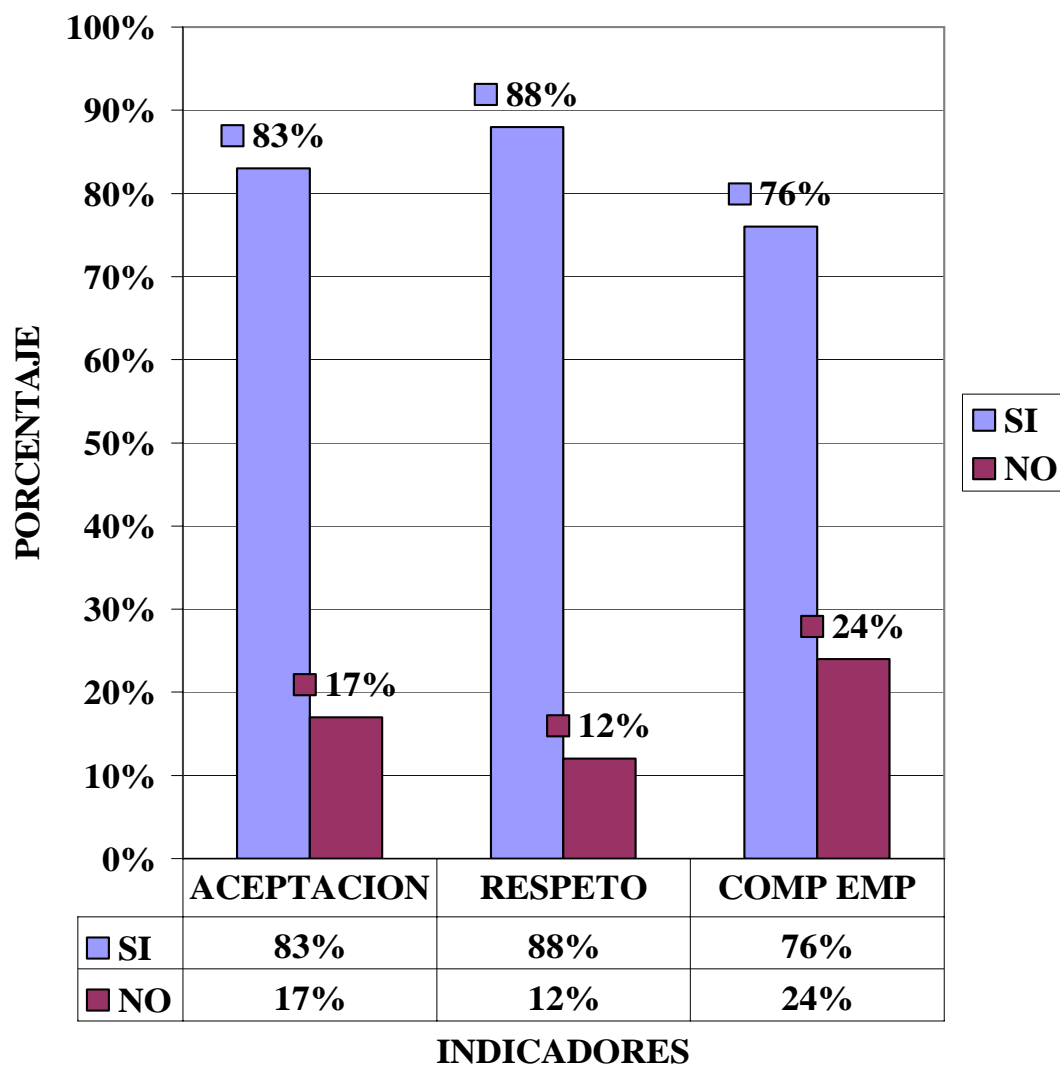
OPCIONES	SI		NO		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fa	%
ÍTEMS						
ACEPTACIÓN	119	83	25	17	144	100
RESPETO	127	88	17	12	144	100
COMPRENSIÓN	110	76	34	24	144	100
EMPÁTICA						

Fuente: Tablas 1 al 9

Análisis.

El presente cuadro representa el promedio del porcentaje de las respuestas emitidas por los pacientes quirúrgicos en relación a los indicadores medidos, en donde **144** es el **100%** de las respuestas por indicadores. La **Aceptación** tuvo **119** respuestas afirmativas que representan un **83%**. Igualmente el **Respeto** obtuvo un **88%** de las respuestas afirmativas, y para la **Comprensión Empática** un **76%** afirmaron la puesta en práctica por las enfermeras/os en el cuidado ofrecido.

GRÁFICO N° 10
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS
EMITIDAS POR LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS DEL CONVENIO
DE SALUD CUBA-VENEZUELA EN RELACIÓN CON LOS
INDICADORES ACEPTACIÓN, RESPETO Y COMPRENSIÓN
EMPÁTICA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2005



Fuente: Tablas 1 al 9

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación y tomando en cuenta los objetivos planteados, en base al promedio de los resultados porcentuales de los indicadores medidos a través de seis (06) ítems cada uno para un total de **144** respuestas se concluye lo siguiente:

1. En relación con el indicador **aceptación** los resultados evidenciaron que el **83%** de los pacientes encuestados afirmaron que las enfermeras/os del Centro de Investigaciones Médico- Quirúrgico en la República de Cuba, utilizan en el cuidado que ofrecen el elemento de la **relación interpersonal** mostrando *interés, autenticidad y aprecio*. Sin embargo el **17%** no lo percibió así.
2. Para el indicador **Respeto** el **88%** afirmaron que las enfermeras/os del Centro de Investigaciones Médico- Quirúrgico en la República de Cuba, practican el **respeto** utilizando los elementos *autonomía, dignidad humana y el consentimiento informado*. El **12%** no lo consideró de esa manera.
3. En cumplimiento del tercer objetivo específico relacionado con el indicador **Comprensión Empática** medida mediante *escucha activa, empatía y solidaridad*; el **76%** afirmaron la puesta en práctica de este indicador; mientras, que el **24%** no lo confirmó de la misma forma.

RECOMENDACIONES.

Según los resultados obtenidos, se recomienda a los coordinadores del Convenio de Salud Cuba-Venezuela, establecer la realización de programas dirigidos a los pacientes con el objetivo de disminuir las reacciones emocionales que estos pacientes presentan.

Asimismo, se recomienda establecer seguimiento de los pacientes quirúrgicos con el fin de controlar el mantenimiento de la salud respecto a las patologías quirúrgicas con resolución para no reincidir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) ARIZA, C. (2002) Es Posible Humanizar la Atención de Enfermería al Paciente. Disponible en: www.galenico.com.
- 2) BERMEJO, C. (1996) Relación de Ayuda. Editorial San Pablo. España.
- 3) BOHART, A y Greenberg, L. (1997) La empatía. Las Nuevas Direcciones en la Psicoterapia. La Asociación Psicológica americana, Washington. www.psicologiaenlinea.com
- 4) BRUNNER L. (1989). Enfermería Medicoquirúrgica. Cuarta edición. Editorial Interamericana. México. D.F.
- 5) BRUNNER, L y Suddart, D (1991) Manual de la Enfermera. Interamericana. México.
- 6) CANALES F, Alvarado E. y Pineda E. (2000). Metodología de la Investigación Científica.
- 7) CARPENITO. L, J, (1997). Diagnósticos de Enfermería. Editorial Interamericana. McGraw-Hill. México.D.F.
- 8) CELIS, A., Farías, R. e Iturra, A. (1976) Estandarización del Inventario de Actualización Personal en la Universidad de Chile. Santiago. Chile.
- 9) CLARK, K.B. (1980). La empatía: un tema abandonado en la investigación psicológica. Editorial. El Psicólogo americano.
- 10) CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. www.venezuela.gov.ve

- 11) DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (1948)
www.phao.org
- 12) DÍAZ Aracelis, Salazar Eneida y Torres Gladys (2002). *La Comunicación terapéutica de la enfermera dirigida al enfermo hospitalizado en la Unidad Clínica de Cirugía en la Unidad Clínica de Cirugía del Hospital “Dr. Luís Felipe Guevara Rojas”*. Trabajo Especial de Grado. Universidad Central de Venezuela. Escuela Experimental de Enfermería.
- 13) DIDIER. (1993) **Las Habilidades Interpersonales del Terapeuta y el cambio en la personalidad del cliente**. Tesis para optar al título de Psicólogo, U. Católica de Chile.
- 14) DU’GAS (1982). Tratado de Enfermería Práctica. Cuarta Edición Editorial Interamericana. McGraw-Hill. México.D.F.
- 15) GACETA OFICIAL N° 38.263 (2005.) **Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería**. www.asambleanacional.gov.ve
- 16) GIORDANI, B. (1997) **La Relación de Ayuda de Rogers Carkhuff**. La suerte Bilbao.
- 17) GRIFFITH Janet y Paula Christensení (1982). **Proceso de Atención de Enfermería**. Seg. Edición. Editorial el Manual Moderno. México.D.F.
- 18) IYER. P, (1979). **Proceso y Diagnóstico de Enfermería**. Segunda Edición. Editorial Interamericana. Mc-Graw Hill. México.D.F.
- 19) KOZIER. B, Glenora Erb, Kathleen Blais (1994) **Fundamentos de Enfermería**. Mc Graw Hill. México.

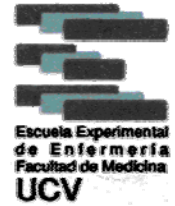
- 20) KOZIER. B, Glenora Erb, Katherine Blais y Judith Wilkinson (1999). **Fundamentos de Enfermería**. Mc Graw Hill. México.
- 21) LEDDY, S. y Pepper, L. (1990) **Bases Conceptuales de Enfermería Profesional**. Organización Panamericana de la Salud. Washintong.
- 22) MARRINER. A (2003). **Modelos y Teorías de Enfermería**. Harcourt/Brace. Madrid.
- 23) MOGOLLÓN, Carmen y Zoila Pinto, (2002) “*Comunicación terapéutica en la satisfacción de las necesidades de los enfermos en el postoperatorio inmediato*” *en la unidad de recuperación del Hospital Central de Maracay*. Trabajo Especial de Grado. Universidad Central de Venezuela. Escuela Experimental de Enfermería.
- 24) NIGHTINGALE, F, (1990): **Notas sobre Enfermería. ¿Qué es y qué no es?**, Masson – Salvat Enfermería, Barcelona. (Primera Edición. 1859)
- 25) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, (OMS. 1947). www.who.int/es
- 26) PHANEUF (1993) **Cuidados de Enfermería**. Mc. Graw Hill. México.
- 27) PROTTER, P. y Griffin, A. (1996) **Fundamentos de Enfermería**. Mosby/Doyma. España.
- 28) RAMÍREZ, T. (1999). **Metodología de la Investigación**. Segunda Edición, Editorial Panapo. Carcas.D.F. Venezuela
- 29) ROGERS C (1957). **Las condiciones terapéuticas necesarias y suficientes del cambio de personalidad**. J. de Psicología Consultor.

- 30) TRATADO DE COOPERACIÓN ENTRE CUBA Y VENEZUELA. **Disposición Especial.** www.comunidad.derecho.org
- 31) WATSON, J. (1979). **La filosofía y la ciencia de cuidar. Oficio de enfermera:** Boston.
- 32) _____ (1985). **La ciencia humana, y cuidado humano, una teoría de enfermería.** Asociación Nacional de Enfermería.
- 33) _____ (2003) **La Relación Curativa en el oficio de la enfermera clínica: Pautas para la investigación.** Diario de terapias alternativas. NY: Springer
- 34) WESLEY, R. L. (2000). **Teorías y Modelos de Enfermería.** Segunda Edición. Editorial. McGraw-Hill Interamericana. México.
- 35) WIGODSKI, J. (2005). **Relación interpersonal enfermera-paciente,** www.enfermerasclinicas.com.
- 36) WINKLER, M.I. (1993) **El Cambio Psicológico Desde la Perspectiva de los Consultantes.** Terapia Psicológica. Santiago de Chile. Chile.
- 37) Tratado de Cooperación entre Cuba y Venezuela. **Disposición Especial.** www.comunidad.derecho.org.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ENTREVISTA**

Responsables:

Berbesí Yuranci
C.I.N° 8.106.212

Camacho Consuelo
C.I.N° 4.478.022

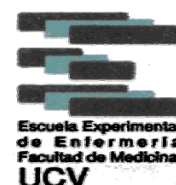
Caracas, octubre de 2.005

CUESTIONARIO APLICADO

RELACIÓN ASISTENCIAL EN SU DIMENSIÓN RELACIÓN INTERPERSONAL DE LA ENFERMERA/O				
Indicador Aceptación			OPCIONES	
Nº	Ítems Subindicador Interés		SI	NO
1	Mientras recibió tratamiento médico-quirúrgico la enfermera/o se mostró interesada/o por el estado de salud y sus dificultades			
2	Cuando se sintió triste y desolado por la enfermedad le estimuló a exteriorizar sus sentimientos			
3	Durante la conversación se comportó con usted en forma natural facilitándole información ajustada a la realidad			
4	Mientras habló con usted la enfermera/o utilizó un lenguaje en forma sencilla			
5	Cuándo usted se interesó por conocer el funcionamiento de un aparato desconocido le respondió con simpatía explicándole con paciencia			
6	En relación con su comportamiento a causa de su enfermedad la enfermera/o, admitió la manera en la que usted actúo			
7	Cuando usted rechazó tomar un medicamento o la práctica de un examen su decisión fue admitida por la enfermera/o			
8	Durante la permanencia en el hospital sintió seguridad con los cuidados prestados por la enfermera/o			
9	En tanto que recibió atención de enfermería, le realizaron cuidados personales en privado			
10	Al dirigirse a usted por cualquier motivo lo llamó por su nombre propio			
11	Durante la práctica de los cuidados de enfermería fue informado sobre la atención a recibir			
12	Al momento de hacerle un examen físico la enfermera/o le preguntó si usted estaba dispuesto a permitirlo			
13	Mientras habló con la enfermera/o fue escuchado con atención			
14	En momentos de desánimo y abatimiento, la enfermera/o se sentó a su lado para escucharlo mirándole a la cara			
15	En sus dificultades emocionales relacionadas con su enfermedad la enfermera/o le animó tocando su hombro			
16	En situaciones de pena la enfermera/o le ayudó a disminuir la incertidumbre			
17	Cuando usted refirió que su acompañante estaba ausente la enfermera/o le acompañó después de terminar su turno de trabajo			
18	Por encontrarse en un país extraño para usted la enfermera/o le ayudó a la adaptación al entorno			



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



CIUDADANO
CORONEL (EJ.) IBRAHÍN NORIEGA SALAZAR
DIRECTOR GENERAL DIVISIÓN DE BIENESTAR SOCIAL
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.
SU DESPACHO.

Por medio de la presente nos dirigimos a Ud. Con la finalidad de solicitar su autorización para realizar una encuesta a los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en la **República de Cuba** a través del **Convenio de Salud**, esto es con la finalidad de realizar nuestro **Trabajo Especial de Grado**, el cual se inició en esa dirección, como trabajo de campo durante la ejecución de nuestras prácticas profesionales por área de interés durante el primer semestre de 2002.

Sin más a que hacer referencia, quedamos de Ud a sus gratas órdenes reiterando nuestros sinceros sentimientos de estima y consideración, expresando nuestro profundo agradecimiento por la colaboración y participación en nuestro trabajo de investigación. En Caracas, a la fecha de su presentación

Atentamente,

CONSUELO CAMACHO
C.I.N° V. 4.478.022

YURANCI BERBESÍ
C.I.N°. V. 8.106.778



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Caracas, _____ de _____ de _____

Estimada:

Lic. _____

Por medio de la presente nos dirigimos a UD., con el fin de solicitarle realice el procedimiento metodológico denominado **Juicio de Expertos** al cuestionario anexo con el propósito de llevar a cabo la fase de validez del instrumento, necesario para garantizar la claridad y veracidad de los datos que se obtengan con el mismo una vez aplicado.

Se anexa una versión preliminar del instrumento, cuadro de operacionalización de variables y el formato de validación, con la finalidad de que emita su juicio en los aspectos de redacción y pertinencia al cuestionario presentado.

Agradeciendo anticipadamente su valiosa colaboración.

Atentamente

T.S.U: Consuelo Camacho.

C.I.Nº 4.478.022

T.S.U: Yuranci Berbesí

C.I.Nº 8.106.778

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.

Seguidamente se presenta un formato en el cual se reflejan dos aspectos fundamentales para la validación del contenido, la redacción y la pertinencia. Favor marque con una (X) en la casilla que mejor represente su criterio.

Ítems	Redacción			Claridad			Congruencia		
	Sí	No	Mejorar	Sí	No	Mejorar	Sí	No	Mejorar
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y APELLIDO _____

LUGAR DE TRABAJO: _____



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



CERTIFICADO DE VALIDEZ.

Yo _____ Cédula de Identidad N° _____
 en mi carácter experta (o) en _____
 _____ certifico que he leído y revisado el Instrumento para
 la recolección de datos que desarrollan las **T.S.U: CONSUELO CAMACHO** y
YURANCI BERBESÍ portadoras de las cédulas de identidad N° **V.- 4.478.022** y
V.- 8.106.778 respectivamente, en su Trabajo Especial de Grado titulado:
**RELACIÓN ASISTENCIAL DE LA ENFERMERA/O DEL CENTRO DE
 INVESTIGACIONES MÉDICO-QUIRÚRGICAS, DIRIGIDA AL PACIENTE
 QUIRÚRGICO DEL CONVENIO DE SALUD CUBA-VENEZUELA** el cual a
 mi criterio, reúne los requisitos para su validación.

En Caracas, a los _____ días del mes de _____
 de _____
