



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA SEGÚN LA PERCEPCIÓN DEL
PACIENTE EGRESADO DE MEDICINA INTERNA**

DONACION
No Reg 031467
Catalogador <u>M.A.C.C.</u>
Fecha <u>15-Ago-11</u>

TESIS

Que para obtener el GRADO de:

**MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

PRESENTA:

**Licenciado en Enfermería
ALEJANDRO SALAZAR HERNÁNDEZ**

COMITÉ DE TESIS:

DRA. MA. DEL PILAR PASTOR DURANGO
M.E.P. CLAUDIA ELENA GONZÁLEZ ACEVEDO
M.E.G.P. GUSTAVO IBARRA HURTADO

JULIO 2010



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Cuidados de Enfermería según la Percepción del
Paciente Egresado de Medicina Interna

TESIS

Para obtener el GRADO de:
Maestro en Administración de la Atención de Enfermería

Presentada por:

Licenciado en Enfermería
ALEJANDRO SALAZAR HERNÁNDEZ

Directora de Tesis

DR. CSP. María del Pilar Pastor Durango
Universidad de Antioquia, Colombia

Co-Asesores de Tesis

M.E.P. Claudia Elena González Acevedo

M.E.G.P. Gustavo Ibarra Hurtado

Julio 2010



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA

Av. Niño Artillero 130 Conmutador: Tel. 826-23-24, 826-23-25; Fax: 826-23-26
Posgrado e Investigación: Tel/fax: 826-24-27, 834-25-45 Y 834-25-46 Administración: Tel. 834-25-47
Dirección: Tel. 826-23-27 e-mail: enfermeriauaslp.mx
Zona Universitaria, C.P. 78240, San Luis Potosí, S.L.P., México



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMA DE TESIS:

**“Cuidados de Enfermería según la Percepción del Paciente
Egresado de Medicina Interna”**

ELABORADO POR:

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA
ALEJANDRO SALAZAR HERNÁNDEZ**

APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO


M.A. Ma. Magdalena Miranda Herrera

SECRETARIO


DR. CSP. María del Pilar Pastor Durango
Universidad de Antioquia, Colombia

VOCAL


Dra. Martha Graciela Segovia Díaz de León

16 de Julio de 2010

Índice	
I. Introducción.....	3
II. Justificación.....	6
III. Estado del arte.....	10
3.1 Cuidado de enfermería.....	12
3.2 La percepción.....	14
3.3 El paciente hospitalizado.....	15
3.4 Declaración de derechos del paciente.....	18
3.5 Necesidades básicas humanas según Virginia Henderson.....	20
3.6 Cuidados de Enfermería que se realizan en medicina interna.....	36
3.7 Caracterización del servicio de hospitalización de medicina interna.....	38
IV. Objetivos.....	44
V. Metodología.....	45
VI. Consideraciones ético legales.....	51
VII. Resultados.....	52
VIII. Discusión.....	71
IX. Conclusiones.....	81
X. Limitantes.....	82
XI. Recomendaciones y sugerencias.....	83
XII. Bibliografía.....	84
XIII. Anexos.....	91

Resumen

Investigación cualitativa etnográfica enfocada, su objetivo fue describir la percepción acerca de los cuidados de enfermería de los pacientes egresados en 2009 del servicio de medicina interna de un hospital de San Luis Potosí, México. Se realizaron entrevistas abiertas focalizadas a ocho personas, sobre los cuidados recibidos durante su hospitalización.

La información se analizó con la técnica de análisis del discurso utilizando el programa Atlas Ti 5.2. Se conformaron categorías de cuidados fisiológicos, sociales y espirituales de acuerdo con el modelo de Henderson.

Los resultados muestran que los cuidados de enfermería están enfocados en las necesidades físicas y resultan inexistentes en las sociales y espirituales. La comunicación es percibida por los participantes como fundamental para el cuidado; el personal de enfermería se muestra cordial y realiza múltiples actividades para su pronta recuperación; sin embargo, recomiendan mejorar tanto en lo personal como en lo profesional.

Palabras clave: Investigación cualitativa, Percepción, Necesidades básicas, Cuidados de enfermería, México, Henderson.

1. Introducción

El cuidado de enfermería está orientado principalmente a resolver los problemas, déficit o incapacidades que presenta un paciente cuando pierde su estado óptimo de salud; así, el cuidado es a la vez un arte y una ciencia; debe ser ejercido por personal de salud con la debida formación y junto con la experiencia adquirida con el tiempo, hacen de la enfermera uno de los más importantes integrantes del equipo de salud en la atención de las necesidades de los pacientes.¹

Hoy en día la práctica de enfermería va más allá de lo biológico y de las técnicas y procedimientos que se realizan a una persona que requiere atención de salud; es necesaria la interacción comprometida entre el personal de enfermería y cada paciente, para llevar a cabo el cuidado. Este personal posee cualidades para brindar el cuidado y la satisfacción de las necesidades de los pacientes y a su vez, estos tienen percepciones respecto a sus propias necesidades y a la atención que reciben.

Dichas percepciones están determinadas por factores tales como las experiencias, la cultura, las creencias, los prejuicios y los valores, es decir, se percibe el cuidado de manera distinta, aún cuando la atención se brinde por el mismo personal de enfermería y en el mismo contexto hospitalario.¹

En lo que respecta a los cuidados de enfermería, uno de los modelos más conocidos y vigentes es el de Virginia Henderson, quien señaló que el papel de la enfermera es ayudar al enfermo a lograr su independencia en la medida de lo posible, desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad.²

Virginia Henderson hizo importantes aportes a la teoría de enfermería. Inició su formación profesional en 1918 y desde 1921 se desempeñó en el ámbito clínico, como docente e investigadora, lo cual le permitió escribir una extensa obra sobre la enfermería y los cuidados que deben tenerse con cualquier persona sana, enferma o en un proceso terminal de salud y desarrolló los conceptos de enfermería, salud, entorno, persona (paciente) y necesidades, que constituyen la esencia de su modelo sobre el cuidado de enfermería para lograr la independencia del paciente.³

El utilizar dicho modelo, tiene grandes beneficios, principalmente porque permite orientar la atención de manera integral, al identificar qué aspectos se dejan de atender y cuál es su impacto en la calidad del cuidado; es un modelo sencillo, de fácil comprensión, aplicable y adaptable para cualquier servicio.

En el cuidado se involucran múltiples factores que lo hacen difícil de definir; se considera como un trabajo artesanal, no sólo porque se hace con las manos sino

porque es único, útil y por ello bueno, tiene un componente creativo y por tanto estético.⁴ El acto de cuidar es algo que se aprende formalmente y se perfecciona con el paso del tiempo. A través de múltiples intervenciones a pacientes, se logra una práctica cálida, el cuidado se transforma en un acto de excelencia al identificar la diferencia entre las necesidades reales y las sentidas por los pacientes.

En ciertas etapas de la vida, los seres humanos dependen de otras personas al perder su autonomía, es decir su capacidad para cuidarse, esto lo podemos observar en personas hospitalizadas, ya que surgen necesidades que normalmente podían realizar solas y que por el proceso de enfermedad no pueden cubrir, por carecer del conocimiento, la habilidad y/o la fuerza.¹

Las personas hospitalizadas depositan su vida y confianza en manos de médicos y enfermeras, éstas últimas son responsables de la atención directa y el vínculo con otros integrantes involucrados en el cuidado del paciente; enfermería tiene una relación más cercana y convive con ellos un mayor número de horas al día, por tanto, la atención del cuidado se ve reflejada en la percepción del paciente.

A través de la práctica y desde la experiencia personal, nos hemos percatado de las opiniones de los pacientes sobre los cuidados de enfermería durante la hospitalización y posterior al egreso, las cuales pueden ser favorables o desfavorables y suelen expresarse al personal de enfermería, entre los mismos pacientes o con sus familiares.

En investigaciones cuantitativas⁵ se demuestra que la mayoría de los pacientes que reciben atención de enfermería, destacan la necesidad de ser escuchados y, por esta razón, el equipo de salud descuida otras necesidades que tienen los pacientes y no fueron expresadas. A pesar de la estrecha relación entre el personal y el paciente, el cuidado de enfermería "se manifiesta por la indiferencia, las perspectivas de corto alcance y la negligencia. En otras palabras, equivale a cerrar los ojos y los oídos ante los problemas.." ⁶

Por lo tanto, es importante investigar sobre la opinión de los pacientes hospitalizados acerca de la atención de enfermería, ya que da la oportunidad de identificar los cuidados básicos que atiende el personal, así como aquellas necesidades que el paciente considera importantes y que no se atendieron durante su internamiento.

El propósito de investigar estas percepciones es conocer el tipo de atención que se brinda en un área como medicina interna de un hospital público, con la finalidad de mejorar la oferta del servicio y buscar estrategias o adecuar las ya existentes, así como atender y mejorar la calidad; además, un elemento complementario para

describir la atención desde la opinión de los pacientes que viven la experiencia de estar hospitalizados.

Por todo lo anterior, se consideró factible y pertinente plantear un estudio cualitativo, el cual nos permitió identificar, desde la percepción de los pacientes, las formas en que el personal de enfermería brinda el cuidado y logra satisfacer las necesidades de atención. De esta manera, podemos definir la oferta de atención brindada y proponer cambios que respondan a las expectativas de los pacientes y al mejoramiento de la calidad de la atención brindada en las instituciones, de salud.

II. Justificación

El derecho a la salud es una de las políticas prioritarias en los ámbitos internacional y nacional, organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF, el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cuyo objetivo común es mejorar la calidad de vida de la población vulnerable, con equidad, evitando las desigualdades sociales, favoreciendo a la población en aspectos no sólo de salud, sino también a nivel económico, social, político y cultural.^{7, 8}

En México, el Sistema Nacional de Salud junto con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y el Plan Nacional de Salud (PNS), buscan conjuntar esfuerzos para mejorar la atención en salud y elevar la calidad de vida. Todas estas políticas, planes y estrategias no podrían llevarse a cabo si no existiera un personal de salud calificado, entre ellos enfermería, y dispuesto a involucrarse para el logro de los objetivos propuestos.^{9, 10}

Enfermería tiene entre sus principios deontológicos proteger la integridad de las personas otorgando cuidados libres de riesgos, enfocados hacia la conservación de la salud y la prevención de la enfermedad, bajo un entorno seguro y aplicando los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia para mejorar la calidad del servicio, así como, para aplicar las estrategias y utilizar los recursos, de tal manera que el cuidado sea efectivo y eficiente para la persona que lo recibe, que se puedan satisfacer las necesidades durante la enfermedad y que se logre la pronta recuperación del paciente.¹¹

Es necesario plantear que las personas al estar enfermas y hospitalizarse pierden cierto grado de independencia para atender sus necesidades más elementales para vivir, algunas consideradas como básicas

La enfermera es quien generalmente se ocupa de ayudar a las personas enfermas. Henderson definió a la enfermería en términos funcionales, menciona que su función básica consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible.³

Los cuidados enfermeros consisten en ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades fundamentales y para ello reemplaza, completa, sustituye, añade, refuerza y aumenta la fuerza, la voluntad o el conocimiento.¹

El modelo de Henderson centra su atención en las necesidades fundamentales del ser humano, las cuales cambian con el tiempo aunque algunos factores influyen para que una necesidad se vea amenazada. Por lo general, cuando una persona se encuentra hospitalizada requiere de ayuda para atender las necesidades que por sí mismo no puede realizar.¹ Según este modelo, existen 14 necesidades

humanas básicas y el personal de enfermería actúa para reconocer cuales están alteradas y brindar los cuidados necesarios para lograr su independencia en el menor tiempo posible.

Las necesidades corresponden a aquellas que, sin lugar a dudas, el usuario espera ver atendidas; es difícil que se sienta la necesidad de algo que no está en su marco de referencia; esta es la razón por la que el enfermo siempre las formula en sus propios términos. Precisamente, la existencia de expectativas hace que cada uno sea distinto de los demás. Hay que partir de la convicción de que el paciente, como ser humano, rara vez está del todo satisfecho.¹²

Estas necesidades descritas por Henderson son respirar normalmente, comer y beber adecuadamente, eliminar por todas las vías corporales, moverse y mantener posturas adecuadas, dormir y descansar, escoger ropa adecuada, mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, higiene corporal, evitar peligros del entorno, comunicarse con los demás, vivir de acuerdo a sus valores y creencias, realización personal, recreación y ocio, y por último, aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.²

Las personas que enferman y requieren hospitalización suelen sentir temores y ansiedad por el cambio de vida, ya que rompen lazos con su entorno, se encuentran sometidos a la voluntad y decisiones del personal de salud, y adoptan el papel que deben cumplir, es decir, de enfermo.

Administrar el cuidado desde un enfoque teórico, permite valorar a la persona como un ser biopsicosocial. Trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud en beneficio del paciente, permite una estrecha relación de apoyo terapéutico; además, se integra al enfermo en su cuidado, recibiendo apoyo para lograr el mismo objetivo que es su pronta recuperación.

Rodríguez Marín y Zurriaga Llorens¹³, afirman que el rol de enfermo constituye una especial fuente de ansiedad al asumir nuevas normas, valores, creencias y símbolos que pueden ser incongruentes con el proceso de hospitalización y con lo aprendido anteriormente en su vida ordinaria.

Uno de los servicios de hospitalización en donde permanecen por más tiempo los pacientes es medicina interna; allí se encuentran personas con trastornos renales, respiratorios, cardiovasculares, metabólicos y oncológicos, entre otros. Estas patologías alteran las necesidades básicas, por lo tanto, los pacientes requieren cuidados de oxigenoterapia, chequeo de signos vitales, administración de medicamentos, movilización, y otros de tipo fisiológico, dejando de lado actividades importantes para la recuperación del paciente.

En la práctica cotidiana se observa que la aplicación del proceso de atención de enfermería es parcial y con frecuencia se omite la evaluación del cuidado; de la misma manera, en el proceso de administración de la atención, la evaluación se limita a "calificar" los cuidados de manera cuantitativa, como parte de un registro

hospitalario de las actividades de enfermería con el fin de evaluar la calidad del trabajo realizado. Principalmente mide si el personal enfermero se presentó con el paciente, si le habló por su nombre, si antes de los procedimientos le informó sobre los mismos y la seguridad que mostró durante la atención.

Podría suponerse entonces que, las evaluaciones cuantitativas del cuidado de enfermería solo dan cuenta de una parte de la realidad, la cual en muchos casos es sesgada ya que el paciente internado tiende a congraciarse con el personal para evitar problemas durante el resto de la hospitalización. La investigación cualitativa, dado su carácter espontáneo, subjetivo y personal, representa otra mirada al quehacer enfermero que no es recuperada a través de la medición y puede reflejar una forma diferente y más espontánea, sobre los cuidados de enfermería que recibe y da una idea de las percepciones que tienen los pacientes al respecto.

Estas percepciones sufren una serie de transformaciones, antes de configurar la estructura profunda de representación del mundo, algo así como el archivo secreto de nuestra experiencia. Cuando hablamos de nuestra experiencia, recurrimos a este archivo y, en el proceso de extracción de la información, sufre otra serie de transformaciones o arreglos, tras los cuales se configura lo que Bandler y Grinder llaman "la estructura de superficie", el relato que hace la persona sobre "qué fue lo que vivió".¹⁴

Abordar las percepciones en el campo de la enfermería y específicamente acerca del cuidado recibido, resulta complejo para el paciente. Hoy día, dentro del mundo de la Psicología, no se discute el carácter constructivista de la percepción. Toda experiencia es VAOS; es decir, una señal visual, auditiva, olfativa o somestésica, que constituye nuestra percepción de dicha experiencia.¹⁴

Con este estudio se pretende explorar la percepción que tiene el paciente acerca del cuidado enfermero a partir de su experiencia durante la hospitalización, dando la oportunidad de conocer qué espera recibir el paciente y qué piensa del cuidado que se le brinda. Podremos identificar las necesidades sentidas por el paciente y las atendidas por el personal de enfermería y enfocar nuevamente los cuidados necesarios para cubrir esas necesidades.

Se decidió usar el modelo de Henderson, independientemente de que el personal de enfermería lo conozca o no, ya que todos los pacientes necesitan una atención a sus necesidades y el personal de enfermería, general o profesional, realiza cuidados con el fin de satisfacerlas, algunas son identificadas por las enfermeras y otras por los pacientes. Así, el principal objetivo de apoyarse en Henderson, fue facilitar la categorización de las opiniones sobre la forma en que perciben los cuidados recibidos y conocer cómo esos resultados se categorizan de forma sistemática desde los aspectos fisiológicos, sociales y espirituales.

Por otra parte, dicho modelo facilitó orientar las respuestas obtenidas respecto a la satisfacción de las necesidades; además, proporciona un marco de referencia

para describir, explicar y comprender en gran parte todo aquello que tiene que ver con el cuidado.

Los resultados de este estudio podrán ser un punto de partida para la reorientación del cuidado y para la administración de la atención de enfermería al definir la oferta brindada y adecuarla a las expectativas de los pacientes. Además, permitirá al personal de enfermería planear y dirigir cuidados con calidad, lo que además favorecerá el desarrollo de relaciones más estrechas con los pacientes y su familia, e influir de manera directa en los cuidados y con la colaboración de los mismos.

Para la institución, el conocer las percepciones de los pacientes sobre la atención recibida favorecerá el proceso de trabajo en el servicio y el desempeño del personal de enfermería para que en un futuro se pueda implementar un modelo de atención acorde a las características de la institución, del personal enfermero de las necesidades de los pacientes.

De igual forma, con un enfoque cualitativo se espera ampliar los conocimientos en esta área específica de la atención de enfermería rescatando la voz del sujeto atendido.

III. Estado del Arte

Ante la necesidad de evaluar la calidad del cuidado de enfermería desde la percepción del paciente se han realizado diversos estudios con enfoque cuantitativo. Tal es el caso del estudio de Medina Mandujano, quien en una investigación realizada en 2006 sobre la relación entre la percepción del paciente y la calidad de la interacción basada en la teoría de Peplau, estudió 92 pacientes adultos maduros. La percepción se midió a través de una escala Likert y los resultados muestran una "calificación" de regular con tendencia a negativa. Mencionan falta de orientación por parte de la enfermera sobre dieta y ejercicios, y perciben que el cuidado de la enfermera no va más allá de la atención de la enfermedad.¹⁵

La investigación realizada por Wagoro y otros,¹⁶ explora la percepción de la atención brindada en un hospital psiquiátrico en Mathari. Fue un estudio transversal, se entrevistaron 236 pacientes, mediante un cuestionario semi-estructurado. Los resultados destacan que los pacientes perciben una atención agradable, principalmente por las buenas relaciones interpersonales y la disposición del equipo para dar información sobre los medicamentos.

En relación con estudios cualitativos, se encontraron algunas investigaciones sobre la percepción de los cuidados de enfermería. En el 2000 en Hong Kong, Lai y otras¹⁷, presentaron una investigación de tipo cualitativo en donde se estudiaron 70 pacientes. Sus resultados destacan que las principales actividades realizadas por enfermería fueron de tipo educativo, lo cual era tranquilizador y reconfortante para los pacientes, quienes perciben que el personal de enfermería realiza muchas funciones pero por su misma naturaleza discreta, en muchas veces no es reconocido.

La investigación realizada en 2001 por Tan Lin, Albertson, Schilling y colaboradores,¹⁸ sobre la percepción de 1486 pacientes en relación con el tiempo invertido en la consulta médica; los pacientes perciben una mejor atención, no sólo por el tiempo invertido, sino porque consideran importante el ser atendidos por un médico que tenga habilidades en la comunicación y el desarrollo de empatía, facilitando el manejo de las emociones. Coinciden con lo referido por Kravitz R¹⁹, en 2001, quien se interesó en comprender las preocupaciones, expectativas y peticiones que tienen los pacientes de medicina interna, destacando la necesidad de comunicación, es decir, estar informados sobre el estado de salud y solicitan una atención brindada con cortesía y respeto por los sentimientos del paciente.

Silvestre, Gost, Astier y Ezpeleta²⁰ realizaron en 2002 un estudio a siete personas que participaron en un ensayo clínico, la investigación está orientada al ámbito médico, resaltan la importancia de la comunicación como elemento clave para realizar cualquier intervención, ya que al recibir información sobre los procedimientos, el paciente se siente confiado, seguro, porque quien los atiende "sabe lo que hace" y superan las expectativas que tenían en un inicio.

Cleary,²¹ en 2003, se interesó en dar seguimiento al caso de un paciente ingresado por artrodesis de tobillo, la intervención quirúrgica fue exitosa, sin embargo, narra la experiencia del paciente, caracterizada por la ineficiencia y los inconvenientes, así como los eventos que ponen de manifiesto los problemas fundamentales de la organización y el trabajo en equipo. También hace referencia a las deficiencias en la atención, entre ellas, la falta de ropa de cama y batas, ya que el paciente estuvo varios días con la misma ropa, así como la dificultad para el aseo personal, la incomodidad para dormir por el uso de la luz sobre la cama y la falta de preocupación del personal por este detalle durante la estancia hospitalaria.

Jaramillo y Pinilla,²² en 2004 realizaron un estudio acerca de la percepción de 12 pacientes sobre su comunicación con médicos y enfermeras, se destaca que perciben la comunicación como un factor de suma importancia para llevar a cabo cualquier procedimiento y cuidados, ya que permite establecer un estado de confianza con el personal de enfermería que trasciende lo físico y toca la intimidad.

Por su parte, Barbosa de Pinho y Azevedo dos Santos,²³ realizaron en 2006 una investigación sobre las percepciones en la unidad de cuidados intensivos: los significados y percepciones del cuidado desde la óptica de enfermeros, pacientes y familiares. Lo relevante de esta investigación es la importancia del cuidado orientado a las necesidades psico-emocionales; consideran que cualquier cosa que se realice, aún el simple hecho de acomodar una cabecera es un cuidado e independientemente del área donde se encuentre el enfermo se le puede dar un toque de calidez a la atención de enfermería.

En menor medida encontramos estudios mixtos sobre el mismo tema como el efectuado por Grimas y otros,²⁴ quienes realizaron una investigación de tipo cuali-cuantitativa acerca de la percepción de la embarazada sobre la atención de enfermería, recibida en 2005 en un hospital materno-infantil. Los resultados muestran que las usuarias refieren sentirse satisfechas, pero paradójicamente, manifiestan incomunicación, dificultades en su atención, así como despersonalización y mecanización durante su estancia, que generalmente es breve.

Las investigaciones sobre la percepción de la atención recibida en los servicios de medicina interna, realizadas por médicos, pueden servir como referencia en el quehacer de enfermería, ya que ambas disciplinas atienden pacientes y se preocupan por mejorar la atención brindada.

Luego de una revisión en distintas fuentes podemos reafirmar que las investigaciones referentes a las percepciones del cuidado de enfermería, específicamente en medicina interna, son escasas, sus resultados coinciden en la deficiencia en la comunicación y hasta el momento no se ha localizado ningún estudio en el estado de San Luis Potosí.

3.1 Cuidado de Enfermería

En el proceso del cuidado intervienen al menos dos personas; este vínculo implica, primero un modo de ser mediante el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud. Y en segundo, una preocupación e inquietud por parte de la persona que provee el cuidado haciendo que ella se sienta envuelta y ligada al otro afectivamente.²⁵

Algunos cuidan de manera formal, como es el caso de enfermería y otros, de manera informal, como los familiares cercanos. En ambos casos, el acto de cuidar se define como una relación y un proceso; no es la mera ejecución de tareas o la realización de procedimientos prescritos por un médico. En efecto, el objetivo de los cuidados va más allá de la enfermedad; cuidar es “todo lo que ayuda a vivir y permite existir”, dice Collière. Los cuidados, por tanto, se dirigen a todo lo que estimula la vida.⁴

El cuidado implica elementos humanos, técnicos y científicos, y su combinación entre los elementos y uso exacto en el momento indicado, es lo que determina que la enfermería sea considerada como un arte.

En el caso de la enfermería, el cuidado se dirige principalmente a promover la vida, prevenir la enfermedad y fomentar la salud. Estos cuidados van dirigidos a individuos, familias y comunidades, sanas o enfermas.¹⁵ Implica aspectos comunes tanto de tipo moral como ético, independientemente si va dirigido a un individuo o a un grupo. Como menciona Castrillón²⁶ “el acto de cuidado debe ser una actividad reflexiva, deliberada y autónoma; para que en el encuentro con los usuarios de los servicios de enfermería se reúnan requisitos de garantía de calidad, tanto desde lo científico-técnico como desde la meta de preservar la dignidad humana, integrando arte y ciencia dentro del proceso de asistencia y cuidado. Comprender no sólo los signos y los síntomas sino también, el sentido, los sentimientos, las actitudes del enfermo y su familia”.

Mediante el cuidado se atienden necesidades fisiológicas, sociales y espirituales. Desde su perspectiva, el ser humano tiene necesidades primarias y es aquí en donde enfermería debe tener habilidad para detectarlas y brindar un cuidado personalizado e integral, sin dejar de lado las necesidades fisiológicas.¹

Así, el cuidado puede ser capaz de trascender la técnica, porque engloba otras dimensiones, como la familia, las necesidades psico-emocionales, la comunidad, las relaciones interpersonales e interprofesionales, el afecto, la escucha, la política y filosofía institucional, entre otras.⁴

Siendo entonces el cuidado, el objeto básico del quehacer enfermero, resulta importante conocer cómo se lleva a cabo y aún más, cómo es percibido por los pacientes.

3.2 La Percepción

Mucho se ha hablado sobre percepción, implicándola con todos los sentidos, es un concepto que puede mal interpretarse puesto que, de acuerdo a Martorell y Prieto,²⁷ es común que se emplee para referir aspectos socioculturales y lo correcto es para referirse a lo biocultural. Es decir, lo relativo a los estímulos físicos y sensaciones, así como al significado que adquieren por pautas culturales e ideológicas aprendidas desde la infancia.

Es verdad que se hace uso de los sentidos y desde el punto de vista de la psicología. La percepción según Neisser,²⁸ "constituye el punto donde la cognición y la realidad se encuentran; es la actividad cognoscitiva más elemental, a partir de la cual emergen todas las demás".

El proceso de percibir se repite de manera cíclica, interviene primero la información sensorial, luego se analiza; posterior a ello se lleva a cabo la construcción del objeto específico. Más tarde se retroalimenta para obtener más información y en nuevas experiencias se hace uso de las previas para enriquecer las percepciones.²⁹

El concepto de percepción o experiencia sensible es el conocimiento directo, no conceptual, de los objetos físicos. Los enfoques empiristas de la percepción tienden a considerarla como la suma de las sensaciones que tenemos de un objeto, a negar un papel activo en el sujeto y a negar la influencia de elementos que no se encuentren en los estímulos - como los recuerdos y las valoraciones del sujeto - .²⁷

Los enfoques racionalistas señalan, por el contrario, que la percepción exige algo más que la mera suma de los elementos y destacan la importancia de los cognoscitivos superiores, en particular de índole intelectual, a la hora de interpretar los estímulos; estos enfoques señalan, por tanto, el papel activo de la mente en la percepción. Las investigaciones psicológicas sobre este tema se refieren de manera fundamental a la descripción de lo que es la percepción, de la influencia de los estímulos, de los órganos perceptuales y de la experiencia anterior que el sujeto tiene.²⁷

Las teorías cognitivas se preocupan más bien por averiguar cómo son las representaciones básicas de nuestra mente en el proceso perceptivo y los distintos mecanismos y niveles del mismo.²⁷

Según refiere Vargas Melgarejo,²⁹ la finalidad de percibir del ser humano es la elaboración de juicios sobre su entorno social y físico, que favorecen el aprendizaje, la memoria y la simbolización. Cabe señalar que en la percepción se involucra el consciente y el inconsciente de la psique humana. El proceso difiere en cada persona, puesto que es determinado por las experiencias, la ideología y la cultura, es decir, se percibe la realidad de distinta forma, ya que las experiencias de la vida diaria son distintas e incluso se transforman con el tiempo. Un elemento

importante en la percepción es el reconocimiento de las experiencias cotidianas "porque permite evocar experiencias y conocimientos previamente adquiridos a lo largo de la vida con los cuales se comportan las nuevas experiencias, lo que permite identificarlas y aprehenderlas para interactuar con el entorno".²⁹

Dentro de la teoría cognitiva de la percepción encontramos diversas corrientes, de las cuales, para la presente investigación, se tomará la denominada constructivista, corriente posmoderna, personalizada en Bateson, Gergen, Watzlawick, Maturana, White y otros. Uno de sus presupuestos básicos es que cuanto sabemos y creemos es fruto del lenguaje con que comprendemos y transmitimos nuestras percepciones y que, sobre una misma realidad, pueden darse diferentes puntos de vista, todos ellos igualmente válidos.³⁰

Un antecedente filosófico del constructivismo es Kant, cuyas ideas a priori, juicios sintéticos a priori, analítica y dialéctica trascendentales reflejan el carácter sistematizador y unificador del espíritu humano. El constructivismo posmoderno considera que el cerebro no es un mero recipiente en donde se depositan las informaciones, sino una entidad que construye la experiencia y el conocimiento, los ordena y da forma. Éste es un planteamiento netamente kantiano.³⁰

Entre las características del constructivismo destaca que es narrativo y plural. Los discursos son múltiples, diferentes y todos válidos, ya que parten de puntos de vista, prácticas e historias distintas. Este sentido plural quiere decir que ningún cuerpo teórico abarca en sí mismo todos los puntos de vista que son pertinentes respecto a un conjunto de fenómenos concretos; son saberes acumulativos, complementarios.³⁰

Así pues, el constructivismo se sitúa en un plano interdisciplinar. Los diferentes enfoques sobre el ser humano, las teorías psicológicas, biológicas, sociológicas, antropológicas, aun siendo irreductibles entre sí, son complementarias. Y, dentro de cada uno de los encuadres posibles, ha de mantenerse este mismo respeto mutuo entre las diferentes aportaciones de cada escuela, porque cualquier conocimiento sobre el hombre sigue siendo una construcción mental, individual o colectiva, realizada desde una perspectiva peculiar.³⁰

En el plano individual, las historias que fabricamos acerca de nosotros mismos, son muy diferentes entre sí, no es el mismo relato el que mantenemos con nuestra madre que el que mantenemos con nuestros hijos y, a su vez, estas historias familiares son distintas de las que fabricamos con nuestros jefes o con nuestros vecinos.

Nuestra percepción de dicha experiencia, se construye a través de los sentidos y se transforma hasta configurar una estructura profunda de representación del mundo, es decir, un archivo secreto de nuestra vida. Cuando hablamos de nuestras vivencias, recurrimos a este archivo del que hacemos uso cuando relatamos dichas experiencias, en ese momento realizamos otras

transformaciones o arreglos, tras los cuales se configura lo que Bandler y Grinder llaman "la estructura de superficie."¹⁴

Las experiencias y conocimientos adquieren con el tiempo una serie de símbolos que permiten percibir ciertas cosas con un significado único para cada sociedad o época histórica, que pueden sufrir modificaciones ya que el entorno en donde se desenvuelven las personas también es cambiante, y ello se transmite a las siguientes generaciones, reproduciendo la forma de percibir una realidad.

La percepción puede abordarse desde múltiples disciplinas, en el caso del presente estudio se tratará desde la psicología, específicamente la corriente cognitiva, en donde la información percibida se asimila y acomoda en la mente del sujeto (enfoque constructivista). El constructivismo tiene dos vertientes: la teórica y la personalista, la cual se aplica para este estudio. Esta vertiente es la relativa a cada persona concreta, que sólo pretende una versión específica, individualizada de quién y cómo es cada quien, en su caso particular, único e irrepetible.

3.3 El Paciente Hospitalizado

La experiencia de la hospitalización es un proceso difícil para cualquier persona y por lo general causa ansiedad. En ocasiones, los pacientes se preguntan si se trata de un lugar ideado a modo que funcione para ellos o contra ellos. Se requiere la intervención responsable, eficiente y empática de la enfermera para garantizar que el medio hospitalario sea uno en que el paciente se sienta tan a gusto como sea posible y sobre el cual crea tener cierto control.¹³

El paciente al ser hospitalizado es sometido a cambios culturales no deseados ni comprendidos, el que además percibe como hostil: debe asumir nuevas normas, valores, creencias y símbolos que pueden ser incongruentes (y de hecho lo son en muchas ocasiones) con lo que ha aprendido en la vida cotidiana; la discapacidad para adaptar unos y otros puede conducir a respuestas comportamentales inapropiadas.¹³

A un nivel social, el paciente hospitalizado tiene que llevar a la práctica el papel de enfermo y además aprender y representar el papel más específico de "enfermo hospitalizado". La ocupación de ese rol constituye, también, en general, una especial fuente de ansiedad por muchas razones que tienen que ver con su ejecución, pero también, por la mera ocupación, al considerarse sus ocupantes como "estigmatizados".¹³

La mayoría de los pacientes consideran al hospital como un sitio en el que puede encontrar ayuda para un problema de salud específico que no puede ser tratado en ninguna otra parte. El trastorno en cuestión puede ser relativamente leve, como una cortada que necesita ser suturada y requerir un contacto apenas breve con el hospital. Por otra parte, también podría ser necesario que el paciente esté hospitalizado durante varios días o semanas.³¹

El paciente cuando entra en el hospital tiene temores y ansiedades que deben ser tomadas en cuenta, sin importar cuál sea la duración de la hospitalización o el resultado del problema de salud. Es factible que los pacientes piensen, cuando están hospitalizados, que todas las decisiones relativas a ellos son tomadas por otras personas. Se les dice a qué hora se bañen y se duerman, y qué pueden beber y comer.³¹

La enfermera debe estar atenta a permitir que el paciente tome las decisiones relativas a su atención en la medida en que pueda hacerlo. Por ejemplo, desde hace tiempo se ha establecido la costumbre de que los pacientes se bañen por la mañana. No obstante, ¿qué hay de los pacientes acostumbrados a hacerlo por la noche? Debe permitírseles que lleven a cabo sus actividades cotidianas a la hora acostumbrada, a menos que esté contraindicado.³¹

Las enfermedades de evolución lenta (crónicas) causan menos ansiedad que aquellas con una evolución rápida (agudas). Los factores ambientales con particular influencia sobre las reacciones a la enfermedad física son la relación «paciente-médico-enfermera», las interacciones con la familia y la sociedad, y también la situación económica. A su vez, la enfermedad física puede llegar a interferir con la capacidad de trabajo y de diversión del individuo, bloqueando su expansión y equilibrio de la personalidad. Por su parte, la pérdida del empleo (asociada frecuentemente a la enfermedad crónica) lleva también a la pérdida de la autoestima y del rol sociolaboral, lo que implica una disminución de los ingresos.³²

De otra parte, al paciente con una enfermedad crónica o sometido a una larga hospitalización, generalmente se le priva de participar en múltiples diversiones que antes eran gratas y autoestimulantes (juegos, ocio, tertulias, excursiones, trabajos de entretenimiento); ello puede aumentar los sentimientos de abatimiento, disminución de la sensación de dominio sobre sí mismo y sobre el ambiente y de aislamiento (disminución o bloqueo de la interacción social). Asimismo, la enfermedad también puede interferir con la actividad y el interés sexual. Todas las pérdidas citadas anteriormente pueden generar o intensificar problemas familiares (patología familiar), destruir las relaciones sociales previamente establecidas e, incluso, llegar a provocar depresión.³²

Rodríguez – Marin, afirma que el ingreso de un enfermo en el hospital tiene consecuencias, tales como extrañamiento por inserción en un medio desconocido con pautas culturales diferentes, situación de ignorancia que se suma a la ya existente respecto de la enfermedad, el desconocimiento del proceso que ha de tener lugar, cambio de hábitos comportamentales personales, pérdida de la intimidad y la privacidad, pérdida del control de sus actividades cotidianas y de las decisiones habituales, devaluación de la persona, pérdida de la independencia y modificación del papel del enfermo. Es decir, se modifica drásticamente la interacción de la díada médico-enfermo al desaparecer el marco habitual en que se produce, por interrupción de los roles normales, separación brusca del marco social habitual y pérdida del apoyo social que no necesariamente es total.¹³

La hospitalización puede ser una experiencia de despersonalización para el paciente, a menos que los profesionales de atención de la salud dediquen tiempo a considerar cada paciente como una persona con sus propias necesidades. Los ejemplos de deshumanización en el medio hospitalario incluirían hacer referencia a los pacientes según su diagnóstico, o por el número de habitación o cama. También ocurre cuando el paciente no participa en las decisiones relativas a la atención de su salud o el personal encargado de ésta última analiza aquella en presencia del enfermo sin hablar con él.³¹

Otro factor de angustia en la hospitalización puede ser la experiencia de soledad para el paciente. La separación de los seres queridos contribuye a generar ansiedad, en un momento en que es del todo indispensable su apoyo. El paciente puede verse frente a una ausencia casi total de privacía después de ser hospitalizado. Ello incluye aspectos como el que una conversación sea escuchada por otros; que las funciones corporales de eliminación requieran ayuda de otros, o que diversas personas entren y salgan de la habitación en forma indiscriminada. La ausencia de privacía es la queja más frecuente acerca del medio hospitalario.³¹

El paciente al ser hospitalizado, puede sentir que entra a un país ajeno al suyo, en el que las personas hablan una lengua que él no comprende. La enfermera tiene la responsabilidad de comunicarse eficazmente con el paciente en un lenguaje que éste comprenda. En muchas habitaciones se observan equipos complejos y poco comunes, debe tenerse la precaución de explicar al paciente las visitas y ruidos extraños, en especial porque puede mal interpretarlos. Estas son algunas fuentes características de temores y ansiedades del paciente hospitalizado.³¹

Por lo anterior surgen respuestas no adaptativas del paciente que no contribuyen a la recuperación de su salud, ni permiten una eficaz interacción con los profesionales sanitarios para lograr un rápido abandono del hospital. Según sean las repuestas, intervienen muchas y diferentes variables que unidas a la personalidad, estado actual físico y mental, estado general de salud, creencias preconcebidas (concepto, idea que se tenga de la enfermedad), autoestima, autorregulación y búsqueda de recursos (de cualquier tipo). Influyen también las experiencias generales por las que se está atravesando, los reajustes psico-conductuales que los individuos presentan ante las diferentes situaciones, también la perspectiva de futuro que se tenga, el grado de anticipación con el que programe sus actos, disponibilidad económica, percepción de control sobre su cuerpo y conocimiento de lo que ocurre en él.³³

El paciente espera ciertas características relacionadas a la conducta y las actitudes de la enfermera a la cual confía su salud:

Espera que la enfermera tenga competencia profesional, que muestre seriedad en su trabajo, que sea una persona que piensa, comprensiva y que lo acepta, que lo orienta en lo relativo a la institución de atención de la salud, que le explique la atención que le brinda, lo incluya en la planeación del cuidado y satisfaga sus necesidades cuando no puede hacerlo por sí mismo.³¹

Es importante que un paciente al estar hospitalizado conozca sus derechos respecto a los cuidados y atención que se le brinda. La Comisión de Derechos Humanos, desde la perspectiva del médico tratante, la organización administrativa hospitalaria, y sobre todo del paciente mismo se da a la tarea de difundir los derechos humanos del paciente hospitalizado con el propósito de coadyuvar para que reciban una mejor atención y que conociéndolos sean respaldados y aplicados por todo el personal de un hospital, en donde sean los propios médicos y enfermeras quienes busquen los recursos para practicar esos derechos y asegurarlos. Ante dificultades materiales éticas o legales para su aplicación, debe prevalecer la ética médica y el mejor interés del paciente, principios de indiscutible universalidad.³⁴

3.4 Declaración de Derechos del Paciente

La declaración de derechos de los pacientes fue aprobada por la Asociación Americana de Hospitales en 1973.³⁴ La cual tiene como objetivo principal salvaguardar los derechos de todo aquel que se encuentra hospitalizado y poder recibir una atención de calidad.

1. El paciente tiene derecho a que se le atienda con consideración y respeto.
2. El paciente tiene derecho a obtener de su médico toda la información disponible relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en términos razonablemente comprensibles para él. Cuando médicamente no sea aconsejable comunicar esos datos al paciente, habrá de suministrarse dicha información a una persona adecuada que lo represente. El paciente tiene derecho a saber el nombre completo del médico responsable de coordinar su atención
3. El paciente tiene derecho a que su médico le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado previamente a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento. Excepto en las urgencias, la información que ha de darse al paciente para que pueda dar su consentimiento informado ha de incluir al menos lo relativo al procedimiento o tratamiento específico, los riesgos médicos significativos asociados y la probable duración de la discapacidad. Cuando hay otras opciones de atención o tratamiento médicamente significativas o cuando el paciente quiere conocer otras posibilidades, tiene derecho a recibir dicha información. El paciente también tiene derecho a saber el nombre completo de la persona responsable de los procedimientos o del tratamiento.
4. El paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida que lo permita la ley. También tiene derecho a ser informado de las consecuencias médicas de su acción.

8. Higiene corporal.
9. Evitar peligros del entorno.
10. Comunicarse con los demás.
11. Vivir de acuerdo a sus valores y creencias.
12. Realización personal.
13. Recreación y ocio.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

A continuación se describen cada una de las necesidades humanas básicas.

1. Respirar normalmente.

La función del aparato respiratorio es el intercambio gaseoso. El oxígeno que procede del aire inspirado difunde desde los alvéolos pulmonares a la sangre de los capilares pulmonares. El dióxido de carbono producido durante el metabolismo celular difunde desde la sangre a los alvéolos y se exhala. Los órganos del aparato respiratorio facilitan este intercambio gaseoso y protege al organismo de sustancias extrañas como las partículas y los microorganismos patógenos.³⁵

Para llevar a cabo el proceso se requiere una estructura íntegra y funcional, tanto del aparato respiratorio superior como del inferior, llevando a cabo el proceso de la ventilación pulmonar, intercambio gaseoso alveolar y el transporte de oxígeno y dióxido de carbono.

La regulación respiratoria comprende controles nerviosos y bioquímicos para mantener las concentraciones correctas de oxígeno, dióxido de carbono e iones hidrógeno en los líquidos orgánicos. El sistema nervioso del organismo adapta la frecuencia de las ventilaciones alveolares para cubrir las necesidades del cuerpo, de modo que la PO_2 y la PCO_2 se mantienen relativamente constantes. El centro respiratorio en realidad está formado por diversos grupos de neuronas que se localizan en el bulbo raquídeo y la protuberancia del encéfalo.³⁶

El centro quimiosensible localizado en el bulbo raquídeo presenta una respuesta elevada a aumentos de la concentración sanguínea de CO_2 o de iones hidrógeno. Mediante la influencia de otros centros respiratorios, éste aumenta la actividad del centro inspiratorio y la frecuencia y profundidad de las respiraciones. Además de esta estimulación química directa del centro inspiratorio cerebral, existen receptores nerviosos especiales sensibles a los descensos de la concentración de O_2 que se localizan fuera del sistema nervioso central, en los cuerpos carotídeos y en los cuerpos aórticos.³⁶

La disminución de la concentración arterial de oxígeno estimula estos quimiorreceptores, los cuales, a su vez, estimulan el centro respiratorio para aumentar la ventilación. De los tres gases sanguíneos que pueden desencadenar la actividad de los quimiorreceptores, el que tiene mayor potencia para estimular la respiración es el aumento de la concentración de dióxido de carbono.³⁷

Existen factores que intervienen en el proceso de la respiración como son la edad, medio ambiente, estilo de vida, estado de salud, medicamentos y el estrés. Entre las alteraciones de la función respiratoria comunes se encuentran la taquipnea, bradipnea, apnea, hiperventilación, respiración de Kussmaul, ortopnea.

Precisamente en estas alteraciones es donde el personal de enfermería se enfoca para dar una atención y cubrir la necesidad de oxigenación, las principales intervenciones están dirigidas a mejorar la oxigenación mediante el cambio de posición, a fomentar el ejercicio ventilatorio, la respiración profunda y la técnica de tos, hidratación y humidificación, la administración de medicamentos que favorezcan el proceso de ventilación, la fisioterapia pulmonar, la oxigenoterapia y la aspiración de secreciones, cada acción estará adaptada a cada tipo de paciente y a su necesidad específica de acuerdo con su proceso patológico.

2. Comer y beber adecuadamente.

Estos procesos se refieren a la nutrición que representa la suma de todas las interacciones entre un organismo y el alimento que consume. Los nutrientes son las sustancias orgánicas e inorgánicas que se encuentran en los alimentos y que son necesarias para el organismo. Las personas necesitan los nutrientes esenciales contenidos en los alimentos para el crecimiento, el mantenimiento de los tejidos corporales y el desarrollo normal de todos los procesos que se llevan a cabo en el organismo.³⁵

Una ingestión adecuada de alimentos consiste en un equilibrio de nutrientes esenciales: agua, hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas y minerales. Los alimentos presentan grandes diferencias en cuanto a su valor nutritivo, y ninguno de ellos proporciona todos los nutrientes esenciales. Éstos tienen tres funciones principales: proporcionar energía para los procesos corporales y el movimiento, proporcionar material estructural para los tejidos corporales, y regular los procesos que se producen en el organismo.³⁷

El proceso de digestión y absorción se lleva a cabo por el sistema digestivo el cual es responsable de la descomposición y transformación de los alimentos, gracias al cual el organismo obtiene los nutrientes que precisa y que la sangre distribuye a todos los órganos, además, una vez realizada esta función, el sistema se encarga de eliminar los desechos.

El sistema digestivo se encuentra constituido por la cavidad oral, faringe, esófago, estómago, intestino delgado y grueso, además del hígado, vesícula biliar y páncreas. Sus funciones generales son tres: el transporte de los alimentos; la secreción de jugos digestivos y la absorción de sustancias nutritivas, agua y electrolitos. Cada una de las partes que lo componen cumple una función específica; así, el esófago tiene la función de transporte; el almacenamiento del alimento tiene lugar en el estómago y el del material fecal en el colon descendente; la digestión de los alimentos ocurre en el estómago, el duodeno, el yeyuno y el íleon y por último, la absorción de nutrientes se lleva a cabo a lo largo de todo el intestino delgado y en la mitad proximal del intestino grueso.³⁸

El transporte de los alimentos requiere la correcta motilidad gastrointestinal, asegurada por las características de la pared del tubo digestivo, su inervación y los movimientos resultantes. Dicha movilidad se lleva a cabo desde la cavidad oral y esofágica, hasta la motilidad gástrica y movimientos de los intestinos delgado y grueso.

La secreción de los jugos digestivos es de vital importancia, las glándulas responsables de las secreciones enzimáticas se encuentran localizadas principalmente entre la boca y el íleon. Las secreciones se producen por estímulos locales, nerviosos y por acción de las hormonas gastrointestinales.³⁹

La absorción de las sustancias nutritivas, el agua y los electrolitos, necesarios para la supervivencia del organismo, así como de las grasas, hidratos de carbono y proteínas, se lleva a cabo hasta que los alimentos sean hidrolizados y se obtengan compuestos absorbibles. A todo el proceso se le llama digestión.⁴⁰

Los factores que influyen en la nutrición tienen que ver con el desarrollo, el género, el origen racial, la cultura, las creencias sobre los alimentos, las preferencias personales, la religión, los estilos de vida, los medicamentos y tratamientos, el estado de salud, el consumo de alcohol, la publicidad y los factores psicológicos.⁴⁰

Las intervenciones de enfermería para favorecer una adecuada nutrición en el ámbito hospitalario están dirigidas a identificar alguna dificultad en la masticación y deglución, proveer un tipo de dieta adecuada y en caso necesario, colocar sondas para realizar el proceso y llevar a cabo los cuidados con la misma. Así mismo, debe colaborar en el proceso de alimentación, estimular al apetito, identificar problemas durante y posterior a la ingesta de alimentos, y administrar medicamento en caso necesario.

3. Eliminar por todas las vías corporales.

Las estructuras principales del aparato urinario son riñones, vejiga y uretra. Cada riñón produce orina, y se transporta a la vejiga por medio de un uréter. La vejiga urinaria sirve como reservorio de orina hasta que se presenta la necesidad de la micción.³⁵

Las nefronas son las unidades funcionales de los riñones, producen orina. Cada una está constituida por un corpúsculo renal y un túbulo renal que está rodeado por una red capilar. El proceso de formación de orina en todas las nefronas de ambos riñones reduce 120 ml de filtrado producido por minuto a 1 ml de orina. Por tanto, el gasto urinario diario promedio es de cerca de 1500 ml.⁴⁰

El proceso de eliminación de la orina -la micción- es un acto reflejo que se presenta como respuesta a cambios de presión dentro de la vejiga. Cuando empieza a reunir la orina, las paredes musculares de la vejiga se relajan y ocurre pocos cambios de presión. Después de que se acumulan cerca de 300 ml de

orina, las paredes de la vejiga se estiran y la presión aumenta, estimulando a los receptores de la pared vesical, que envían impulsos a la médula espinal.⁴¹

Después de que se acumulan 400 a 500 ml de orina, las paredes vesicales comienzan a contraerse y el esfínter interno se relaja y se produce la micción, que puede originarse antes, cuando el tono de la vejiga está aumentado como por ejemplo en infección o estrés emocional. Y puede demorarse por contracción voluntaria del esfínter externo o de los músculos abdominales, sin embargo, una vez que el volumen de orina alcanza cerca de 700 ml, la mayoría de los individuos pierde la capacidad para demorar la micción.³⁷

Si un paciente es incapaz de orinar, es posible que se acumulen hasta 1000 ml de orina. Cuando se retiene un volumen grande de orina, el recubrimiento y los vasos sanguíneos de la vejiga pueden lesionarse debido al estiramiento y la presión cada vez mayores. Cuando esto sucede, el individuo experimenta dolor, inquietud, escalofríos, bochornos, cefalea, diaforesis y aumento de la presión arterial.³⁷

Las alteraciones en la eliminación urinaria pueden ser resultado de cambios en la ingestión y excreción de líquidos, obstrucciones al flujo de orina, cambios en la secreción de la hormona antidiurética y alteraciones en el volumen sanguíneo. Las funciones de enfermería para atender esta necesidad se orientan a valorar la micción, sus características y cuantificación; a la toma de muestras, así como a la valoración de la densidad urinaria, la glucosa y el Ph. En caso necesario, coloca sonda vesical y orienta al paciente sobre los cuidados con ella.³⁶

En pacientes con sonda suprapúbica se dan los cuidados de limpieza; en otros casos, en pacientes con diálisis, se realiza la técnica de diálisis peritoneal así como los registros de balances. En los pacientes con hemodiálisis, se debe cuidar la cubierta del catéter, evitar la humedad y las lesiones; si tienen fístula se debe cuidar la piel cercana a ella y evitar lesionar la zona.

El proceso de eliminación intestinal involucra el aparato digestivo al convertir los alimentos en nutrientes celulares y eliminar los desechos que se generan. Las estructuras principales son boca, esófago, estómago e intestinos delgado y grueso.⁴⁰

La digestión se logra por medios mecánicos y químicos. Los alimentos se revuelven mecánicamente a través de las vías gastrointestinales por medio de contracciones intensas u ondas peristálticas de los músculos circulares y longitudinales de las paredes intestinales. Los esfínteres musculares y las válvulas están situados en puntos estratégicos a lo largo de las vías intestinales y ayudan a impulsar el bolo alimenticio o las heces a intervalos apropiados.³⁹

Al intestino grueso llega cada día una cantidad de quilo de unos 1500 ml, eliminándose por las heces sólo 100 – 200 ml de agua; el resto es absorbido. En la parte distal del colon se almacenan las heces y se excretan activamente iones bicarbonato, intercambiados de forma activa por iones cloruro. La flora intestinal

habitual produce además, vitaminas K, B₁₂, tiamina, riboflavina y gases de dióxido de carbono, hidrógeno y metano.

A partir de todas las sustancias no absorbidas, se forman las heces, constituidas por bacterias muertas, grasas, sustancias inorgánicas, proteínas, pigmentos biliares y detritus celulares. Su color se debe a la estercobilina y la urobilina, pigmentos derivados de la bilirrubina presente en la bilis y su olor, a los procesos microbianos, pudiendo variar en función del tipo de alimento y la flora intestinal.³⁹

Los productos intermediarios de la digestión deben eliminarse continuamente para mantener una función corporal normal. Las alteraciones en la eliminación pueden ser resultado de cambios en la motilidad, obstrucción de la luz o del intestino, deficiencias circulatorias y alteraciones inducidas por medios quirúrgicos a las estructuras de las vías intestinales.

Los cuidados de enfermería que se derivan de esta necesidad, en diversos tipos de pacientes, por lo común son: la vigilancia y registro de las evacuaciones, aplicación de enemas evacuantes en caso necesario, control de dieta y líquidos. En pacientes con colostomía, los cuidados se centran en la irrigación y cambio de bolsa.

4. Moverse y mantener posturas adecuadas.

El modelo de actividad – ejercicio se refiere a las costumbres que tiene cada persona con respecto al ejercicio, la actividad, el ocio, y la diversión. Esto comprende: las actividades de la vida diaria que exigen un gasto de energía, como son: mantener la higiene, cocinar, ir de compras, comer, trabajar y mantener el hogar, y la clase, calidad y cantidad de ejercicio físico, incluidos los deportes.³⁸

La movilidad es la posibilidad de desenvolverse de manera libre, fácil, rítmica e intencional en el entorno, y es una parte esencial de la vida porque se tiene que mover el cuerpo para protegerse de los traumatismos y para atender y cubrir sus necesidades básicas; es esencial para la independencia: una persona totalmente inmovilizada es tan vulnerable y está tan supeditada a los demás como un niño.

La posibilidad de moverse influye también en la autoestima y la imagen corporal. Para la mayoría de las personas, la autoestima está unida a una sensación de independencia y al sentimiento de ser útil o de ser necesitado. Los movimientos del sistema músculo-esquelético son la abducción, eversión, flexión, aducción, inversión, extensión e hiperextensión, así como protracción, pronación, circunducción, retracción, supinación y rotación.³⁵

El sistema muscular es un sistema de más de 600 fibras fijadas a los huesos; permite el movimiento corporal bajo el control del sistema nervioso voluntario. Los músculos proporcionan movimiento corporal, soportan el cuerpo y permiten practicar la producción parcial de calor. Las fibras de los músculos voluntarios se

agrupan juntas en una vaina de tejido conjuntivo. Éste puede continuarse con el tejido fibroso que se extiende desde el músculo hasta el tendón.⁴⁰

Las fibras musculares tienen varias propiedades: excitabilidad, contractilidad, también tienen la capacidad de mantener una contracción regular (tonicidad), estirarse como respuesta a una fuerza aplicada (extensibilidad) y recuperar su tamaño y forma original cuando se elimina la fuerza aplicada (elasticidad).

Los músculos esqueléticos mueven el cuerpo ejerciendo tracción sobre el hueso, éstos sirven como palancas; las articulaciones son puntos de apoyo para estas palancas. Cada músculo tiene un punto de origen y un punto de inserción y suelen estar fijos al hueso. La función de las articulaciones es proporcionar flexibilidad y movilidad al esqueleto.⁴⁰

Los factores que afectan a la alineación y a la actividad corporal son el crecimiento y desarrollo, salud física y mental, nutrición, valores y actitudes personales, factores exógenos y limitaciones prescritas.

Las actividades de enfermería que satisfacen la necesidad de actividad y ejercicio están enfocadas en la colocación postural del paciente en cama. Los cambios de posición con ayuda de almohadillas en pacientes con limitación en el movimiento, evitan las zonas de presión y fomentan el ejercicio a través de movimientos pasivos o activos. Otras actividades son: educación para la salud, ayudar y apoyar al paciente y su familia en el traslado a la cama, silla o sanitarios y ayudarle a caminar.

5. Dormir y descansar.

El reposo y el sueño son esenciales para la salud. Las personas enfermas, con frecuencia, requieren más reposo de lo normal. Las personas debilitadas gastan cantidades de energía sólo para recobrar la salud o para mantener las actividades de la vida cotidiana. Como resultado, sufren de fatiga mayor y frecuente, por lo tanto necesitan más tiempo para descansar y dormir.³⁵

El reposo restablece la energía de la persona, permitiendo que el sujeto recupere un funcionamiento óptimo. Cuando las personas están faltas de sueño a menudo se encuentran irritables, deprimidas, cansadas y pueden controlar mal sus funciones.

El reposo implica calma, relajación sin estrés emocional y estar libre de ansiedad. Por consiguiente, no implica necesariamente inactividad; de hecho, algunas personas encuentran descansadas ciertas actividades como caminar al aire libre. Aunque el reposo por sí solo no modifica ni cura ninguna enfermedad, es un factor de importancia considerable para evitar el progreso de la afección. Esto se verifica particularmente en el hipertiroidismo, las enfermedades de los riñones, hernias, diabetes, enfermedades infecciosas, trastornos nerviosos e hipertensión. El reposo es uno de los procesos naturales de reparación en la enfermedad pero se

ha de tener en cuenta que para que sea efectivo debe combinarse con suficientes horas de sueño.⁴²

El sueño es una necesidad humana básica; es un proceso universal, común a todas las personas. El sueño se considera un estado de inconsciencia. Más recientemente, ha venido a considerarse como un estado de alteración de la conciencia en el que la percepción y la reacción al ambiente del individuo están disminuidas. Se caracteriza por una actividad física mínima, niveles variables de conciencia, cambios en los procesos fisiológicos orgánicos y disminución de la respuesta ante estímulos externos. Parece que los individuos responden a determinados estímulos mientras duermen y descartan de manera selectiva otros estímulos carentes de significado.³⁷

Los factores que pueden afectar el sueño son procesos de enfermedad, ambiente, fatiga, estilo de vida, estrés psicológico, estimulantes y alcohol, dieta, consumo de tabaco, motivación y medicamentos. Los trastornos del sueño más frecuentes en el ámbito hospitalario son: temores nocturnos, pesadillas, enuresis nocturna y privación del sueño. El número de horas que requiere una persona es variable, algunas pueden funcionar bien durmiendo solamente cinco horas cada noche, mientras otras requieren hasta diez horas, por lo general se considera normal 8 horas.

Las funciones de enfermería para fomentar el reposo y sueño son el planear una rutina de preparación para la noche y variarla de acuerdo con las necesidades del paciente. Se sugiere un aseo vespertino, acomodarse las sábanas y frazadas. Crear un ambiente propicio para el descanso, es decir, emplear luces de noche, disminuir el ruido ambiental dentro de lo posible, proporcionar el medicamento antes de dormir, proporcionar ropa cómoda, ofrecer masaje en la espalda, evitar zonas de presión, dejar a la mano el orinal y cómodo. Administrar analgésico en caso que lo requiera el paciente así como cerrar cortinas de la ventana si entra luz.

6. Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse.

Cada persona tiene un particular y único estilo para vestirse, en relación con su estilo de vida, actividad profesional, cultura y situación económica, entre otros. Pero en los pacientes hospitalizados depende de su estado patológico y las limitaciones físicas y mentales que tienen para realizar la actividad de vestirse y desvestirse, generalmente requieren ayuda de los familiares o bien del profesional de enfermería.

En el ámbito hospitalario las preferencias o gustos del paciente no son precisamente tomados en consideración para vestir la ropa apropiada para la estancia y recibir atención, ya que factores ajenos al individuo requieren ser atendidos y considerados como prioritarios para el tratamiento del paciente.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales.

La temperatura corporal es el equilibrio entre el calor producido y el que pierde el organismo. La temperatura superficial del cuerpo varía con los cambios ambientales y el ser humano ha aprendido a protegerse lo mismo del calor que del frío; además ha desarrollado la capacidad para modificar su ambiente inmediato, con el fin de obtener la temperatura ambiental más cómoda.⁴³

El mecanismo regulador de temperatura del organismo tiene por objeto conservar la temperatura corporal en 37°C. La temperatura central normal tiene una fluctuación circadiana regular de 0.5 a 0.7°C; el calor generado dentro del organismo es contrarrestado de manera eficaz por la pérdida corporal, lo cual se lleva a cabo de diversas maneras. Gracias a este mecanismo regulador la temperatura orgánica puede mantenerse constante en el hombre, a pesar de la temperatura ambiental.⁴⁴

El cuerpo cuenta con diversos mecanismos de adaptación como: promover la producción de calor si la temperatura corporal disminuye, o perderlo si se eleva demasiado. La piel es el órgano responsable de mantener la temperatura a nivel óptimo mediante la evaporación y la respiración. Por lo general, los mecanismos de regulación del calor corporal conservan un equilibrio preciso entre su producción y pérdida, en esta forma se preserva la temperatura interna dentro de un margen estrecho, que no suele variar más de un grado en un día.⁴³

En el hombre, el mecanismo principal para enfriar el cuerpo es el aumento de la sudoración, ello facilita considerablemente la pérdida de calor por evaporación en la piel. Si la temperatura ambiental es mayor que la del cuerpo, la sudoración es el único mecanismo por el que la persona pierde calor. Los factores que alteran la temperatura son: la edad, el sexo, el ejercicio, el ambiente, la ropa y los alimentos, así como los procesos patológicos, manifestados por la fiebre.⁴¹

La elevación de la temperatura es uno de los signos principales de enfermedad y con frecuencia, una de las primeras indicaciones observables de alteración de la función termorreguladora. La conservación de una temperatura mayor que la normal impone mucho esfuerzo a los mecanismos de adaptación del cuerpo, por lo tanto, gran debilidad. El peligro de la hipotermia se debe, en la mayoría de los casos, a la exposición prolongada a una temperatura ambiental fría.⁴¹

Las funciones de enfermería que se desprenden de la necesidad de termorregulación están orientadas, por ejemplo en caso de hipertermia a favorecer el descanso, utilizar medios físicos fríos, administración de antipiréticos, conservación de la hidratación y del estado nutricional, y baño templado con esponja o de regadera.

En el caso de presentar hipotermia las medidas están orientadas a proporcionar calor, a través de aplicación de calor con colchón eléctrico (aplicar calor seco) o con frazadas, ingesta de líquidos calientes, uso de lámpara de calor, baño caliente y favorecer el descanso y sueño.

8. Higiene corporal.

La piel es la primera barrera defensiva contra la enfermedad. Una piel intacta evita que los microbios penetren en el cuerpo y que generen una infección. También las mucosas oral, genital y anal deben permanecer indemnes y limpias. Al margen de la limpieza, una buena higiene impide los malos olores corporales y del aliento. También favorece la relajación y estimula la circulación.

La higiene está influida por factores socioculturales y personales. Las personas suelen tener una serie de hábitos rutinarios en cuanto a su higiene, por ejemplo, cepillarse los dientes y lavarse la cara y las manos al levantarse. Éstos y otros actos se realizan a menudo antes y después de comer y al acostarse. El personal de enfermería determina la capacidad del paciente para llevar a cabo el autocuidado y lo ayuda en su higiene personal siempre que sea necesario, protegiendo el derecho a la intimidad y a que elija lo que prefiera. El mantenimiento de la higiene personal es importante para la comodidad, la seguridad y el bienestar del individuo.⁴⁵

Como el cuidado higiénico implica contacto estrecho con el paciente, mediante la comunicación, la enfermera promueve una relación terapéutica y aprovecha este tiempo del cuidado para la educación y el consejo. Durante el baño, puede integrar otras actividades de enfermería que incluyen la valoración e intervenciones tales como ejercicios de amplitud de movimiento articular, aplicación de apósitos, inspección y cuidado de los puntos de inserción de las vías intravenosas, entre otras. Además debe preservar toda la independencia del paciente, asegurar su intimidad, mostrarle respeto y promover la comodidad física.

9. Evitar peligros del entorno.

El entorno del paciente incluye los factores físicos y psicosociales que afectan su vida y su supervivencia, e incorpora a todos los entornos en los que la enfermera y el paciente interactúan. La seguridad en estos entornos reduce la incidencia de enfermedad y lesiones, acorta la duración del tratamiento y hospitalización, mejora o mantiene el estadio funcional del paciente e incrementa su sensación de bienestar.⁴³

Un entorno seguro hace posible además la protección del personal, permitiéndoles trabajar de forma óptima. Con ello se reducen los riesgos físicos y la transmisión de microorganismos, se mantiene la higiene y se controla la contaminación. Los problemas debidos a una protección inadecuada son tratados, a menudo, por los trabajadores de la salud, por ejemplo, durante el invierno, el enfriamiento de dedos y orejas por la falta de abrigo adecuado es uno de los peligros del entorno.

Muchas personas creen que ciertos procedimientos médicos y de enfermería son dañinos y peligrosos. Esto no debe sorprendernos ya que muchos de ellos utilizan equipos que asustan, penetren el cuerpo y causan dolor o incomodidad. Si se explica al paciente el por qué es necesario realizar algún procedimiento, cómo lo va a efectuar y lo que puede suceder al realizarlo, lo ayudará a sentir más confianza y seguridad.

Algunos pacientes no pueden protegerse a sí mismos, dependen de otros para su seguridad. Hay algunos factores que pueden aumentar el riesgo de lesiones, entre ellas la edad, el estado de conciencia, el entorno, los defectos visuales, la hipoacusia, la alteración del olfato y el tacto, de la movilidad y los medicamentos.⁴² Estas lesiones se pueden prevenir si se identifican oportunamente factores.

La seguridad, a menudo definida como permanecer libre de lesiones psicológicas y fisiológicas, constituye una necesidad humana básica que debe ser satisfecha. Los cuidados sanitarios proporcionados de manera segura y en un entorno seguro son esenciales para la supervivencia y el bienestar del paciente.⁴¹

10. Comunicarse con los demás.

La comunicación es un proceso en el que las personas se ven influidas unas a otras a través del intercambio de información, ideas y sentimientos; es verbal y no verbal. En la verbal se utilizan palabras, ya sean escritas o habladas. La mayoría de las comunicaciones verbales se hacen mediante la palabra hablada y el proceso implica mirar a la persona, controlar el volumen y tono de voz, hablar con claridad, despacio, pronunciando bien, evitando uso de jergas y palabras soeces. Se debe repetir la información si es necesario, preguntar cada vez una cosa y aguardar la respuesta, no gritar, susurrar o hablar entre dientes. La comunicación escrita se emplea cuando una persona no puede hablar u oír.⁴⁵

La comunicación no verbal no utiliza palabras. Los gestos, las expresiones faciales, la postura, los movimientos del cuerpo, el tacto y el olor envían mensajes. Los mensajes no verbales reflejan de una manera más precisa los sentimientos de una persona y suelen ser involuntarios y difíciles de controlar. Una persona puede decir una cosa y actuar de otra manera; por tanto, hay que mirar a las personas a los ojos, fijarse en los movimientos de sus manos, sus gestos, su postura y sus acciones.⁴⁶

La comunicación interpersonal es básica en la relación humana y esencial en la práctica enfermera. Forma parte del arte de la enfermería: el uso creativo intencional de uno mismo, basado en la habilidad y la pericia para transmitir emoción y significado al otro. Es un proceso que requiere interpretación, sensibilidad, imaginación y participación activa. Es un intercambio de energía, un acto de compartir que se emplea para establecer y mantener relaciones con los demás.⁴⁵

Las enfermeras se relacionan con muchas personas en el curso de su profesión, la competencia en la comunicación ayuda a mantener relaciones afectivas con el entorno de la práctica profesional y a encontrar estándares de cuidados legales, éticos y clínicos. El fracaso en la comunicación causa una dificultad importante, aumenta la responsabilidad y amenaza la creatividad profesional. Así, la necesidad de comunicación es importante para poder indagar sobre el estado de salud, dar y recibir información para cualquier relación personal y poder ayudar en el proceso de atención en el ámbito hospitalario o en cualquier otro.

11. Vivir de acuerdo a sus valores y creencias.

La cultura se define como los valores creencias, hábitos, gustos, aversiones y características de un grupo que se transmite de una generación a otra. La cultura del paciente influirá en sus creencias y prácticas de salud y también en su conducta durante la enfermedad.⁴²

Las creencias espirituales tienen más importancia en la enfermedad que en cualquier otro momento de la vida del individuo. Algunas personas consideran la enfermedad como una prueba de fe, otras como un castigo. Normalmente las creencias espirituales ayudan a las personas a aceptar la enfermedad y a planificar el futuro. La mayoría de las religiones establecen una serie de restricciones y prohibiciones, las cuales pueden afectar a la persona. La enfermera dentro del desarrollo de su función, debe respetar todas las religiones y creencias, y a su vez, debe facilitar la asistencia necesaria. Para ello debe conocer los valores y creencias de la persona.⁴⁷

La religión se relaciona con la práctica de las creencias y necesidades espirituales. Así como la cultura, la religión de un individuo puede influir tanto en la salud como en la enfermedad. La religión puede contener prácticas y creencias relacionadas con dietas, curación, días de trabajo, nacimiento y muerte.³¹

Los términos espiritualidad y religión a menudo se usan como si fuesen lo mismo, pero para muchas personas tienen diferentes significados. La religión puede definirse como un conjunto específico de creencias y prácticas generalmente relacionadas con un grupo organizado. La espiritualidad puede definirse como el sentido personal de paz interior, propósito y conexión con los demás, así como las creencias acerca del significado de la vida. La espiritualidad se puede encontrar y expresar por medio de una religión organizada o de otras maneras. Muchos pacientes se consideran tanto espirituales como religiosos; otros pueden considerarse religiosos, pero no espirituales o espirituales pero no religiosos.⁴⁸

Cuando se tenga la oportunidad de atender a personas de otra cultura y religión, se debe aprovechar la oportunidad de aprender sobre ellas, para entenderlas y brindarles una mejor atención. Aunque un paciente pueda tener una educación cultural o religiosa particular, no siempre acata todas las creencias y prácticas del grupo, hay que recordar que cada persona es única y se debe evitar juzgar a los pacientes a partir de los propios criterios.⁴⁹

La salud espiritual se logra cuando las personas encuentran un equilibrio entre valores vitales, objetivos, sistemas de creencias y relaciones con ellos mismos y con los demás. Durante el transcurso de la vida un individuo se puede hacer más espiritual, ser cada vez más consciente del significado, el propósito y los valores de la existencia.³¹

El crecimiento, el dominio y el logro del poder son resultados positivos que se pueden lograr cuando se han utilizado los recursos espirituales. En épocas de estrés, enfermedad, recuperación o pérdida, una persona puede volver a aprender

formas previas de respuesta o adaptación a una situación. La espiritualidad comienza cuando los niños aprenden cosas sobre sí mismos y sobre su relación con los demás. Muchos adultos experimentan crecimiento espiritual cuando inician relaciones de por vida. La capacidad para interesarse significativamente por los demás y por uno mismo es una prueba de que se tiene una espiritualidad sana.⁴⁹

Es muy importante respetar estas creencias y no juzgar ni calificarlas de buenas o malas. Para aliviar la angustia espiritual, las enfermeras deben fijarse en las necesidades espirituales que nos refiere el paciente más que en la adscripción atribuida en el historial. No se debe dar por sentado que el usuario no tiene necesidades espirituales por el hecho de autodefinirse como ateo.⁴⁷

Para ser eficaz en sus actuaciones, las enfermeras deben examinar y revisar sus propias creencias y valores personales y sí se sienten incómodas ayudando al paciente en los aspectos religiosos, deben informar sobre ello y buscar a alguien que pueda sustituirlas.⁴⁷

Las acciones de enfermería pretenden ayudar al usuario a conseguir sus objetivos generales de fortaleza espiritual, serenidad y satisfacción personal, entre ellas puede realizar las siguientes:

- Ayudar a encontrar un significado a lo que está pasando.
- Ayudar a que utilice sus recursos para enfrentarse a la enfermedad.
- Ayudar a que cumpla obligaciones religiosas.
- Proporcionar recursos espirituales.
- Los familiares pueden necesitar ayuda espiritual.
- Informar sobre los medios con los que cuenta el hospital para satisfacer las necesidades espirituales y procurar que se beneficien de ello en la medida de lo posible.
- Enseñar a la persona a controlar sus emociones para que sus ideales no se vean afectados de manera negativa.
- Respetar las propiedades de los pacientes que tengan un significado religioso y permitirles conservar tales artículos.

12. Realización personal.

Respecto a la realización personal, la mayoría de las personas la desarrollan con los papeles o roles que desempeñan en la familia, con las amistades, en el trabajo y otros círculos sociales. Una de las formas más tratadas está relacionada con la elección de una carrera o actividad para ganarse la vida, ya que con ella logra satisfacer una parte importante de sus necesidades materiales.⁴⁹

Las personas que tienen un patrón de carrera estable permanecen con una sola vocación y en la edad adulta intermedia, a menudo, logran posiciones de poder y responsabilidad. Los trabajadores compulsivos laboran a un ritmo frenético, ya sea realizando un esfuerzo desesperado por conseguir seguridad financiera antes de jubilarse o porque encuentran difícil renunciar a la autoridad.⁴⁹

Los trabajadores tranquilos han cumplido su nivel de logros, incluso si no llegaron tan lejos como esperaban. Entre ellos, los mejores adaptados experimentan una sensación de relajamiento y no de fracaso. Con frecuencia son más felices, menos cínicos y más firmes en su temperamento que sus contrapartes exitosas. Para realizarnos en la vida es necesario conocer nuestra propia naturaleza y vivir de acuerdo a ella. A medida que logremos más acceso a nuestro verdadero ser, también iremos teniendo espontáneamente pensamientos creativos.⁵⁰

Las personas que siguen el patrón variable tratan de lograr una concordancia mejor entre lo que pueden hacer, lo que desean y esperan de su trabajo y lo que obtienen fuera de éste. Esta reevaluación puede conducir a un cambio de carrera, o de profesión en cualquier momento de la edad adulta, pero la edad adulta intermedia, con sus necesidades financieras y sus responsabilidades familiares modificadas, es un momento ideal para hacerlo.⁵¹

Cuando hablamos de vocación estamos hablando de aquello que verdaderamente somos pues todo ser humano es, en principio y en esencia, una vocación. De aquí la imposibilidad de una realización personal completa y madura, si ésta no se asienta en las estructuras internas que conforman su vocación. Todo cobra sentido y se sostiene cuando lo realizado es consecuencia de un "ir rellenando" el esqueleto estructural marcado por la vocación individual de cada uno.⁵¹

Debido a que menos mujeres ancianas y de edad adulta intermedia han trabajado durante la edad adulta, tienen menos probabilidad que los hombres de mostrar un patrón estable; si lo hacen, pueden alcanzar las etapas tradicionales de desarrollo de la carrera más tarde que los hombres.⁴⁹

La vida se ve alterada cuando una persona cuando se encuentra hospitalizada, ya que se desconecta con el mundo exterior y por un tiempo indefinido sus compromisos y lazos laborales, familiares y sociales se ven alterados.

13. Recreación y ocio.

El valor de la sana diversión consiste en saber elegir actividades que nos permitan sustituir nuestras labores cotidianas por otras que requieren menor esfuerzo, sin descuidar nuestras obligaciones habituales, facilitando el desarrollo físico, intelectual y moral de las personas.⁵²

En el ámbito hospitalario, es difícil llevar una serie de actividades destinadas a la diversión y el entretenimiento, por el estado de salud de los pacientes y porque en la mayoría de las instituciones en nuestro contexto no tiene áreas específicas para el desarrollo de esta parte fundamental en el tratamiento integral del enfermo.

La recreación como estrategia terapéutica contribuye a apoyar procesos sociales en el sentido de atender las carencias y necesidades propias del ser humano, así como sus intereses y desarrollo integral (físico, social, mental, emocional); propicia la solución de problemas asociados a la hospitalización y la intervención

quirúrgica, tales como: la inseguridad, la baja de autoestima, dificultades de socialización, maltrato y violencia, entre otros. Pues a través de la lúdica y los lenguajes lúdicos-creativos, el ser humano representa su mundo, sus temores y ansiedades con la posibilidad de exteriorizar su situación y dar cabida a posibles resultados positivos.⁵³

Hay quienes piensan que divertirse consiste en reír todo el tiempo y hacer sólo las cosas que nos gustan y sirven de entretenimiento; sin embargo, una buena diversión va mucho más allá de sentirse bien y cómodo. La realidad es que todos nos divertimos de alguna manera, pero cabe cuestionarnos si todas nuestras alternativas permiten formar y desarrollar los valores; muchas veces dejamos "reposar" a los valores y actuamos como si la diversión fuera un apartado en nuestra vida.⁵³

El problema de fondo radica en la moderación de nuestros gustos y el control de nuestras apetencias, es decir, saber dedicar el tiempo necesario e indispensable a cada actividad recreativa y no caer en cualquier tipo de excesos. La buena diversión nos permite crecer humanamente y realizar algo positivo, quién vive inmerso en un mundo agitado, se olvida de los demás y es la imaginación, la vista, el gusto o el tacto los gobiernan su actuar, convirtiéndose en "dependiente" de las actividades que le proporcionan placer físico y lo hacen sentirse bien y a eso, no se le puede llamar diversión.

Las actividades recreativas que se llevan a cabo en una institución hospitalaria son principalmente visitas de familiares y amigos, lectura de revistas y periódicos, ver televisión y escuchar la radio. Existen muchas otras formas de entretenimiento, pero generalmente se realizan en las áreas de pediatría y no en las de adultos.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

Aprender es la necesidad del ser humano de adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación o adquisición de comportamientos. Muchas de las medidas adoptadas se hacen para mantener la salud. Es imposible separar la enseñanza del aprendizaje. Enseñar es un proceso interactivo que favorece el aprendizaje, se compone de un grupo de acciones conscientes y deliberadas que ayudan a los individuos a adquirir nuevos conocimientos, cambiar actitudes o desarrollar nuevas habilidades. Aprender es la adquisición intencionada de nuevos conocimientos, actitudes y habilidades. Nuestra postura frente al proceso de enseñanza-aprendizaje, tiene una base humanista donde cada individuo elige y construye su propio conocimiento.⁵⁴

La educación de los pacientes se ha convertido en uno de los roles más importantes para las enfermeras que trabajan en cualquier medio sanitario. Tanto ellos como su familia tienen derecho a una educación para la salud, de forma que sean capaces de tomar decisiones inteligentes e informadas sobre su salud y su estilo de vida. Muchas personas reciben tratamientos en sus casas o en el medio extrahospitalario. Todas estas situaciones requieren que la enfermera ofrezca una educación adecuada para garantizar los resultados esperados.⁴²

Los adultos y personas mayores se motivan para aprender cuando descubren necesidades que pueden llegar a satisfacerse mediante la educación dirigida hacia esas situaciones concretas de su vida. La metodología más adecuada es el análisis de la propia experiencia, teniendo en cuenta que las diferencias individuales son considerables en determinada edad y cada uno tiene sus propias formas de aprendizaje, de hábitos de trabajo y de disponibilidad.

Cada vez se reconoce más la importancia de crear oportunidades educativas para la población joven y adulta, pero en el caso de salud, nuestra prioridad es atender a aquellos que no asistieron a la escuela o que la abandonaron de manera prematura, porque para ellos el proceso de aprendizaje es más complejo y requiere de mayores habilidades creativas para lograr la transformación de sus comportamientos.⁵⁵

Un plan completo y bien diseñado que atiende las necesidades de aprendizaje del paciente puede reducir los costes de la atención sanitaria, mejorar la calidad de los cuidados para lograr un bienestar óptimo y una mayor independencia. Educar no es informar, cuando informamos simplemente transmitimos conocimientos. Con frecuencia las sesiones que se realizan con el fin de educar a los pacientes, utilizan un lenguaje que no se comprende, con una situación muy diferente a la que viven y con unas metas que no sienten necesarias para su bienestar.⁵⁶

El proceso educativo es algo más complejo; en el aprendizaje influyen múltiples factores como: el conocimiento, factores personales (edad, nivel de instrucción, creencias, experiencias de enfermedades anteriores, factores psicológicos) y factores ambientales (familia, amigos, trabajo, ocio, recursos). Si no los tomamos en cuenta, la educación no tiene la capacidad suficiente para crear un cambio de conducta.⁵⁶

El aprendizaje se debe realizar en tres niveles: el cognitivo (conocimiento), el afectivo (creencias, experiencias, actitudes) y el psicomotor. Cuando la educación incluye estos niveles, el paciente tiene conocimiento de su enfermedad, sintomatología, complicaciones y tratamiento, incorpora a su vida diaria todas las expectativas de manejo para hacerlas suyas y tiene habilidades manuales y físico-mentales necesarias para decidir de manera responsable sobre su propia enfermedad.⁵⁶

El significado de la educación del paciente se ve reforzado debido a su derecho a saber y a ser informado sobre el diagnóstico, el pronóstico, los tratamientos y los riesgos. Los materiales educativos que se proporcionan deben ser fácilmente comprensibles. Es negligente asumir que las personas aprenderán por sí mismas. Se necesita una enseñanza correcta y oportuna para que tomen decisiones y mejoren su estado de salud global.

3.6 Cuidados de enfermería que se realizan en Medicina Interna

En este apartado se presenta una descripción breve del área hospitalaria de medicina interna, especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, sobre todo de los problemas en los órganos internos que no ameritan tratamientos quirúrgicos.⁵⁶ Un servicio de medicina interna, puede manejar el 90% de la patología médica que llega a un hospital y con el apoyo de otros servicios y un mínimo grupo de especialistas (endoscopista, radiólogo intervencionista) hasta el 95% de la patología médica de un hospital general. Esta área es una de las más versátiles, mejor formada y más eficiente en términos económicos en relación con otras áreas hospitalarias. De ahí que en cualquier hospital por pequeño que sea, pueden faltar algunas especialidades pero siempre hay un servicio de medicina interna.⁵⁶

Para llevar a cabo los cuidados y actividades propias del servicio y dar cumplimiento a la pronta recuperación de los pacientes de un área de medicina interna, es necesario contar con personal de enfermería de diversos niveles de preparación. Específicamente en el ámbito asistencial, enfermería desarrolla una serie de cuidados tales como cumplir el tratamiento médico y los propios del quehacer enfermero, a continuación se mencionan algunos de los cuidados más comunes que se realizan en dicha área, los cuales se han clasificado tomando como base del modelo de Henderson, es decir las necesidades humanas básicas.

Estos cuidados fueron seleccionados del manual de intervenciones de enfermería del hospital regional de alta especialidad del Bajío y unidad de apoyo.⁵⁷

1. Respirar normalmente.

Los cuidados específicos para favorecer la respiración son entre otros:

- toma, vigilancia y reporte de signos vitales
- administración de medicamentos
- manejo y colocación de aditamentos de oxigenación (oxigenoterapia)
- monitorización
- aspiración de vías aéreas
- cambios de posición
- fisioterapia respiratoria
- fomento a ejercicios respiratorios
- manejo y cuidados de ventilación mecánica
- manejo de líquidos

2. Comer y beber adecuadamente

- ayuda en la alimentación
- manejo de líquidos
- fomento a posición cómoda

3. Eliminar por todas las vías corporales

- fomentar la movilidad
- manejo de líquidos, alimentos y medicación.
- enema evacuante
- cambio de pañal (aseo)
- manejo y cuidado de estomas
- ayuda para la eliminación, acercando los aditamentos necesarios
- administración de medicamentos
- ayuda en el autocuidado para la eliminación urinario o intestinal
- colocación de sonda vesical
- cuidados del drenaje vesical

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

- fomentar la movilización
- masaje a pacientes inmóviles
- cambios de posición
- ejercicios pasivos y activos a pacientes con deterioro neurológico

5. Dormir y descansar

- fomentar el sueño
- manejo ambiental: confort
- facilitar medicación (por valoración)
- manejo del dolor, aplicación de analgésico

6. Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse

- ayuda en el autocuidado
- cambio de ropa sucia o mojada.

7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales

- manejo ambiental.
- regulación de la temperatura corporales- antipiréticos-
- aplicación de calor o frío (medios físicos)
- control de líquidos

8. Higiene corporal

- baño de regadera o esponja
- fomento a la higiene general
- cambio de ropa limpia

- aseo de boca y dentadura
- ayuda en el autocuidado
- ayuda en el acicalamiento

9. Evitar peligros del entorno

- cuidados de heridas y sitios de incisión
- cuidados de la piel y aplicación de fármacos tópicos
- disminuir la ansiedad
- identificar riesgos del ambiente
- vigilancia continua de los pacientes
- prevención de caídas

10. Comunicarse con los demás

- escucha activa
- fomento a la comunicación sobre su salud
- fomento a la comunicación en general

11. Vivir de acuerdo a sus valores y creencias

- dar esperanza
- fomento a sus valores y creencias espirituales
- respeto por sus valores y creencias

12. Realización personal

- apoyo emocional
- fomentar el apoyo familiar
- escucha activa
- apoyo en la toma de decisiones

13. Recreación y ocio

- escucha activa
- fomento al diálogo con otros pacientes
- fomento a los medios de distracción: radio, televisión, revistas o periódicos

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

- enseñanza de procedimientos generales
- enseñanza sobre identificación de riesgos
- enseñanza sobre tratamiento y medicación

En general, estas son las principales acciones que realiza enfermería para dar una atención a los pacientes de medicina interna, algunos tienen mayor grado de dependencia y estos son los que requieren mayor tiempo y cuidados por parte del personal.

3.7 Caracterización del servicio de hospitalización de medicina interna

El hospital del cual egresaron los participantes de la presente investigación, es una institución que tiene reconocimiento por las personas que viven en el estado de San Luis Potosí, en otros estados vecinos, tanto por sus diversas especialidades médicas como por el personal profesional de salud que labora en dicha institución.

Respecto al servicio de medicina interna, en las áreas de hombres y mujeres tiene una gran demanda de ingresos, la cual se ha incrementado debido a las altas tasas de morbilidad por enfermedades del corazón, diabetes mellitus, insuficiencia renal, tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades del hígado, influenza y neumonías, así como VIH/SIDA.

El servicio se encuentra dividido por sectores, en el área de hombres son cuatro sectores, con tres salas generales y dieciséis privados, en total la capacidad es para veintiocho pacientes. Los privados son pequeños, de aproximadamente 3 x 3 m², tienen dos ventanas grandes y puerta principal, la iluminación es aceptable, y cuenta con lámparas, una principal en cabecera y una cerca del piso, que en ocasiones no funcionan.

Además, cuenta con un control de enfermería, una oficina para médicos, una sala de descanso, un aula para sesiones, una ropería, una cocina, dos baños para el personal y una para pacientes con tres regaderas, dos sanitarios, un mingitorio, dos lavamanos. En el área de mujeres existen dos salas generales y doce privados, en total son veinte camas; está distribuida de la misma manera que la de hombres, excepto que no cuenta con cocina, en esta área se encuentra un cuarto para procedimientos diagnósticos.

Este servicio, a través del tiempo, se ha ido equipando con tecnología electromédica en función de las necesidades que demanda el servicio, entre ellos: equipos de bomba 5000, bombas infusomat, oxímetros, monitores, electrocardiógrafos, ventiladores mecánicos y equipo rojo de acuerdo a la normatividad.

Según el departamento de estadística de la institución, los ingresos en el año 2007 fueron, de 1996 y con 1727 egresos y 284 defunciones. Durante el periodo 26 de Diciembre del 2006 al 25 de Octubre del 2007, las principales cinco causas de morbilidad fueron: enfermedades del corazón 167, diabetes mellitus 112, insuficiencia renal 115, tumores malignos 111 y EVC 107 casos y las cinco primeras causas de mortalidad: enfermedades del corazón 35, diabetes mellitus, insuficiencia renal y tumores malignos es de 27 en cada una de las enfermedades

y en EVC fue de 23. La alta demanda de ingresos y las características de las patologías de los pacientes han transformado el servicio de mediana en alta complejidad.

El promedio de días estancia está entre 8 y 15 días, dependiendo del tipo de patología con la que ingresa el paciente, algunos acuden únicamente a procedimientos sencillos para darle continuidad a su tratamiento médico, otros acuden para confirmar algún diagnóstico, o son pacientes frecuentes que ingresan por descompensación metabólica y/o para sesiones de hemodiálisis.

El grupo de enfermería asignado a esta área, lo conforman un total de 46 personas, incluyendo al personal que cubre descansos. La distribución es la siguiente: cinco en atención directa y una jefa de servicio en los turnos matutino y vespertino, en el área de hombres y en el tercer turno sólo cuatro enfermeras y no hay jefa de servicio. En el área de mujeres cuentan con cuatro enfermeras operativas tanto en el primero como en el segundo turno y tres enfermeras en el tercer turno, solamente hay una jefa en esta área y se encuentra en la mañana.

De estas 46 personas del servicio de medicina interna, solo 17 son licenciadas en enfermería, el resto, es decir 29 son enfermeras generales, de las cuales tres (3) están próximas a obtener el grado de licenciatura. Es importante mencionar que aun no existe en la institución la forma de trabajo en equipo, así que a la enfermera le asignan pacientes, en promedio son 6 a 7 pacientes por enfermera (o), los cuales pueden ser de moderada a alta complejidad y se distribuyen por el método tradicional es decir, se divide el total de pacientes entre el personal sin considerar la complejidad del cuidado que requieren.

El trabajo de enfermería varía según los turnos, los pacientes y sus patologías; las actividades generales del personal operativo son toma de signos vitales, cambio de cama y ropa del paciente, administración de medicamentos en sus diversas vías, baño de pacientes (en regadera o de esponja y únicamente en la mañana y la tarde), preparación y regulación de infusiones, curación de catéteres, colocación de sondas vesical y nasogástrica. Cada dos meses se cambia el rol interno para asignar las actividades con los pacientes en los distintos turnos del personal; de esta forma todos los turnos participan del cuidado.

La jefa del área realiza actividades de tipo administrativo, tales como la revisión de indicaciones médicas, actualización y pedido de material emergente para algún procedimiento por parte de los médicos, por ejemplo la colocación de catéter subclavio, el pedido de material a otros servicios, la elaboración de censo y las hojas de egreso e ingreso. En el tercer turno todas las actividades antes mencionadas las realiza el personal operativo, según se requiera para cada paciente que está a su cargo. Así que además de cumplir con las necesidades propias de la atención directa, se realizan las administrativas.

Por otra parte cada sector tiene actividades específicas como el cierre de censo, elaboración de listado de dietas que se realiza únicamente en el tercer turno y lavado del control de enfermería. Algunas otras actividades son distribuidas en los

diferentes turnos: elaboración de fijadores para sonda vesical, lavado y empaquetado de frascos de vidrio para toma de muestras.

Un paciente, desde que ingresa a esta área, vive una serie de experiencias relacionadas con los procedimientos diagnósticos, su atención o cuidados durante el tratamiento, la interrelación con el personal de salud y la dinámica social con otros pacientes, entre otras situaciones particulares del servicio. Cuando requieren oxigenación se le colocan puntas nasales, nebulizador o mascarilla reservorio, y en ocasiones requieren ventilación mecánica, en función de las muestras de gasometría que se les realiza y si mejora su estado ventilatorio, se coloca de manera intermitente la mascarilla o las puntas nasales, según orden médica o por iniciativa del personal de enfermería. En otras ocasiones, el paciente no acepta el aporte de oxígeno y se retira el aditamento, en estos casos el personal de enfermería debe explicar la importancia de mantenerlo oxigenado y le insiste en la colocación cada vez que se lo retire.

Para garantizar el adecuado aporte de oxígeno, también se coloca al paciente en una posición adecuada (semi fowler o fowler completo) y todo paciente con diagnósticos de compromiso ventilatorio reciben micro nebulizaciones para mejorar en su proceso. La colocación de oxímetro y toma de frecuencia respiratoria son cuidados realizados por el personal de enfermería, de manera continua, en todos los turnos y a los pacientes con ventilación mecánica se les aspiran secreciones. En los privados de este servicio, se dispone de tomas de oxígeno y aire para el ventilador mecánico, así como para la aspiración de secreciones. En las salas generales se pueden adaptar los ventiladores cuando se requiere.

En cuanto a la alimentación, los pacientes reciben sus alimentos en tres horarios, a las 8, 13 y 18 horas; son bajos en sales y azúcares, o bien altos en calorías, según el tipo de paciente que se esté atendiendo. Son proporcionados en platos desechables o en una bandeja metálica, los que tienen restricción de líquidos no cuentan con jarra de agua en la habitación. Cuando un paciente no puede comer por sí solo, se solicita apoyo al familiar, en caso de no contar con ellos a la hora de visita o si no tiene pase permanente, el personal de enfermería facilita la alimentación, acercando la mesa puente, el plato o bien dándole personalmente en la boca, ya sea en la misma cama o en una silla, dependiendo de las posibilidades o preferencias del paciente.

Algunos otros pacientes requieren de aporte por vía nasogástrica, en tal caso, el alimento es preparado en el departamento de cocina o bien enlatado, la función de enfermería es regular el goteo manualmente o por bomba de infusión.

En el listado de dietas, se registran los diversos tipos, entre ellos el ayuno, para renal, diabético, restricción de líquidos, para inmunosuprimido, entre otras, son establecidas previamente, con los requerimientos nutricionales requeridos. La dieta no está en función de las preferencias del paciente, ocasionalmente se autoriza que los familiares lleven la dieta de casa, tomando en consideración sus gustos, siempre y cuando lo permita el estado de salud del paciente.

Para facilitar la eliminación vesical e intestinal, algunos pacientes pueden presentar: poliuria, oliguria o anuria, o una diuresis normal en cantidad, en caso necesario se recolectan los egresos para su cuantificación por turno, es función de enfermería la colocación de sonda vesical y la recolección de la orina, así como la fijación correcta de la sonda. En los pacientes que pueden deambular se orienta inicialmente sobre la ubicación del baño y en algunos casos se acompaña hasta que realice su necesidad fisiológica.

A los pacientes que no tienen sonda vesical y no pueden deambular, el personal de intendencia o el personal de enfermería, les facilitan el orinal o cómodo según sea hombre o mujer, para que puedan realizar la micción. Para la eliminación intestinal el proceso es similar. A los pacientes con incontinencia o estreñimiento, el personal de enfermería les cambia la ropa que sea necesaria cada vez que evacue o se le aplica un enema evacuante para mayor comodidad del paciente.

El área cuenta con el material necesario para la colocación de la sonda vesical, generalmente es de silicón o látex, para los enemas existe un irrigador para cada área. Los pañales son suficientes, los proporciona la institución y en algunos casos, los familiares los llevan.

Algunos pacientes inicialmente tienen dificultad para deambular, o presentan limitación en la movilidad, por el edema, la dificultad respiratoria o los aditamentos que presentan. Al mejorar su condición se pueden movilizar con ayuda del familiar, quien apoya al paciente para el ejercicio; específicamente, el personal enfermero lo moviliza en cama colocando cojines y otros aditamentos para evitar zonas de presión, así como úlceras por inmovilidad; este cambio de posición se realiza cada dos o tres horas, se pide ayuda al familiar y en caso necesario se le instruye para que brinde este cuidado. En ocasiones la posición que se recomienda para el paciente para permanecer en cama, no es la que normalmente adopta en su vida cotidiana, lo que ocasiona incomodidad.

A otros pacientes se les facilita el pasar al reposet o silla, con apoyo de otros o por sí mismos, pocas veces la movilización tiene como objetivo el ejercicio, principalmente por falta de tiempo y alta demanda de atención de enfermería por otros pacientes. Aquellos que pueden moverse y están en mejores condiciones, cuando cuentan con bombas de infusión, el personal las desconecta momentáneamente para que puedan moverse libremente, bañarse, ejercitarse un momento, o realizar sus necesidades de eliminación.

A la gran mayoría de pacientes se les dificulta el reposo debido a sus condiciones físicas, les es difícil descansar, por lo menos durante los primeros días de estancia, además los médicos y el personal enfermero realizan toma de muestras, chequeo de signos vitales y administración de medicación a las 4, 6, 8, 12, 18, 22 y 24 horas. En ocasiones se realizan otras intervenciones como la toma de glicemia capilar, cada hora o cada dos horas, cuando existe descompensación metabólica y tienen bomba de infusión de insulina. Además con los aditamentos que requieren, se dificulta el reposo.

Durante la noche el movimiento propio del servicio es muy dinámico, sobre todo por el ruido y la presencia de luz para realizar los cuidados, en las salas generales es frecuente encender la luz, para atender a un paciente y se interrumpe el sueño del resto de los demás.

Por lo general existen suficientes sábanas en el turno matutino y vespertino, pero escasean durante la noche. Éstas se encuentran en buen estado, limpias pero arrugadas y ásperas principalmente para pacientes con la piel muy sensible. Algunos refieren que las sábanas son incómodas y es necesario acomodarlas en cada turno o cambiarlas completamente.

Refiriéndose a las camas de hospital son incómodas, algunas no pueden adaptarse a la altura de los pacientes, algunos refieren cansancio por la textura de los colchones, éstos son de esponja forrados con hule. Los colchones cascarón se asignan a pacientes con dificultad para la movilización o para aquello que van a permanecer largos periodos internados.

Para los pacientes hospitalizados no hay más opción que vestirse con bata o pantalón y camisa propia del hospital, los pacientes refieren incomodidad por la falta de intimidad que representa esta vestimenta; sin embargo es la óptima para atenderlo y dar acceso fácil a los aditamentos y cuidados necesarios. Algunos prefieren el pantalón y camisa, pero no siempre se cuenta con esta indumentaria, ya que es una constante la falta de ropa para las demandas del hospital. A ningún paciente se le permite vestir ropa que no sea la hospitalaria para facilitar la atención y la identificación como internados.

Casi todos los pacientes requieren ayuda para el cambio de ropa, por disminución de la fuerza física y por los aditamentos que tienen (venoclisis, sondas vesical, nasal o catéter central y/o Mahurcar). En otros casos cuando el paciente es más independiente acude y toma la ropa de la ropería o manda a su familiar y se cambia por sí solo.

Los pacientes al estar en reposo relativo o total es más difícil que puedan termorregular; algunos presentan frialdad, principalmente en miembros inferiores, otros refieren escalofríos porque presentan febrículas o hipertermia y es difícil convencerlos de descubrirse para disminuir la temperatura. La indicación es administrar antipiréticos por vía oral o intravenosa; conforme mejora su estado patológico, el paciente puede solicitar ayuda del personal o del familiar para cubrirlo o descubrirlo en cama, así como vestir únicamente el pantalón o bata. Por lo general las salas son templadas, y cuentan con ventiladores de pared, en el caso de los privados la mayoría tienen ventilador para ser utilizados por el paciente a necesidad.

A pesar de que en la institución se cuenta con una capilla, cercana al área de medicina interna, donde se realiza misa dominical, es poco frecuente que el personal de enfermería proporcione esta información a los pacientes. También

que se cuenta con el área de trabajo social que puede facilitar algunos trámites administrativos y la comunicación que puedan requerir los pacientes y sus familiares. Principalmente reciben asesoría y asistencia para ayuda financiera, referencias a instituciones, traslados en ambulancia, trámites para el albergue dentro de la institución, entre otras.

Lograr satisfacer las necesidades de cada paciente, resulta un tanto subjetivo, considerando las anteriores limitantes, el desconocimiento de los métodos por parte de todo el personal y la disponibilidad de materiales suficientes para la realización de los procedimientos y para la atención de cada uno de los pacientes que se encuentran internados.

A grandes rasgos esta es la panorámica general en la que se lleva a cabo la atención en el servicio de medicina interna y las funciones más importantes que realiza el personal de enfermería para brindar un cuidado integral.

IV. Objetivos

Objetivo General

Describir los cuidados de enfermería y las necesidades del paciente en el servicio de medicina interna según la percepción de los pacientes que egresan de allí.

Objetivos Específicos

Identificar las necesidades que son atendidas por el personal de enfermería en el servicio de medicina interna de acuerdo con la percepción del paciente.

Identificar los cuidados llevados a cabo por el personal de enfermería en el servicio de medicina interna.

V. Material y Métodos

Tipo de estudio: Cualitativo, con abordaje etnográfico enfocado.

La investigación cualitativa en salud, según Orozco y Minayo⁵⁸ tiene entre sus ámbitos la interpretación, comprensión o estructuras de significados, la perspectiva de los actores sociales, la profundización sobre lo particular, la aproximación centrada en la descripción detallada, el interés por los resultados, pero también por el proceso, así como la flexibilidad y creatividad metodológica.

En la presente investigación se describen los cuidados de enfermería desde un enfoque cualitativo, es decir, desde la percepción de los pacientes que egresaron del servicio de medicina interna.

El término etnografía proviene de la antropología en cuyo contexto ha sido definido como una descripción científica de las culturas individuales; desde esta perspectiva se distingue a la etnografía como una teoría de la descripción.⁵⁹ Polit⁶⁰ se refiere a ella como un tipo de investigación cualitativa que implica la descripción e interpretación del comportamiento cultural, en donde se combinan un proceso y un producto, trabajo de campo y texto escrito. Y cuando se refiere a estudios detallados de unidades pequeñas (menos de quince miembros) de un grupo se hace referencia al término de microetnografía o etnografía enfocada.

Morse, propuso que se usara el término etnografía enfocada para describir las etnografías de pequeños grupos orientadas a un tema, generalmente utilizada en la literatura de enfermería.⁶¹

Ruta metodológica

A continuación se describen cada una de las etapas del diseño, el cual de acuerdo a las características del enfoque cualitativo es flexible en cada una de las mismas, permitiendo crear y recrear lo planteado en función del proceso y de la especificidad del objeto de estudio.

Contextualización teórica de los cuidados del servicio de medicina interna

Se hace referencia a este punto en lo concerniente a los aspectos teóricos que permitieron establecer unas precategorias de análisis. Se describió de manera general el servicio de medicina interna y los cuidados comunes que realiza enfermería en pacientes que estuvieron en medicina interna.

Muestreo

La lógica del muestreo cualitativo es la medición de atributos y relaciones en una población, de modo que se permita descubrir significados y realidades múltiples. En el presente estudio se realizó un muestreo intencionado, ya que como lo refiere Polit⁶⁰, independientemente de cuántos participantes se seleccionen, el

investigador podrá esforzarse deliberadamente por hacerlo con base en las necesidades de información detectadas en los primeros resultados.

Específicamente se utilizó el muestreo de casos típicos, se seleccionaron los participantes que ponían de relieve lo que es típico o promedio. La información resultante se utilizó para crear un perfil cualitativo útil para ilustrar manifestaciones típicas del fenómeno que se estudia.⁶⁰ En el caso de la presente investigación, lo que se tomó como la manifestación típica fue el cuidado recibido por enfermería.

Selección de informantes clave

Se hizo la selección de informantes tomando en consideración a los egresados del servicio de medicina interna de un hospital público, los cuales cumplieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Hombres y mujeres que egresaron del servicio de medicina interna.
- Que vivieran en el área urbana de San Luis Potosí.
- Que tuvieran un mínimo de 6 días de internamiento.
- Mayores de 18 años.
- Pacientes conscientes, en condiciones físicas y emocionales que les permitiera participar en las entrevistas.
- Que voluntariamente aceptaron participar en el estudio.
- Que tuvieran desde un día hasta cuatro semanas de egreso.
- Que permitieran como mínimo dos entrevistas.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no aceptaran la entrevista.
- Pacientes que fueron atendidos por el investigador, durante su internación.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que por circunstancias diversas no terminaron la entrevista.
- Pacientes que decidieron quedar fuera del estudio posterior a realizar la entrevista.

Se seleccionaron pacientes que tenían desde un día hasta cuatro semanas de egreso del servicio de medicina interna, ya que podían narrar sus experiencias y percepciones con mayor facilidad. De acuerdo con de la Vega y Zambrano⁶², la memoria es la capacidad mental que posibilita a un sujeto registrar, conservar y evocar las experiencias (ideas, imágenes, acontecimientos, sentimientos); al clasificar la memoria según su duración, hacen referencia a la memoria reciente como aquella que dura entre unos minutos y varias semanas, siendo su capacidad de almacenamiento mayor que la de una memoria inmediata.

Los participantes se contactaron de manera directa en su domicilio, a través de la solicitud personal para otorgar el consentimiento de la entrevista acerca de la percepción de los cuidados de enfermería durante su hospitalización. Se utilizó una carta de consentimiento informado (Anexo 3), explicando breve y claramente la finalidad de la entrevista, señalando que la participación era de carácter voluntario, que se utilizaría audio grabadora durante la misma y acordando además fecha y lugar para la entrevista.

Recolección de datos

Para esta investigación, se utilizaron dos formas de recolección de datos: la entrevista y la observación.

La entrevista se realizó de manera abierta focalizada, técnica adecuada para el tipo de población e información que se buscó, ya que como la comenta Francisco Sierra⁶³, el sujeto nos interesa porque de alguna manera, se conoce de antemano su participación en una experiencia que ha motivado el diseño de la investigación, dando pauta para que el entrevistador aborde y motive al entrevistado a profundizar libremente en el tema, y dar su opinión específicamente sobre lo que está delimitando el estudio.

Se eligió un instrumento de origen etnográfico ya que de acuerdo al autor citado, la entrevista cualitativa se utiliza, por sí misma, como única técnica de investigación, es un instrumento de interacción que opera como centro organizador, adquiriendo sentido, legitimación y reconocimiento académico: es una herramienta de conocimiento social.⁶¹

En este mismo sentido, la entrevista etnográfica resulta en la obtención de conceptos experienciales que permiten dar cuenta del modo en que los informantes conciben, viven y asignan contenido a un término o situación; el etnógrafo se basa en los testimonios vívidos que obtiene de labios de sus informantes.⁶⁴ Esta técnica fue útil para obtener información de carácter pragmático, es decir, de cómo los sujetos actúan y reconstruyen sus prácticas individuales. Esto implica que la información ha sido experimentada y absorbida por el entrevistado y que será proporcionada con una orientación e interpretación significativa de la experiencia del entrevistado, y por eso las preguntas adecuadas son aquellas que se refieren a los comportamientos pasados.⁶⁵

La entrevista tuvo una ventaja sobre otros métodos de recolección, al permitir una relación frente a frente, se consideró como la forma de colecta más apropiada por la calidad de la información que se obtiene, además fue audio-grabada.⁶¹ Se contó con una guía de entrevista con preguntas generadoras que tuvieron la finalidad de establecer un diálogo abierto y espontáneo sobre los cuidados recibidos por enfermería, abordando los tópicos de interés para la investigación. (Anexo 1)

Las entrevistas fueron posteriores al egreso del servicio, es decir en el hogar de cada paciente y cumplieron con el resto de los criterios de inclusión. El entrevistado fue quien decidió los horarios y fechas para las entrevistas, en todos los casos se mantuvo un ambiente tranquilo, de confianza y cordialidad durante el desarrollo de las mismas.

Cada entrevista tuvo una duración promedio de una a una hora y media por sesión y en tres casos fue necesario regresar en tres ocasiones, con la finalidad de saturar los tópicos que se tenían contemplados; con el resto de los informantes se acudió en dos ocasiones a sus domicilios para corroborar y profundizar sobre los tópicos de interés. Según Polit, cuando los temas y categorías de los datos se hacen repetitivos y redundantes y ya no se obtiene información nueva, finaliza la colecta de datos.⁶⁰

Cabe señalar que posterior al análisis e interpretación de la información se acudió con cada uno de los entrevistados, para dales a conocer el análisis final y en caso necesario objetar sobre lo encontrado, ninguno de los participantes sugirió un cambio en el trabajo ya que consideraron que reflejaba sus opiniones y percepciones tal y como ellos lo mencionaron durante las entrevistas.

La forma de observación que se utilizó fue de tipo semi estructurada, (Anexo 2) los estudios cualitativos implican la colecta de material de observación poco o nada estructurada como complemento de los datos obtenidos, con la finalidad de interpretar los comportamientos y experiencias del sujeto en su ámbito natural.⁶⁰ Los registros de la observación se realizaron en un diario de campo, (Anexo 4) que trató de plasmar de la manera más completa y objetiva, información relevante como hora, lugar, actividades y diálogos.

Sistematización de la información

Se procedió a realizar la transcripción de las entrevistas por el investigador lo antes posible, utilizando un archivo de texto (Word), para posteriormente realizar el tratamiento de los datos mediante la técnica de análisis del discurso, contando para ello con el apoyo del programa Atlas Ti 5.2.

Análisis de la información

Se utilizó la técnica de análisis del discurso, la cual se considera adecuada a la estructura metodológica planteada y al objeto de estudio en cuestión, sobre todo por lo planteado por Pécheux (citado por Minayo) en el sentido de los presupuestos básicos de esta técnica, sobre todo en donde se define a la teoría del discurso como teoría de la determinación histórica de los procesos semánticos, en la que el discurso es determinado por las formas de producción social del sentido.⁶⁶

De igual forma, Orlandi considera como hecho fundamental que el texto es tomado como unidad significativa, es decir el texto es portador del contexto situacional expresado por el sentido.⁶²

Para analizar los discursos se recurrió a la conformación de categorías y subcategorías (categorización), entendidas, según De Andrés, como las situaciones, contextos, acontecimientos, comportamientos, opiniones y perspectivas sobre un problema, en donde cada categoría incluye un significado o un tipo de significados y ello permite agrupar y clasificar conceptualmente unidades (fragmentos de texto u observaciones) que hacen referencia a un mismo tema o concepto.⁶⁷

El proceso de análisis estuvo conformado, como cita Colaizii,⁵⁸ por los siguientes pasos:

- lectura de las narrativas de los participantes para tener una primera visión global de sus experiencias.
- identificación de los aspectos relacionados con el tema del estudio, las palabras o frases claves.
- asignación de significado a cada palabra o frase significativa.
- organización en grupos de temas considerados importantes con relación al estudio. Es decir en categorías predeterminadas correspondientes a las necesidades según V. Henderson.
- búsqueda de categorías abiertas o emergentes para datos acerca de cuidado, no contemplados previamente, sin embargo no aparecieron durante las entrevistas ni en el análisis de las mismas.
- integración de las ideas de los distintos participantes en un informe descriptivo analítico profundo.

Acercamiento al campo o estudio preliminar

Se llevó a cabo posterior a la aprobación por el comité de ética de la Facultad de Enfermería, y tuvo como objetivo principal el poner en contacto al investigador con el terreno, situaciones y sujetos del estudio, además de poner a prueba la ruta metodológica en situaciones reales, de forma tal que la información resultante de este acercamiento permitió el rediseño, específicamente de la guía de preguntas para abordar los tópicos de interés.

El paciente de medicina interna comparte criterios comunes para recibir los cuidados de enfermería, independientemente de la patología que tengan, por lo cual, únicamente para motivos de acercamiento al campo, se realizaron las entrevistas a dos pacientes elegidos intencionalmente, un hombre y una mujer, dos personas egresadas del servicio, con diagnóstico de insuficiencia cardíaca y tuberculosis pulmonar. Se tomaron en consideración todos los criterios señalados anteriormente, hubo que rediseñar el instrumento que contenía las preguntas

detonantes, inicialmente contaba con más de 30 preguntas, las cuales no resultaron flexibles. Posteriormente, fueron 14 preguntas que resultaron ser muy rígidas para la persona, pero necesarias para abordar el tema de interés. Al analizar estas entrevistas, fue necesario introducir cambios en la forma de cuestionar, más que en el contenido de las preguntas, permitiendo una mayor flexibilidad y libertad para el participante.

Correcciones y adaptación del diseño

Posterior a la primera aproximación al campo, se elaboró un reporte general que permitió analizar el diseño propuesto, haciendo posible las correcciones y adecuaciones en algunos elementos, ya descritos en el apartado anterior.

Aplicación definitiva

El tiempo programado para el trabajo de campo fue de dos meses, posterior a la aprobación del comité de ética de la Facultad de Enfermería de la UASLP en donde se aplicaron las entrevistas ya reestructuradas a los informantes clave en el lugar pactado con ellos.

VI- Consideraciones Éticas Legales

Con base en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, en el presente estudio prevaleció el respeto a la dignidad y la protección de los derechos del ser humano y su bienestar, a través de las siguientes acciones:

Haciendo referencia al artículo 14 fracción V y VI, se contó con el consentimiento informado, garantizando que el paciente conocía todos los aspectos de la investigación que tenían relación con él; se le explicó el objetivo de la investigación, así como el procedimiento en el que se llevaría a cabo la entrevista, los beneficios para el aporte a la comunidad de enfermería y se le hizo mención que los resultados obtenidos son para uso meramente académico.

Lo anterior quedó de manifiesto en sus puntos básicos, mediante un documento por escrito (ver anexo 3), correspondiente al formato sugerido por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UASLP.⁶⁸

Dentro de este mismo artículo 14, la investigación fue realizada por un profesional de la salud, lo cual garantizó la integridad del participante.

El estudio realizado se considera como una investigación sin riesgos (artículo 17). Sin embargo, cumpliendo con el aspecto ético de la investigación y en afán de garantizar que no fue transgredido el bienestar de los participantes, se realizó una visita a las 2 semanas posteriores a la entrevista por parte del investigador para verificar que no presentaran secuelas, se realizó una valoración física general. Además se llevó a cabo una presentación a cada participante para corroborar que la interpretación y análisis realizado por el investigador, era la percepción real y sentida de los participantes, todos ellos concordando que así fue.

Dando cumplimiento al artículo 20 del mismo reglamento, se hizo mención que el participante podría retirarse de la investigación en cualquier momento, sin ninguna implicación desfavorable para él.

Se respetó el anonimato de los informantes ya que no se publicó el nombre de los mismos (artículo 16), de igual forma se garantizó que el hospital no tendría conocimiento de los nombres de los participantes, de tal forma que no habría consecuencias en la atención, en futuras visitas a la institución de salud.

Se le notificó también que la información recabada tendría difusión únicamente a través de medios institucionales (foro de investigación) y de científicos reconocidos (revista).

Cabe señalar que las grabaciones y las transcripciones fueron únicamente utilizadas por el investigador, una vez realizadas las transcripciones, los audios se destruyeron al presentar y realizar la difusión.

VII. Resultados

En total fueron ocho participantes, 4 hombres y 4 mujeres. Los varones tenían edades entre los 27 y los 50 años, con diagnósticos de Insuficiencia cardíaca congestiva, descompensación metabólica, neumonía basal y VIH-SIDA. En las participantes mujeres las edades fueron de 27 hasta 63 años, con diagnósticos de Insuficiencia cardíaca congestiva, hemiplejía derecha, proceso oncológico con probable metástasis e insuficiencia renal aguda.

Las personas anteriormente señaladas se pueden clasificar como pacientes que requirieron desde una moderada a una alta dependencia de los cuidados de enfermería. Todos ellos contaban con apoyo de familiares o amigos durante su estancia, algunas de las intervenciones fueron realizadas sólo por familiares, o en colaboración con enfermería, y otras solamente por el personal enfermero.

Para dar respuesta a los objetivos de la investigación, se describirá la percepción de los participantes de manera general por necesidades, tomando como referencia el modelo de Virginia Henderson de las 14 necesidades básicas.

1. Necesidad de respiración: *“con eso podía respirar mejor”*

Algunos entrevistados manifestaron que cuando se sentían mal, les ponían oxígeno vía nasal con puntas o por mascarilla y el personal de enfermería les explicaba que con eso mejorarían su dificultad para respirar. Otros que recibieron aporte de oxígeno por periodos prolongados de tiempo, o por breves momentos, comentan que fue producto de las valoraciones frecuentes, tanto por el personal médico como de enfermería, así lo expresan:

“Si, al inicio de recién llegada sí [me pusieron oxígeno], pero un ratito y luego ya me lo retiraban porque no lo necesitaba” M-icc-63

“No... no lo necesitaba para nada [el oxígeno]... tenía una tosecilla, pero la verdad no tenía dificultad para respirar... me sentía fatigado pero lo mío es por otra cosa” H-vih-27

Cuando las personas estuvieron con oxígeno, fue por un periodo de tres días hasta tres semanas, utilizando las puntas nasales, así como oxígeno por mascarilla y bolsa reservorio para mejorar el aporte de oxigenación.

Dentro de los cuidados que recibieron por parte de enfermería, estuvieron el manejo de líquidos, la posición *fowler* el chequeo continuo del patrón respiratorio, especialmente en los pacientes que se encontraban con monitorización cardíaca y oximetría. Se llevó a cabo la revisión de signos vitales de forma continua y periódica, incluyendo el patrón respiratorio y vigilancia para detectar la posibilidad de uso de oxígeno suplementario.

“También me ponían un rato el oxígeno de puntas y luego el vaporcito y también cuando me sentía más mal, una mascarilla de oxígeno con una bolsita, me decía una enfermera que con eso podía respirar mejor porque tenía más concentración de oxígeno” H-n-37

La percepción de los participantes respecto a los cuidados brindados para cubrir la necesidad de respiración, es que el personal de enfermería atendió de manera oportuna y estuvo valorando con regularidad la necesidad de oxígeno suplementario, aun cuando no tuviera la indicación médica de hacerlo.

2. Necesidad de alimentación: *“a mí [la comida] me supo a gloria”*

Los entrevistados refirieron estar satisfechos con la cantidad y calidad de la alimentación que se les brindó, ya que la comida era de consumo común y algunos alimentos que no suelen consumir en casa, durante su estancia les fueron agradables; la distribución horaria era adecuada para la mayoría y no tenían limitaciones para comer, podían comer por si solos, y eran acompañados por sus familiares o visitas, lo cual resultaba muy grato.

“Me daban caldo, carne... pollo, este... en la mañana me llevaban pan con atole o leche... gelatina... la gelatina casi esa no la como en la casa pero allí si me gustaba, con lo que me daban si llenaba... todo el día nos daban de comer”

M-hp-32

Quienes tenían limitaciones para comer por si solos, recibían algún tipo de ayuda por parte de sus familiares o por personal de enfermería, tales como acomodar y disponer de la mesa y charola para facilitar su acceso, dar posición a la cama para facilitar la alimentación y en todos los casos se registró la cantidad de alimento que consumieron.

Otros participantes manifestaron haber estado en ayuno, por lo general, era debido a la inestabilidad que presentaban en su estado de salud o para la realización de estudios de laboratorio y luego, cuando podían comer se sentían muy satisfechos con los alimentos que les proporcionaban.

“Mucha gente dice que la comida de los hospitales está bien fea... pero a mí me supo a gloria” H-n-37

Algunos hacen mención de que los alimentos estaban sin sal y en casa ellos la acostumbraban; estos pacientes son los que por lo general se encuentran descompensados metabólicamente porque no cuidan de su dieta, aun sabiendo que tienen algunas restricciones. También expresan que quedaban con hambre después de sus alimentos ya que no es la cantidad que suelen consumir en casa.

“Yo sé que comer mucha sal provoca que la retención de líquidos y eso es malo para la presión... pero aquí en la casa si le echo salecita, y allá pues

no, eso era lo malo... y a veces que no llenaba de comer, como que se me hacía muy poquito la verdad” H-dm-50

Dentro de los discursos se rescata el comentario de que no se recibió ayuda en la alimentación, hubo quien no podía masticar y no le proporcionaron otra dieta hasta después de varios días, inicialmente por estar en ayuno, después por no poder masticar, ya que le extrajeron dos muelas y finalmente porque no registraron la dieta que le correspondía, no se identificó la dificultad en la masticación y deglución para favorecerla con otra dieta adecuada. Fue hasta después de varios días que se le favoreció con alimento líquido.

*“Había una enfermera que me gustó mucho como me trató. Me dijo: que si no había comido... le dije que no, y me pidió una malteada para que me la tomara, si, nada más ella... ella fue más consciente de mi situación”
M-p/o-27*

También hay opiniones respecto a que no fue del agrado la dieta que se les brindaba en el hospital, ya que resultaba insípida, además no tenía mucho apetito porque estaba con náusea y vómito. El cuidado de enfermería fue específicamente el administrar antieméticos por vía intravenosa.

“Me hubiera gustado que estuvieran sin tantas apuraciones... para poder pedirles ayuda en algunas cosas como a la hora de la comida, para el baño y así... porque mi esposo como que se pone nervioso y no me ayudaba mucho” M-Hp-32

En general las intervenciones de enfermería fueron muy específicas; los pacientes principalmente fueron auxiliados por sus familiares. Para los pacientes que no recibieron ayuda en la alimentación o se veían limitados para poder comer, perciben a las enfermeras como poco consideradas, ya que no se involucraron de manera más personal y no se tomaron el tiempo suficiente para preguntar si requerían ayuda o les era adecuada para poder consumirla.

3. Necesidad de eliminación: *“las enfermeras nunca me ayudaron a meterme el cómodo”*

La atención se caracterizó en esta necesidad como poco satisfactoria. Se destaca que no resultaba agradable utilizar el cómodo ya que no es un aditamento que se suele usar y les hubiera gustado que el personal de enfermería les hubiera ayudado a colocarlo y retirarlo lo antes posible después de haberse utilizado. Los hombres preferían el orinal o pato para eliminar, excepto si contaban con sonda vesical. Por otra parte hubo informantes que refieren la capacidad de ir al sanitario desde el ingreso, aunque con ayuda de silla de ruedas, podían movilizarse y ser independientes en su necesidad de eliminación.

“la sonda para orinar, esa me llevaba la bolsita, la ponía a un ladito de la silla y ya con eso se me facilitaba para ir al baño” H-dm-50

También mencionan que presentaron algunas alteraciones intestinales entre ellas diarrea y estreñimiento. Los cuidados de enfermería que refirieron recibir fueron la administración de medicación para controlar la diarrea y reposición de líquidos, así como aplicación de enema evacuante, los cuales les resultaron eficientes. Destacan la buena disposición del personal de enfermería para realizar la cuantificación de diuresis.

“Estuve como seis días sin poder hacer de la popo... yo les dije a las enfermeras y médicos que me dieran algo para poder hacer... por fin una enfermera me puso un lavado de estomago y ya con eso pude hacer del baño” H-n-37

No se hizo manifiesto durante las entrevistas, la ayuda en cuanto a facilitar el cómodo u orinal por parte del personal de enfermería, recibían esta ayuda de sus acompañantes o familiares. Ellos sienten que las acciones de enfermería fueron escasas, porque no favorecieron el autocuidado de la higiene posterior a la eliminación, ni recibieron ayuda cuando tuvieron problemas para la movilización, especialmente durante las noches, cuando resultaba aun más difícil. También expresan que nunca se les preguntó que si deseaban ayuda, aun cuando estaban solos y sabían que no podían hacerlo sin apoyo. Refieren que el personal se limitaba a registrar las evacuaciones y micciones en las hojas de enfermería.

“Pues si había alguien de mi familia me metía el cómodo y si no había nadie, yo sola, pero se me dificultaba, las enfermeras nunca me ayudaron a meterme el cómodo” M-ira-57

“Una de las enfermeras me dijo: ahí déjelo [el cómodo] yo lo pongo al rato en el medidor...pero nunca me lo vaciaban” M-ira-57

La necesidad de eliminación y evacuación no es atendida por el personal de enfermería, al parecer consideran que es algo muy sencillo que el paciente puede realizar por sí mismo o con la ayuda de sus familiares, sin tener en cuenta las limitaciones para la movilidad. Solo consideran importante aquella información que tiene relación con los registros y las cantidades.

4. Necesidad de movimiento: *“las enfermeras no se ofrecieron a acércame mi muleta”*

En relación con la actividad física y el fomento a la movilización y ejercicio, entre los entrevistados existían aquellos que podían movilizarse por sí solos, y otros que no podían hacerlo por su estado físico y por el proceso patológico que cursaban. Los participantes refieren que hubo fomento a la movilización y el ejercicio a través de caminatas en los pasillos y la vigilancia por parte de enfermería, además, la realización de terapia física a través de ejercicios pasivos a quienes presentaban algún tipo de parálisis.

"Siempre estaba mi señora, ya cuando me quedaba solo me ponía a caminar... muchas veces la enfermera me decía: camine aquí en el pasillo... y allí me relajaba bien" H-icc-40

Además señalan que se favoreció la movilización y grado de independencia para moverse por sí mismo, destacan la ayuda con la bolsa de diuresis, y otros aditamentos propios del tratamiento para favorecer algunas actividades de higiene y eliminación.

"El suero, el aparatito para la insulina... la bolsa de la orina... me la quitaban, si, para poder moverme bien... un rato mientras iba a bañarme o al baño" H-dm-50

Sin embargo, en los discursos se manifiesta que el fomento al ejercicio durante la hospitalización, no fue suficiente; tampoco hubo otro tipo de ayuda para la movilidad, a pesar de ser evidente que la requerían hasta para incorporarse o aquellos que usaban aditamentos de manera permanente y estos eran indispensables para caminar o incorporarse. Señalan que el personal no se ofreció a brindar ayuda para facilitar el movimiento en cama o para acercar la muleta.

"Yo tengo secuelas de polio y ahí tenía mi muleta... siempre me ayudan mis hermanos, las enfermeras no se ofrecieron a acercarme mi muleta...nunca" M-ira-57

Algunos de los problemas que se presentaron en los pacientes fue principalmente edema de miembros inferiores, estreñimiento e incomodidad debido a la falta de movilización. La mayor parte del tiempo de hospitalización los pacientes estuvieron en cama, sin poder moverse o adoptar una postura adecuada.

La posibilidad de moverse favorece la autoestima y la imagen corporal de las personas, ya que les proporciona un sentimiento de independencia y utilidad, sin embargo los entrevistados manifestaron que no se hizo presente la participación del personal de enfermería ni la ayuda para brindar un cuidado más detallado respecto a esta necesidad.

5. Necesidad de reposo y sueño: *"Había guardias nocturnas que eran muy ruidosas"*

Referente al patrón habitual de sueño, los participantes manifiestan que presentaron alguna alteración en su descanso nocturno; por lo general, estos pacientes requieren más reposo de lo normal por su estado de salud y su debilidad general, así como por el estrés y la dinámica propia del servicio.

Manifiestan que en definitiva no durmieron bien durante toda su estancia en el área de medicina, la principal razón por la cual no podían dormir debidamente era,

primero por su estado de salud, pues continuamente eran valorados; además, la intensidad de la luz y el ruido excesivo no les permitían descansar.

Algunos manifiestan haber dormido un sueño profundo, reparador y bueno en cuanto al número de horas; otros expresan que cuando el estado de salud se estabilizó, lograron dormir y descansar un poco mejor, este cambio favorable, se presentó alrededor de la segunda semana después del ingreso.

"No tenía problemas para dormir, ni la luz, ni el ruido, ni siquiera cuando iban a checarme, porque lo hacían muy despacito, y ni me daba cuenta"
M-icc-63

El motivo principal de la dificultad para conciliar el sueño fue la continua interrupción de su descanso, ya que comentan que cada dos horas acudían a revisarlos, comprenden que su estado de salud requería este tipo de cuidados, sin embargo no se favoreció su descanso y no fue hasta el egreso que pudieron dormir cómodamente en su casa, después de 15 días de internamiento.

"Lo malo es que a veces se va el sueño y no puede uno dormir hasta ya una hora o dos horas después y otra vez, van a checarlo a uno y así se la pasan" H-dm-50

"Apenas me iba quedando dormida y entonces iban a sacarme sangre...La luz me molestaba mucho, pero la dejaba prendida porque sentía mucho frío"
M-plo-27

Otro de las limitantes a la que hacen referencia los entrevistados fue la propia dinámica del servicio y la forma de comportarse el personal de enfermería, consideran que no se fomentaba el orden y la discreción durante las guardias nocturnas, y algunas eran más ruidosas que otras. Los pacientes que presentaron sintomatología como dolor, náusea o vómito, fueron tratados con medicamento, de esta forma pudieron mejorar sus horas de sueño.

"Había guardias nocturnas que eran muy ruidosas, las enfermeras eran bien ruidosas...era el ruido del carro de medicamentos, y hablan muy fuerte y se ríen... era mucho escándalo" M-ira-57

"De repente si hacían mucho escándalo... con esos carros que traen las cosas... son muy ruidosos y hablan muy fuerte... hay noches que son más ruidosa que otras... y bueno yo si dormía pero de repente, me despertaba"
H-vih-27

Existen dentro de los entrevistados, los que consideran que los cuidados de enfermería fueron buenos, porque cerraban la puerta de los privados para disminuir la intensidad del ruido, procuraban apagar la luz después de sus intervenciones, les favorecían con abrigo y una posición cómoda.

Es evidente que el descanso era mayor en las personas que contaban con un cuarto privado y no fue así con los pacientes que tuvieron la necesidad de compartir con otros, es decir, en la sala general.

Para los entrevistados es importante y así lo refieren, que se mejore la forma de trabajar durante la noche y se organice el tratamiento de tal forma que no los despierten en la madrugada y disminuyan el exceso de ruido.

“A veces ya nos daban los medicamentos bien tarde, iba a ser la una y media o las dos de la mañana y todavía no pasaban los de las doce de la noche...o sea que no tenía hora para dárnoslos, porque a veces ya era tarde... Como que tienen que organizarse para poder uno descansar y claro que sean más tranquilas con el ruido” M-ira-57

La percepción de los participantes, es que las acciones para mejorar el descanso fueron buenas y que si no era posible descansar del todo era porque estaban muy enfermos y el personal de enfermería estaba al pendiente y realizando los chequeos necesarios. Por otra parte, los pacientes destacan que el personal de enfermería no es atento durante la noche, porque no suelen guardar el orden y perturban la tranquilidad del servicio.

6. Necesidad sobre la comodidad con la ropa: *“me sentía media incomoda... sin nada”*

Los entrevistados percibieron que las acciones de enfermería para la ayuda en la vestimenta resultaron de gran apoyo, principalmente para quienes se encontraban con alguna limitación en el movimiento, así como durante el uso de venoclisis. Comentan que se dispuso de batas limpias de manera oportuna, no hay referencia de que no hubiera suficiente cantidad de las mismas. Sin embargo, hay diferentes opiniones con relación a la comodidad por el uso de la bata.

Quienes manifiestan haberse sentido cómodos con el uso de la bata durante la hospitalización, refieren que se debió a que resultaba fresca en el día y caliente durante la noche, favorecía la movilización, tanto en cama como para caminar, facilidad para desvestirse y usar el cómodo, así como para bañarse.

“Me gustaba... porque más que nada me facilitaba para movilizarme y meterme a bañar... rápido” M-hd-32

Las incomodidades que se comentan se debieron principalmente, a que las batas eran muy grandes para ellos, y les daban la sensación de estar desnudos, se sentían incómodos ya que en algunas batas no había cordones y no podían amarrarlas debidamente. Destacan que no están acostumbrados a vestir ropa de este tipo, prefieren estar únicamente con ropa interior; sin embargo, su uso fue tomado como parte del proceso de internamiento.

"la verdad como uno no está acostumbrada a andar así, me sentía media incomoda... sin nada, y luego las batas bien grandotas, ¡ay no! eso sí que no...entiendo que esas son las reglas, que uno debe de ponerse la bata y andar sin nada... y yo flaca, flaca y con las batas bien grandotas" M-icc-63

El uso de la bata no es percibida de la misma forma para hombres y mujeres, ya que los primeros, suelen no sentirse incómodos por el hecho de que las batas no cubran por completo el cuerpo, incluso prefieren estar mejor sin ella. En el caso de las mujeres, es común que prefieran estar cubiertas y guardar su pudor, aun estando entre otras mujeres. Posiblemente se deba a la cultura, la forma en que han sido educadas y otros factores personales.

Se ha observado que en el ámbito hospitalario las preferencias del paciente no son tomadas en consideración ya que las normas institucionales indican el uso de bata en general y ocasionalmente pantalón y camisa, cuando están disponibles.

En términos generales las opiniones se dividieron, por una parte están los que encuentran el uso de la bata, como una ropa cómoda que les permitía movilizarse libremente, les resultaba fresca y fácil de usar para realizar los estudios y el tratamiento necesarios sin dificultad; y, por otra parte, los que la encuentran incómoda consideran que no es una vestimenta de uso común, resultaban amplias y carentes de sujeción adecuada.

7. Necesidad de termorregulación: *"me chequeaban la temperatura y así estaban a cada rato"*

Los participantes logran percibir que el personal de enfermería procuraba mantener un ambiente lo más fresco posible, ya que durante la estancia hospitalaria coincidió que era una época calurosa, reconocen que esta función no es propiamente una actividad de las personas que los cuidan, pero reconocen que si se interesaban por mantenerlos en un ambiente agradable.

Para mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales y controlar la temperatura ambiental para hacer más agradable la estancia en el hospital, se realizaron varios cuidados de manera particular según las características de cada paciente y los recursos disponibles.

Dentro de las personas entrevistadas, hay referencias de haber presentado hipertermia durante la hospitalización, incomodidad en la habitación porque resultaba calurosa, así como también hay quienes expresan que el ambiente fue agradable durante toda la estancia.

Los cuidados que comentan que realizaron las enfermeras, cuando se presentó hipertermia fueron la aplicación de medios físicos fríos y de antipiréticos; además, la valoración frecuente de la temperatura hasta normalizarse. Desde su opinión, las medidas tomadas fueron muy efectivas.

“Aparte de mojarme el cuerpo con las toallitas, me ponían el medicamento... ya me checaban la temperatura y así estaban a cada rato, ahí también teníamos un ventilador...y ya lo prendíamos un rato y con eso se me bajaba más rápido” H-n-37

“les pedía cobija pero no me daban cobija porque tenía fiebre y por eso no me podían cobijarme...ya me daban medicamento para la fiebre y así estaba, hasta que se me quitaba” M-p/o-27

Aunque hacía calor durante la estancia de los pacientes se dispuso de cobijas para aquellos que las requerían durante la noche, se colocaron al pie de la cama para que la tomaran, en caso necesario.

“Cuando tenía calor... abría la puerta, y en la noche me daban la cobija, porque se sentía ya en la madrugada algo de frío” H-icc-40

Las estrategias que se destacaron en los discursos para mejorar el calor excesivo de las habitaciones fue el mantener la puerta abierta ya que no disponían de ventiladores. La estancia de los participantes fue en meses en que hacía calor y comentan que, durante el día daba sol directo en los cuartos y no había forma de evitarlo; aun contando con cortinas para cerrar las ventanas, la circulación de aire era insuficiente. Además señalan que se quedaban con bata y no se cobijaban durante el día e incluso en la noche, de esta forma era un poco más tolerable el ambiente.

Los que presentaron hipertermia, percibieron los cuidados realizados por enfermería como buenos y eficientes aunque algunos resultaban desagradables, principalmente, el dejarlos únicamente con la bata o la sabana para disminuir la temperatura corporal.

8. Necesidad de la higiene personal: *“La verdad no me bañe en una semana”*

Para los pacientes el baño es una necesidad de autocuidado, autonomía, independencia y autoestima. Hay referencias en los discursos sobre los sentimientos de frustración, tristeza e impotencia por tener que ser bañado por alguno de sus familiares, ser llevado en silla de ruedas. Estos sentimientos fueron una constante en los participantes por no hacer esta actividad de la vida diaria por sí solos, ya fuera porque tenían venoclisis, dependían de oxígeno, se encontraban con bombas de infusión o bien con algún tipo de drenaje.

Sin embargo, expresan que el fomento del baño es una actividad que no resulta del agrado de las enfermeras, ya que no hacían mención de ayudarles a realizarlo, algunas se limitaban a disponer de los aditamentos para el baño pero no para ayudarles en su aseo. Por otra parte las personas prefieren ser ayudados por su familia y no por las enfermeras, tal como lo expresan los siguientes participantes:

"Había unas enfermeras que preguntaban si alguien quería bañarse... otras no preguntaban... o sea no tienen tiempo o no sé... como que no les gusta porque les quita mucho tiempo... había una de la mañana que no preguntó y la verdad ese día me quería bañar...pero como ni nos preguntó... pues me aguanté las ganas" M-ira-57

"No me sentía muy bien así... porque pues no estoy acostumbrada a que me bañaran... sentía mucha impotencia... me sentía triste, porque no podía hacer nada" M-hd-32

También hay comentarios sobre otros motivos por los cuales, inicialmente, no realizaron el baño de regadera, principalmente por debilidad general; sólo, lograron satisfacer esta necesidad después de varios días. Los entrevistados manifiestan que enfermería no fomentó el baño de esponja, ni facilitó lo necesario para que sus familiares lo realizaran. Hubo quien decidió bañarse aunque no se sintiera con fuerzas para hacerlo, más que nada por vergüenza de que lo visitaran sus amigos y lo vieran sucio, además le resultaba incómodo que lo vieran los médicos y enfermeras, así como estaba.

"La verdad no me bañé en una semana... que asco... pero la verdad ni ganas tenía...me sentía de la chingada... Era necesario y obligatorio bañarme... te imaginas todos iban a visitarme bien arregladitos... y las enfermeras oliendo bien rico y yo todo apestoso" H-vih-27

Cabe destacar que aunque el baño no fue fomentado por el personal de enfermería de manera explícita, la sola presencia y pulcritud, favorece que los pacientes sientan el deseo de realizar el baño, tanto por respeto a las personas como por la necesidad de higiene y autoimagen.

Cuando los pacientes se estabilizaron y pudieron movilizarse con ayuda, dicen que pudieron realizar el baño general en regadera, la ayuda del personal de enfermería fue principalmente en la movilización y disposición de la silla de ruedas para llevarlos al baño, así como disponerles jabón, estropajo y una sábana para secarse, además bata limpia para el cambio de ropa.

"Me acomodaban el baño para poder entrar bien y ya me bañaba sola...me llevaban en silla de ruedas...la mayoría de las veces me ponía la enfermera un banquito para que me sentara y poderme bañar bien... así ya me favorecía... me acercaban el jabón, el estropajo y la sabana cuando salía para secarme" M-ira-57

Otras necesidades que se identifican al interrogar sobre el baño, son las de individualidad, seguridad, pudor, bienestar y confianza y las enfermeras procuraron respetarlas durante la hospitalización de los participantes. Es común que se reciban mujeres en el área de hombres y viceversa, sin embargo, las participantes manifiestan que las enfermeras fueron de gran ayuda en estos casos, porque ellas apoyan a las pacientes internadas en el área de hombres al

pasarlas al baño antes que a los hombres o bien, dejándolas hasta el final cuando ya todos los hombres se habían bañado, de tal manera que podrían asearse con mayor confianza.

“A veces me bañaba hasta las dos de la tarde o antes de las nueve...según, como era área de hombres tenía que esperarme hasta que terminaran los hombres o antes de que entraran, para buscar la hora correcta... ya una enfermera me decían si estaba solo el baño”

M-hd-32

Respecto a la higiene personal, destaca en los discursos de los participantes la presencia de limitaciones, ya fuera por la gravedad de su condición física o limitaciones en el movimiento, así como por los aditamentos que requerían para estabilizar su condición, por ello no fue factible el baño general, durante los primeros días de hospitalización.

En general, los cuidados de enfermería fueron muy específicos, no se fomentó el baño de esponja en pacientes que lo requerían, no hubo una valoración detallada para la necesidad de aseo personal en los que lo requerían. No hubo referencias en los discursos de haber realizado aseo de boca, manos o ayuda en el acicalamiento durante la estancia de los pacientes.

Por otra parte, hay quienes opinan que el apoyo recibido para el aseo personal, fue de mucha ayuda, principalmente cuando les facilitaban las cosas para su aseo y los acercaban a las regaderas, ya sea con la ayuda de sus familiares o en la silla de ruedas.

9. Necesidad de prevención de accidentes (seguridad): *“Tenía que estar cerrado el cuarto...porque tenía muy bajas las defensas”*

Desde el punto de vista del participante, el concepto de seguridad tiene un significado distinto, ya que para ellos, estar en un ámbito clínico les genera seguridad porque hay muchas personas ayudándoles a mejorar su estado de salud. Los cuidados que reciben de las personas del hospital o de otros cuidadores, así como el autocuidado, tienen una dimensión psicológica, contribuyen al control de las situaciones de estrés y por tanto, adquieren un valor de seguridad.

Para ellos, la dieta y acudir al chequeo médico de manera frecuente es una medida de seguridad para evitar enfermarse; sin embargo, estos participantes destacan que acudieron al hospital en estado grave, ya que dejaron pasar días e incluso meses antes de acudir al médico, aun cuando sabían que era delicado su estado de salud, es decir no actuaron de manera segura con su salud. Las causas a las que le atribuyen esta tardanza fueron el trabajo excesivo, los compromisos personales, la falta de dinero y el minimizar la gravedad del estado de salud.

Ya en el ámbito hospitalario los pacientes, logran identificar los cuidados que se realizaron por parte de enfermería para evitar alguna complicación en su estado de salud, así como la prevención de accidentes durante la hospitalización. En sus comentarios destacan como medidas de seguridad: la toma de signos vitales, toma de glucemia capilar y aplicación de insulina, en caso necesario, prevención de caídas, administración de medicamentos específicos como antibióticos, analgésicos, antihipertensivos y antipiréticos, tal como lo expresan a continuación:

"Me iban a checar cada dos horas, también de la presión, de todo... no se me controlara el azúcar.... Porque batallaron mucho para que se normalizara" H-dm-50

"Me tomaban los destrostix a cada rato, sale uno con los dedos todos picados, en la mañana muy temprano... también me tomaban la presión... la temperatura. Todo el tiempo estuve bien de 36, (de temperatura) así estuve todo el tiempo" M-ira-57

Respecto a los inmunosuprimidos, identifican como un cuidado de importancia para evitar complicaciones, el estar en aislamiento, aunque resultaba incómodo, les fue explicado el motivo por el cual se dispuso esta medida de seguridad y lo aceptaron. Otro de los cuidados identificados fueron las transfusiones de paquetes globulares así como la vigilancia durante la misma y la suspensión de ella en uno de los casos.

"Tenía que estar cerrado el cuarto... porque tenía muy bajas las defensas y cualquier virus o cualquier cosa podía alterarme más el estado de salud" M-p/o-27

También hay referencias de no haber recibido una valoración oportuna en el cambio de venoclisis, ya que fue reportado de manera inmediata y continuaron pasando líquidos y medicamento a pesar de encontrarse edematizado y con dolor intenso. No fue hasta el siguiente turno que se hizo el cambio. Para la paciente resultó desagradable y deficiente en la atención.

"Me cambiaron el suero mucho después... y cuando se me inflamó les dije que me lo quitaran y no... hasta en la noche me lo quitaron y seguían pasando medicamentos" M-p/o-27

Por otra parte, también refieren una falta de interés por parte del personal de enfermería, ya que no acudían con regularidad principalmente durante la administración de los medicamentos, ya que les pedían acudir a checar algún medicamento o solución y lo hacían hasta después de varias horas o al final del turno. Los entrevistados recomiendan ser más responsables durante las horas de trabajo.

Para los participantes el cuidado continuo del tratamiento farmacológico y de otro tipo, fueron considerados como medidas preventivas para evitar peligros y

complicaciones durante el internamiento. Perciben a las enfermeras siempre vigilantes y checándolos; refieren que el personal estaba muy involucrado en los cuidados e incluso les resultaba fastidioso tanta valoración.

Para este apartado, es necesario mencionar que desde el punto de vista teórico sobre prevención de accidentes, es decir, respecto a la seguridad, para un profesional de salud, cualquier cambio cognitivo en el paciente, la capacidad de adaptación o dificultad en la deambulacion, puede limitar su seguridad, ocasionando riesgos de lesión, intoxicación o traumatismos.

Es importante señalar que aunque para los profesionales de la salud, la prevención de caídas, aplicación de vacunas, realización de exámenes de detección, el cuidado de heridas o la administración y control de medicamentos son las medidas de seguridad, para los pacientes algunas de éstas no son consideradas como tales, ya que desconocen sus significados y alcances.

10. Necesidad de comunicación: *"Ya el hecho de que le hablen a uno por su nombre... lo reanima a uno"*

Los participantes sintieron la necesidad de comunicación; sin embargo, la perciben como superficial, el personal no hizo lazos fuertes para favorecer la confianza y fomentar una comunicación significativa, sienten que se quedaron con muchas dudas y que las enfermeras se mostraron poco accesibles para ser escuchados. La comunicación fue tan aislada que hubo algunos que desconocían sus tratamientos, diagnósticos o evolución; en síntesis, hubo una deficiente comunicación entre médicos, enfermeras y familiares.

"No sabía yo qué tenía y al final fue cuando me informaron... ya casi cuando me dieron de alta, como a la semana" M-p/o-27

En general, todos los pacientes perciben que la comunicación fue amable, aunque no significativa ya que esperaban del personal de enfermería más información respecto a su evolución, consideran que ellas son las que están siempre tratándolos, comentan que les resulta más cómodo hablar con ellas que con los médicos los cuales se muestran distantes, rara vez interactuaron con ellos durante la estancia hospitalaria. Se rescata la opinión de quien sí estuvo muy satisfecha con la comunicación por parte de todo el personal, ya que fue directa, amable y con información fidedigna.

La comunicación y el trato personalizado fueron de gran importancia para los pacientes ya que según refieren, los hizo sentirse con mayor confianza y les brindó una sensación de respeto, el sólo detalle de llamarlos por su nombre los hizo sentirse bien atendidos, como lo refieren M-ira-57

"Ya el hecho de que le hablen a uno por su nombre, como que uno dice... ¡ah como que si se fija en mí... como que eso también lo reanima a uno... se siente una atención personalizada, o sea bien" M-ira-57

Por otra parte, hay expresiones de molestia, ya que se hace referencia a uno de los comentarios que escucharon sobre sus visitas, consideran que el personal debe tener más respeto y guardar las opiniones personales, afirman que muchas personas no externalizan sus problemas de salud por miedo a ser juzgados por sus estilos de vida y preferencia sexuales, en el caso de H-vih-27

“Una enfermera le dijo a la otra: mira ese viene a visitar al del... ¡Con razón se infectan, con esa clase de amiguitos, quién no!, pero cada quien su vida... Ah, eso como me molesta, no es más que una ignorante... nada mas dicen puras pendejadas” H-vih-27

Estas formas de comportamiento por parte de enfermería genera decepción en las personas, porque creían que estaban más preparadas, además comentan que el personal trata a ciertas personas con miedo; a pesar de haber sido atendidos de forma amable, han perdido credibilidad ante los ojos de los pacientes, las creen falsas en su cortesía, además ignorantes e hipócritas, se hace mención de lo que consideran óptimo para ser atendido con respeto y dignidad.

“Había una en especial que me caía muy bien... porque era como que la única que en verdad me veía como soy... me respetaba... y la sentía como que no me veía con lastima... ¿me entiendes?... eso es lo que uno busca en la gente que te cuida” H-vih-27

Los pacientes entrevistados desean que las enfermeras sean más accesibles, principalmente con sus familiares y visitas, ya que es frecuente que sean muy rígidas, sobre todo cuando inicia cada turno de trabajo y durante la aplicación de los tratamientos.

“Pues, que estuvieran las enfermeras más al pendiente de los enfermos, que fueran a checarlos más seguido aunque no nos toque medicamento, porque pues... si hay cosas... que se necesitan” M-p/o-27

Una de las constantes en las entrevistas fue que la comunicación con el personal de enfermería era amable, sin embargo no favorecía la plática más a profundidad porque por lo general estaban siempre de prisa, esto no le permitió tener la confianza para preguntar a detalle sobre su tratamiento, sólo recibieron información sobre sus signos vitales, glucemia capilar, medicación aplicada y estudios a realizar.

11. Necesidad de valores y creencias: *“Siento que esto es una prueba que tengo que superar”*

Desde la percepción de los pacientes, la necesidad de espiritualidad no es un aspecto que concierna al personal de enfermería, es algo tan íntimo que sólo involucra a la familia y a las personas más allegadas a ellos, por esta razón en ningún momento solicitaron ayuda o apoyo al respecto.

Las personas de cualquier grupo social, poseen ciertos valores y creencias que los hace interactuar con otros, y determina el valor moral y ético de su comportamiento en ciertas situaciones, la espiritualidad es un aspecto que marca en gran medida los valores y creencias de una persona, es decir, su filosofía de vida, adoptada desde siempre, por lo menos en una sociedad creyente, como la latina.

Las creencias espirituales tienen un valor significativo para cada persona, sobre todo en situaciones de enfermedad, de crisis, o en cualquier otra situación que altera la tranquilidad emocional de la persona. A través de la salud espiritual algunos logran encontrar el equilibrio entre valores vitales, objetivos, sistemas de creencias y relaciones con ellos mismos y con los demás.

En los participantes se hizo evidente que el aspecto espiritual es de suma importancia y cabe señalar que todos profesan la fe católica, comentan que realizaban oraciones durante la hospitalización, cada uno con algunas variantes, ya que algunos lo hacían a lo largo del día y otros durante la noche.

No hubo discursos que señalaran que las intervenciones de enfermería estuvieran en desacuerdo con sus valores y creencias espirituales. Se rescatan comentarios sobre la importancia que tiene la espiritualidad en el periodo de enfermedad, ya que para ellos ha sido una prueba de fe, que deben tolerar para crecer espiritualmente, que les ha permitido darse cuenta que tienen que estar en armonía y tranquilidad en su hogar y con su familia.

"Pido que me restablezca pronto, que me deje estar mejor con mi familia. Siento que esto es una prueba que tengo que superar para... no sé... para... que entendamos algo, y que, no sé... logremos estar mejor, con mi esposo...estar más tranquila... siento que debo estar sin tanto trabajo, porque estaba muy estresada" M-hd-32

También hay opiniones respecto a que no tiene nada que ver su enfermedad con alguna prueba divina, simplemente es un proceso que deben afrontar y la causa es que no le han dedicado el tiempo suficiente a su salud.

En el hospital existe la visita de un sacerdote que acude con los enfermos, por lo general se realiza una vez a la semana. Para los participantes resultó gratificante este servicio, ya que su estado físico era grave, y posterior a la confesión, sintieron mayor tranquilidad y bienestar interior. Además, diariamente podían realizar meditación y oración ya que se les facilitó una biblia por parte de las hermanas religiosas que fomentan la oración y las visitas a los enfermos que lo soliciten.

"Yo rezaba y también hay personas que por las mañanas van y acompañan a las personas que quieren compañía y nos dejan un librito sobre la biblia...y así me ponía a rezar y me sentía más tranquilo" H-icc-40

Por otra parte, hay quienes refieren que no contaban con biblias o algún otro medio para realizar oraciones; sin embargo, para algunos no era necesario tener un libro, ya que conocen oraciones para realizar sus peticiones y obtener bienestar espiritual, principalmente la oración les brinda fortaleza y bienestar espiritual ya que consideran que sin esta ayuda no podrían tolerar todos los procesos por los cuales han tenido que pasar durante su enfermedad.

“Allí rezaba un salmo, una oración al Espíritu Santo, una oración de Jesús...me ponía sola allí a rezar tranquila, me lo sé de memoria así que no necesitaba el libro... le pido mucho por mi salud y fuerza para seguir, más que nada” M-p/o-27

Destacan los comentarios de sus peticiones sobre la recuperación de su salud y por sus familias, así como evitar el sufrimiento durante la enfermedad. Además comentan que siempre realizan oración, sin embargo se hizo más frecuente durante la hospitalización.

No se logró apreciar en los discursos alguna referencia de que el personal de enfermería los animara o ayudara para que ellos pudieran realizar su práctica religiosa, proporcionar recursos espirituales, o informar sobre algún medio con los que cuenta el hospital para satisfacer esta necesidad.

12. Necesidad de sentido en la realización personal (cambios personales): *“ya nada es igual”*

Este aspecto se refiere a todas esas actividades que hacen que la vida tenga un sentido de realización personal; por lo general, durante la hospitalización, los roles que se desempeñan se alteran y ocasionan consecuencias. Los participantes comentan que los principales aspectos que se alteraron en orden de importancia son el ámbito laboral, el aspecto económico, la vida familiar, la vida doméstica y la diversión.

La preocupación más grande para algunas participantes fue el cuidado y atención de sus hijos más pequeños, la alteración de la dinámica del hogar y la participación de los familiares para que se hicieran cargo de sus hijos, además aún ahora, después de la hospitalización requieren adaptaciones en su vida diaria, ya que están en rehabilitación. En el aspecto laboral y económico, han sufrido consecuencias ya que no han podido trabajar, los gastos familiares se incrementan y los ingresos disminuyen, lo que les causa preocupación.

“Tengo que pagar para que me hagan el aseo, me laven los trastes. Ya no puedo cocer, ya nada es igual. La falta de dinero si me ha afectado... tengo que comprar las medicinas... y es caro... los niños no tienen igual ropa... a mis hijos en un inicio los llevaba mi suegro a la escuela” M-hd-32

En otras opiniones se habla de los cambios que han surgido desde hace más de un año, sus vidas se han alterado, ya que físicamente no se encuentran bien,

presentan debilidad general, y no han podido trabajar, desde entonces la vida se ha simplificado en actividades domésticas que no requieran mucho esfuerzo. Por otra parte, el tiempo lo ocupan en el entretenimiento, reuniones con amistades, escuchar música y leer. Esta actividad no la realizaban antes pero ahora la disfrutaban, al igual que la visita de familiares.

“Del trabajo pues ya desde hace un año no trabajo... no puedo porque me fatigo mucho... estoy cansado... siempre... así que ahorro mi energía en cosas más simples... aquí en la casa... lo que hago es ver tele... radio, leer un rato, platicar con mi gente, así... así es mi vida ahora” H-vih-27

En ninguna de las entrevistas se hacen referencias a la participación de enfermería para satisfacer esta necesidad, a través del apoyo emocional, el fomento del apoyo familiar, apoyo en la toma de decisiones o la escucha activa, los cuidados estuvieron enfocados principalmente a los aspectos fisiológicos, dejando de lado el fomento a la conversación terapéutica.

Los pacientes no tienen ningún comentario sobre el apoyo para satisfacer esta necesidad por el estrés que se suele generar durante la hospitalización, consideran que no es competencia de enfermería; sin embargo, se relaciona con la comunicación que no se favoreció ni logró una relación de mayor confianza para externar aspectos diferentes a su enfermedad y tratamiento.

13. Necesidad de recreación: *“Yo ya muy bañada y oyendo música, Yo era feliz”*

Los participantes estuvieron casi dos semanas internados y refieren haberse sentido cansados y aburridos, pues no en todos los casos se dispuso de algún medio para el entretenimiento, algunos escucharon música o fomentaron la plática con pacientes y familiares, tanto propios como de los otros pacientes. Otras actividades fueron caminar por los pasillos, e incluso se entretenían viendo la atención que brindaba el personal de enfermería a los otros compañeros de sala, ya que resultaba novedoso y entretenido.

Las personas disponían de radio porque sus familiares y amigos se los facilitaban después de expresarles que se encontraban aburridos, este era su medio de entretenimiento y comunicación con el exterior; les permitía no sentirse aislados y además, fomentaba la sensación de mejoría y comodidad, para hacer más fácil la estancia en el hospital.

“Les dije - ¿me permiten traer una grabadora? Porque a mí la música me revive.

- Si cómo no... me llevaron mi grabadora y Yo ya muy bañada y oyendo música, Yo era feliz...tranquila” M-icc-63

Quienes no contaban con radio, solían entretenerse principalmente con la visita de los familiares, que por lo regular eran breves y poco frecuentes. Para evitar el aburrimiento y el aislamiento social, preferían conversar entre ellos mismos y sus familiares, esta dinámica social permitía compartir con otras personas su situación

de salud, les brindaba bienestar y tranquilidad. Los pacientes sienten que su situación en común (estar enfermos) fomentaba la amistad y permitían externar emociones, pensamientos e impresiones sobre las enfermedades y tratamientos, no solo se distraían, sino que tenía un efecto beneficioso para todos ellos.

"No me sentía solo, me sentía acompañado. Y a veces, los que visitan a los otros enfermos... Yo aprovechaba y ahí platicábamos un ratito, de todo"

H-dm-50

En los participantes no se logran apreciar cuidados para mejorar la satisfacción de esta necesidad. Los pacientes perciben que la estancia hospitalaria resulta desgastante y aburrida, desearían contar con la facilidad de tener un medio de distracción, principalmente alguna radio o televisor. Algunos participantes desconocen que existe la facilidad de contar con estos aparatos siempre que se solicite al personal de enfermería en coordinación con trabajo social y vigilancia.

14. Necesidad de enseñanza-aprendizaje: *"Me enseñaron a aplicarme la insulina"*

Los participantes perciben que el personal de enfermería se encarga principalmente de cuidarlos y realizar las actividades que el médico indica; las funciones de educación corresponden a los médicos y generalmente se realizan hasta que egresan, por otra parte consideran que son necesarias y de mucha utilidad.

Los entrevistados dicen que se realizó enseñanza sobre actividades importantes para ellos, como por ejemplo, la correcta forma de tomar la glucemia capilar y la aplicación de insulina, había inseguridad sobre estos procedimientos, así como lesiones en los brazos, ya que únicamente se aplicaba la insulina en los brazos. Enfermería pudo identificar esta necesidad y brindó la enseñanza adecuada, significativa y de manera eficiente para la mejoría y bienestar de los pacientes.

"Me enseñaron a aplicarme la insulina... me dijeron aplíquelas aquí, para que no te lastimes tus brazos. Aquí tenemos una lonjita aquí te la puedes inyectar, anteriormente era en los brazos en donde me la ponía nada más"

H-icc-40

También se señala el haber recibido enseñanza sobre los ejercicios para mejorar la sensibilidad y fomentar el movimiento y fuerza de pierna y brazo derecho, no sólo a la paciente se le enseñó la técnica sino también a su marido, en la actualidad los ejercicios los sigue realizando de manera frecuente y adecuada con ayuda de su hijo mayor. Cabe señalar que esta técnica fue realizada por el personal de enfermería del Departamento de Rehabilitación y no por el personal de medicina interna.

Los entrevistados expresan que no recibieron algún tipo de enseñanza; aunque había personas con enfermedades crónicas, se desaprovechó la oportunidad de enseñarles aspectos sobre la diabetes mellitus, la hipertensión y sus

complicaciones, así como sobre los cuidados de la piel e higiene, el fomento al ejercicio y la nutrición. En el caso de las personas con inmunosupresión no se fomentaron algunos cuidados sobre su enfermedad, identificación de riesgos, y en todos los casos alguna enseñanza sobre su tratamiento y medicación.

VIII. Discusión

Según la teoría de Virginia Henderson, para que una persona logre un estado funcional y óptimo de salud debe satisfacer todas sus necesidades biológicas, psicosociales y espirituales. Su modelo es integral orienta de forma precisa la satisfacción de las necesidades que se atienden en el ámbito hospitalario y que son comunes al ser humano, permite además describir, explicar y comprender mejor los cuidados brindados por enfermería.²

En la vida cotidiana, las necesidades las satisface cada persona, pero cuando se altera la salud, no es posible alcanzar niveles óptimos y por ello se requiere la intervención del personal de enfermería, tomando en consideración factores propios del ser humano, como su edad, sexo, capacidad física, así como su estado patológico.³

En el presente estudio se encontró que los participantes expresaron no haber tenido episodios de dificultad respiratoria; sin embargo, recuerdan que recibieron apoyo, valoración e intervenciones de enfermería para evitar problemas derivados de la no atención a esta necesidad. Al tomar como referencia el modelo de Henderson y confrontarlo con los resultados de la presente investigación, se esperaba que las personas que pudieran respirar sin problemas, -sin requerir algún tipo de suplemento-, no percibieran esta necesidad, tal como ocurrió

En un estudio realizado en Venezuela en el 2000, por Díaz R y Tesorero R⁶⁹, trata sobre la importancia de realizar una correcta y oportuna valoración del aparato respiratorio en los pacientes, para disminuir la incidencia de infecciones respiratorias agudas, favoreciendo la identificación de factores de riesgo. Lo rescatable para la presente investigación es que al mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas del equipo de salud, se logra una pronta recuperación.

Desde la teoría, el cuidado de enfermería incluye medir y registrar los signos vitales, así como observar el llenado capilar; además deben colocar los aditamentos suplementarios que favorezcan una mejor oxigenación y valorar el tipo de respiración; lo cual fue realizado, y lo confirman los participantes.⁷⁰

Los cuidados se orientaron a una serie de actividades rutinarias, con la finalidad de cumplir las exigencias que se derivan del diagnóstico y no de la valoración de las necesidades del paciente

Los resultados obtenidos en esta investigación, en relación con la necesidad de alimento, muestran que, inicialmente, esta necesidad no se atiende desde la percepción del paciente sino desde el diagnóstico médico, según sus recomendaciones terapéuticas y para la programación de pruebas diagnósticas; por lo tanto, en un principio, todos los entrevistados estuvieron en ayuno; sólo cuando el equipo de salud lo ordena, se inició la dieta, con especificaciones que no consultaron los gustos, preferencias y necesidades del paciente. Según el modelo Henderson, para garantizar un aporte nutricional suficiente y necesario

para estar satisfecho y favorecer el proceso de salud, las intervenciones de enfermería deben orientarse a la estimulación en la ingesta de líquidos, fibra y de una alimentación, balanceada y agradable, acompañada del aseo bucal, la ayuda a pacientes que lo requieran, así como la corroboración de una adecuada ingesta de alimentos, la medición y registro de peso, talla y de glucemia capilar. Al respecto, las intervenciones de enfermería fueron mínimas. Cabe mencionar que todos los pacientes contaron con la ayuda de sus familiares y acompañantes.⁷¹

Cano Caballero y colaboradores⁷² realizaron una investigación en España en el 2008, sobre la importancia de la alimentación en un ámbito hospitalario, participaron 16 personas de diversas nacionalidades, destacando que la comida es un bien preciado, con un componente fisiológico y simbólico importante para la curación y nexos sociales, buscan apoyo en los familiares propios o de otros pacientes para cubrir las necesidades que el hospital no cubre, y consideran que los horarios son mejores que los que tienen normalmente fuera de la institución.

En cuanto a la necesidad de eliminación, los resultados obtenidos muestran que las intervenciones de enfermería se orientaron al registro de las evacuaciones o a la atención de signos y síntomas que ayudan a satisfacer de manera parcial las necesidades del paciente, tal es el caso de las personas que presentaron estreñimiento y diarrea. En cuanto al apoyo para la satisfacción de estas necesidades fisiológicas cotidianas, tales como ayudar a usar el cómodo y tirar la orina, no fueron atendidas por el personal, la recibían de sus familiares.

Según Henderson en relación a la necesidad de eliminación, el personal de enfermería tiene que observar los cambios en el patrón de micción y favorecer la evacuación; en ambos casos, llevar a cabo las intervenciones pertinentes para favorecer los problemas derivados de esta necesidad. Es de suma importancia el correcto funcionamiento orgánico que mantenga el equilibrio hemostático interno y externo; pero al mismo tiempo deben atenderse las necesidades de higiene y comodidad. Por ello es importante la eliminación de las sustancias resultantes del metabolismo a través de la excreción de orina y heces, de manera independiente o con el apoyo de enfermería para lograrlo de manera cómoda.^{71, 73}

Según Morilla Herrera y colaboradores,⁷⁴ la valoración de enfermería en la necesidad de eliminación urinaria es importante, e influyen aspectos tanto de la enfermera como del paciente, ya que se debe proteger el pudor, procurando la reserva y comodidad; el no poder utilizar el sanitario y tener que exponer los órganos genitales ante desconocidos, resulta complejo y frustrante, sobre todo si se trata de personas mayores.

Entre los entrevistados había los que podían movilizarse por sí solos, y otros que por su proceso patológico les resultaba difícil esta actividad, quienes recibieron ayuda de familiares y enfermería. Sin embargo, fueron pocas las intervenciones de enfermería para cubrir esta necesidad. El modelo especifica que el movimiento autónomo favorece la independencia del paciente y por tanto, se le debe ayudar con distintos aditamentos como sillas de ruedas, colchones, andaderas, además

orientarlo sobre su correcto uso, estimular la actividad física y la realización de ejercicios que le permitan, en el menor tiempo posible, realizar actividades comunes como alimentarse, acicalarse e ir al baño, además de lograr la alineación corporal y la deambulaci3n.^{71, 73}

En la investigaci3n realizada en Espa1a por Cobo S1nchez, Pelayo Alonso y colaboradores,⁷⁵ en el 2007, con 43 participantes con insuficiencia renal, destacan que cerca del 50% de los enfermos presentaron alg3n grado de dependencia, en aspectos como la movilizaci3n, deambulaci3n y desplazamiento, aseo y vestido, implicando una importante carga de trabajo para el personal de enfermer3a, y les hace dif3cil brindar cuidados de otro tipo.

La constante en los entrevistados de este estudio fue la no satisfacci3n de la necesidad de reposo y descanso, ya que no se favoreci3 el sue1o profundo por la continua valoraci3n de los pacientes, debido a su estado grave e inestable; as3 mismo, la din1mica del servicio provocaba ruido excesivo y el personal de enfermer3a no fomentaba el orden y la discreci3n durante la noche. Persiste entonces la intervenci3n de enfermer3a de acuerdo con las necesidades del servicio y el diagn3stico m3dico del paciente; sin considerar, como lo propone Henderson que la disminuci3n de horas de sue1o trae consigo alteraciones en todos los aspectos de la vida, origina cansancio, irritabilidad, disminuci3n de la actividad f3sica, entre otras cosas.^{70, 71}

La investigaci3n realizada en la Habana, Cuba por Castellero Amador y Vald3s Portela, en 1999, con 50 pacientes de cirug3a cardiovascular, demostr3 que el 64% de las personas, presentaron dificultad para dormir, incluso antes de la intervenci3n, y prevaleci3 hasta por 15 d3as, (22%), el encontrarse en un medio hospitalario, la din1mica del mismo y el estr3s por las intervenciones, ocasiona que los pacientes despierten antes de lo habitual y presenten cansancio, retardando el proceso de curaci3n.

Para la mayor3a de los participantes, la comodidad fue una necesidad satisfecha, pero no as3, su capacidad para elegir la ropa; les result3 agradable usar bata porque favoreci3 el movimiento y la termorregulaci3n; sin embargo, su uso obedeci3 a las reglas de la instituci3n y no consult3 las necesidades del paciente. La mayor3a pod3an vestirse por s3 solas. Algunos recibieron ayuda del personal, quien les dispon3a batas limpias oportunamente.

El cuidado de enfermer3a para satisfacer esta necesidad de comodidad con la ropa, debe orientarse a la b3squeda de autonom3a, ayudar a vestir a las personas que no pueden hacerlo por s3 solas y a mantenerlas limpias. En el 1mbito hospitalario prevaleci3 la norma de usar batas para identificar al paciente y facilitar las intervenciones por parte del personal, no se toman en cuenta las preferencias y necesidades del paciente tanto de comodidad, como de seguridad, est3ticas y de salvaguarda de su intimidad.^{71, 73}

González E.⁷⁶ afirma que el paciente ingresado ignora las costumbres de la sala en lo concerniente a las actividades de vestido si no se le informa previamente. Para la mayoría de la gente la ropa es un símbolo importante de independencia, por ello los pacientes experimentan angustia cuando ven cómo sus ropas son enviadas a su casa. En la actualidad, los hospitales más avanzados animan a los pacientes para que se vistan durante el día, lo cual no sólo mejora su propia imagen, sino que también aporta una demarcación temporal entre estar en la cama y estar "levantado"; también ayuda a crear un sentido de normalidad, además la mayoría de las personas prefieren llevar a cabo las actividades de vestido en privado.

En cuanto a la termorregulación, los cuidados corresponden a la eliminación de signos de temperatura alterados y no a los cambios que perciben los pacientes por las condiciones ambientales, en especial porque no se dispone de suficientes equipos para mejorar la temperatura de la habitación o porque las características de la patología del paciente lo impide. En el modelo de Henderson, los cuidados de enfermería están orientados a la medición y registro frecuente de la temperatura y al mantenimiento de condiciones ambientales agradables para el paciente.

En los procesos de enfermedad es frecuente que el sistema termorregulador se altere y es función de enfermería, valorar los cambios y tomar las medidas necesarias como el uso de antipiréticos o medios físicos, así como el fomento de un ambiente óptimo, que permita el reposo y la tranquilidad del paciente.^{70, 71}

Las investigaciones de Lifshitz A.⁷⁷ realizadas en el 2007, demuestran que la fiebre representa una molestia para los pacientes; sólo en situaciones limítrofes significa un peligro; por ejemplo, en un paciente a punto de caer en insuficiencia cardíaca o al borde de la deshidratación, así como en los ancianos y niños, pero en términos generales, la fiebre parece representar ventajas. Ha habido tratamientos induciendo fiebre (piretoterapia) u otro tipo de elevación térmica (termoterapia) que se han utilizado históricamente para la sífilis, SIDA y cáncer. Por otra parte, se ha demostrado que la ausencia de fiebre en casos en los que se esperaba que la hubiera suele tener mal pronóstico.

Para los entrevistados, la necesidad de higiene diaria no fue satisfecha por su condición patológica, física o por las limitaciones que presentaban para la movilización, debido a los aditamentos colocados para su tratamiento médico, aunque disponían de los elementos necesarios para realizar el baño, estos eran facilitados por el personal enfermero y contaban con la ayuda de familiares.

La ausencia de ayuda por enfermería para realizar el baño, muestra que no es una necesidad valorada como tal por el personal, posiblemente porque no aparece como una indicación médica que debe cumplir y por lo tanto, no se realizan actividades orientadas a la higiene del paciente.

Según la teoría, en la necesidad de higiene personal, enfermería brinda cuidados como el lavado de manos antes de comer y después evacuar, aseo de la cavidad bucal, corte de uñas de manos y pies, baño de regadera o esponja, lubricación de la piel, peinado del cabello, cambio de pañal en caso necesario. Mantener la piel limpia y presentar un aspecto sano es una necesidad básica para cualquier persona, que permite un bienestar físico y psicológico. Procurar una piel integra, sana y cuidada es imprescindible para protegerse de las agresiones del medio y de la penetración de elementos no deseados.^{71, 73}

En la investigación de Rogalsky, y Román de C.⁷⁸ en 1999, realizada en Valencia a 34 personas sobre los cuidados de Enfermería de la vida diaria, el cual tuvo como objetivo determinar si los cuidados de Enfermería de la vida diaria en sus factores: cuidado físico y relaciones sociales, guardan relación con la satisfacción personal, los resultados revelaron que hay insatisfacción por las acciones de cuidados que realiza la enfermera, principalmente en la movilización, higiene y confort.

Los resultados concuerdan con Fernández, y Román de C.⁷⁹ en 1999, en Valencia, sobre los cuidados de enfermería del adulto mayor enfermo y su satisfacción con el cuidado en cuanto a higiene personal y ejercicios en cama. Los resultados evidenciaron una opinión muy baja y moderada del Cuidado de Enfermería en sus factores, de higiene y ejercicios.

En la necesidad de seguridad, los participantes percibieron la intervención de enfermería para la prevención de complicaciones y accidentes; en general, como oportunas, eficientes y acordes al modelo de Henderson, según el plan terapéutico y con la disposición de un ambiente seguro en la habitación. Todo individuo tiene que protegerse de alguna agresión interna o externa, para mantener su integridad física y psicológica. En el ámbito hospitalario cualquier signo o síntoma, por leve que parezca, debe considerarse importante y atenderse a la brevedad posible para evitar lesiones irreversibles.^{70, 71}

Cabe destacar que el Ministerio de Sanidad y Consumo de España,⁸⁰ en el 2005 realizó, una investigación meticulosa sobre los principales problemas que causan riesgos para un paciente hospitalizado, dentro de éstas se encuentran: la falta de conocimientos sobre seguridad por parte de profesionales y pacientes, falta de seguridad en el uso de medicamentos y los efectos adversos, también los retrasos diagnósticos en enfermedades graves, entre muchos otros.

Comunicarse es un proceso dinámico que permite a las personas relacionarse, poner en común los sentimientos, opiniones, experiencias e información. Para la satisfacción de necesidades y desarrollo físico y psíquico, a lo largo de la vida, es necesario el intercambio de información. En el caso de los participantes en esta investigación, el proceso de comunicación no resultó completamente satisfactorio ya que fue mínimo o nulo, tanto por parte de médicos como de las enfermeras, e incluso con la propia familia. Sin embargo, también se encontraron percepciones de comprensión por parte del personal enfermero, interés por su bienestar y necesidades, e interacción terapéutica con respeto y dignidad; se sintieron

atendidos sin presiones y se dirigen a ellos por su nombre. En general las acciones de enfermería no están acordes a las planteadas con el modelo de Henderson y además las intervenciones fueron escasas.

En el presente estudio, los entrevistados manifiestan un deseo de cuidado de enfermería más comprometido, cortés, verdadero y con el tiempo suficiente para atenderlos y dialogar, ya que ésta fue la limitante más importante. Por otra parte, algunos consideran que el personal a pesar de mostrarse amable no resulta auténtico, lo cual lo perciben como falta de interés por las emociones y por sus problemas como paciente y como persona.

La situación anterior, posiblemente se explique por la falta de tiempo del personal de enfermería aunque algunos pacientes comentan que la atención resultaba fría, mecanizada y provocó que no pudieran expresar sus necesidades reales y sus sentimientos respecto a cómo se sentían; no sintieron la disponibilidad del personal para escucharlos, ni se favoreció la confianza con ellos.

En un estudio mixto, realizado en Argentina por Grimas, Guidetti, Arreguez y Carrizo,¹⁷ en 2005, encontraron que las usuarias refieren sentirse satisfechas pero paradójicamente, manifiestan incomunicación, dificultades en su atención, así como despersonalización y mecanización durante su estancia, que en promedio fue breve.

Según el modelo de Henderson, el personal de enfermería debe ayudar al paciente a establecer comunicación con la familia o persona responsable sobre el estado de salud y evolución del paciente, con un lenguaje sencillo y comprensible. También debe realizar acompañamiento durante las visitas médicas, gestión de documentos, citas médicas, dar aviso a los familiares o acompañantes responsables de cualquier incidencia o variación del estado de salud del paciente, con el fin de satisfacer la necesidad de estar comunicado, de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones y solicitar ayuda, así como delegar intervenciones a los familiares durante la enfermedad.^{70, 71, 73}

Kravitz²³ en 2001, destaca la necesidad de comunicación de los pacientes, es decir, de estar informados sobre su estado de salud y de recibir una atención con cortesía, respetando los sentimientos del paciente. Este autor coincide con Jaramillo y Pinilla²⁰ en el 2004, quienes destacaron a la comunicación como un factor de suma importancia para llevar a cabo cualquier procedimiento y cuidado, ya que permite establecer confianza con el personal de enfermería que trascienda lo físico y toque la intimidad.

Las creencias espirituales tienen más importancia en la enfermedad que en cualquier otro momento de la vida del individuo. Algunas personas consideran la enfermedad como una prueba de fe, otras como un castigo. Normalmente las creencias espirituales ayudan a las personas a aceptar la enfermedad y a planificar el futuro. Las personas que están internadas necesitan sentirse

integradas dentro de un grupo social, donde exista una escala de valores y creencias que les permita sentirse seguros y confortables de forma interna.^{70, 71}

Para los entrevistados, la religión es un factor importante en su vida, no la pueden dejar de lado porque han crecido y fomentado en sus familias estos actos de fe, que les da fortaleza y bienestar en los momentos difíciles, como lo es durante la enfermedad. Los entrevistados, fomentaron sus valores religiosos y buscaron los recursos disponibles para realizar sus oraciones y peticiones de manera muy personal, en donde no se vio involucrada la familia ni el personal enfermero que les atendió.

Después de analizar la información obtenida, podría inferirse que al no fomentar la confianza y disponer del tiempo para comunicarse con los pacientes, éstos no pudieron externar sus creencias y valores, para solicitar apoyo y compartir aspectos que atañen a lo espiritual y por lo tanto, las intervenciones del personal enfermero no se orientaron a esta necesidad.

El modelo de Henderson promueve la comunicación para ganarse la confianza del enfermo para que le comparta y sea capaz de hacer públicas sus creencias y valores, tenga la posibilidad de practicar sus rituales, tales como la oración, y ejercer su culto.^{70, 71, 73}

En el 2007 un grupo de investigadores de Harvard⁸¹ concluyen que el soporte espiritual en personas con cáncer ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Sus resultados muestran que el 88% de los entrevistados, consideran que la fe o la religión son importantes en este periodo, sin embargo, para la mitad de ellos, sus necesidades espirituales no son atendidas completamente por confesiones o grupos religiosos. Para el 72%, el apoyo espiritual fue considerado escaso por parte de la asistencia médica que los atendía. Además de esto, observaron que cuando el paciente recibía ayuda espiritual, buscaba fortaleza para seguir viviendo. Además destacan que los profesionales de la salud imponen sus propios valores y creencias sin tener en cuenta las que tienen los enfermos.

El proceso de hospitalización ocasiona cambios en los pacientes y sus familias. Los entrevistados de esta institución experimentaron cambios de tipo laboral, económico, en el hogar y con los hijos, así como en el aspecto social y de diversión. Cada uno hizo uso de las estrategias que estuvieron a su alcance para sobrellevar estos cambios, solicitando ayuda a familiares y amigos. No hicieron referencias al apoyo por parte del personal de enfermería, para la satisfacción de esta necesidad.

Según Henderson, en la necesidad de ayuda en la realización personal, para afrontar los cambios personales originados durante la hospitalización, enfermería debe brindar ayuda emocional a través de la escucha activa, el apoyo familiar y en la toma de decisiones. Durante la estancia en hospital, las personas cambian radicalmente sus vidas, ya que dejan de ejercer los roles que suelen desempeñar

en el ámbito laboral, familiar y social. Estos cambios repercuten en su dinámica diaria y generan preocupaciones sobre los deberes que dejan de cumplir.^{71, 73}

La investigación realizada en el 2005 por Del Campo Alepuz⁸² sobre las repercusiones en pacientes con SIDA, fueron de tipo social, que tienen como consecuencia la pobreza en el sentido de ingresos económicos, dificultad en la inserción laboral, o en el acceso a la educación, carencia de salud, capacidad psicofísica y de asistencia sanitaria, ausencia o insuficiencia de apoyos familiares y comunitarios y falta de sensibilización de la población en general ante la exclusión social. Cabe mencionar que estas mismas repercusiones suelen presentarse con otras personas que padecen diversas enfermedades ya sean físicas o psicológicas.

Los entrevistados refirieron haberse sentido cansados y aburridos durante su estancia en hospital, sólo unos pocos pudieron distraerse durante este tiempo, pero sin un programa preestablecido, ya que las intervenciones de enfermería fueron mínimas y no se diseñaron estrategias de entretenimiento mencionadas en el modelo de Henderson.

Rivas EM⁵³, en 2001, afirmó que la recreación terapéutica ayuda a atender las carencias y necesidades físicas, sociales, mentales y emocionales. El mismo autor señala que algunos creen que divertirse implica actividades al aire libre, ejercicio físico extremo, o reír todo el tiempo y hacer sólo las cosas que nos gustan, sin embargo, aun en el ámbito hospitalario se requiere de momentos de diversión o distracción para los pacientes, ya que ello tiene efectos terapéuticos sin importar la gravedad en la que se encuentren.

En la necesidad de recreación, enfermería tiene en cuenta las características del paciente, identifica sus habilidades para la práctica de actividades y manualidades, asesora y ayuda a conseguir el material específico para ocuparse y estimula la realización de ejercicio dentro de las posibilidades del paciente. El distraerse o bien, ocuparse durante la hospitalización resulta agradable, logra el objetivo de descansar física y psicológicamente, y favorece la pronta recuperación.^{70, 71, 73}

Los participantes manifiestan que, durante su hospitalización, recibieron educación respecto a su tratamiento, pero no sobre las medidas de seguridad o indicaciones en cuanto a su enfermedad y el fomento de hábitos saludables para dar continuidad al tratamiento en casa. Se desaprovechó la oportunidad de brindar conocimientos o profundizar sobre los ya existentes. Los cuidados se caracterizaron por ser impersonales, fríos y carentes de información sobre aspectos básicos que competen a enfermería y aunque el personal enfermero era amable no se estableció una relación de confianza.

Para satisfacer esta necesidad de enseñanza-aprendizaje, según Henderson, el personal de enfermería debe informar respecto a su enfermedad, análisis, tratamientos o terapias de rehabilitación y estimular el deseo de aprender sobre la

misma; estos conocimientos, actitudes y habilidades favorecen la adquisición o la modificación de comportamientos para mantener o recobrar la salud.^{70, 73}

Los resultados de la investigación realizada en Mathari en 2005 por Wagoro, Othieno, y colaboradores¹⁶ destacan que los pacientes perciben una atención agradable principalmente por las buenas relaciones interpersonales y la disposición del personal para dar información sobre los medicamentos.

En la investigación realizada en Colorado en 2001, por Lai C, Mok E, Zhang Z.¹⁸, encontraron que las principales actividades realizadas por enfermería fueron de tipo educativo. Los pacientes perciben que el personal de enfermería realiza múltiples funciones que por su misma naturaleza discreta hace que muchas veces no sea reconocido. Lo cual no concuerda con los resultados de la presente investigación, ya que fueron pocos los entrevistados que refirieron haber recibido educación sobre su enfermedad o para tomar medidas de rehabilitación, así como para el cambio de hábitos que favorezcan su salud. Por otra parte los entrevistados comentan que al personal enfermero lo perciben como alguien muy ocupado que posiblemente no suelen tener una vida propia y viven en constante estrés.

Según los resultados de la investigación realizada en 2006, por Medina Mandujano,¹⁵ hay una falta de orientación por parte de la enfermera sobre dieta, ejercicios y otros; los pacientes perciben que el cuidado de la enfermera no va más allá de la atención de la enfermedad; hallazgos similares a los de la presente investigación.

En el presente estudio, los entrevistados opinan que el personal siempre se encuentra ocupado, y realiza muchas funciones importantes para cada uno de ellos. Reconocen como principales cuidados de enfermería todos los relacionados con aspectos fisiológicos, así como actividades delegadas por el médico o cuidados que se derivan de la enfermedad, y no aquellas que hacen parte de la profesión como independiente y de la persona como un todo, psicosocial y espiritual.

Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Barbosa de Pinho y Azevedo dos Santos,¹⁹ quienes destacan la importancia del cuidado, considerando que cualquier cosa que se realice, aún el simple hecho de acomodar una cabecera es un cuidado e independientemente del área donde se encuentre el enfermo se le puede dar una toque de calidez a la atención de enfermería.

La información obtenida en este estudio es evidencia de inconformidad con muchos aspectos relacionados con el cuidado de enfermería, en especial por la falta de orientación, la comunicación distante, fría y superficial y las intervenciones breves que limitaron la posibilidad que los pacientes pudieran externar sus inquietudes y necesidades. Resultados que concuerdan con las investigaciones de Mandujano,¹⁵ y Cleary,²⁴ quienes concluyen que los cuidados de enfermería,

no van más allá de la atención física y que las funciones del personal enfermero, no se brindan de forma planeada con el fin de brindar un cuidado integral.

Henderson plantea que el proceso de cuidado de enfermería, no puede efectuarse sin un enfoque de relación de ayuda con el paciente; es necesario que se establezca una relación significativa en la que la enfermera debe adoptar actitudes de respeto, comprensión, empatía, autenticidad y consideración positiva.

IX. Conclusiones

Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran que las necesidades atendidas por el personal de enfermería son muy distintas a las que los pacientes consideran importantes, ya que el personal centra su atención en la enfermedad, es decir, en la valoración de signos y síntomas que puedan indicar mejoría o complicaciones y en el registro de las mismas; al igual que en las cuantificaciones y aspectos administrativos, para dar cumplimiento a las funciones asignadas por el hospital.

Se priorizan los cuidados a las funciones fisiológicas y se dejan de lado, los componentes social y espiritual; por ello, los pacientes identifican los cuidados de enfermería como insuficientes y en algunas ocasiones no alcanzan a comprender cuales son las acciones que debería realizar el personal, por tal motivo, no pueden identificar su alcance y sus límites.

Los participantes perciben al personal de enfermería como trabajadores, con múltiples obligaciones que no les permiten disfrutar de una vida tranquila, y muestran agradecimiento por las acciones realizadas durante su internamiento. Sin embargo, consideran que no se satisficieron sus necesidades, ni se tuvieron en cuenta sus opiniones, ya que no se fomentó la escucha activa y dejaban que los acompañantes y familiares se hicieran cargo de la atención sin que tuvieran el conocimiento ni la obligación de realizar los cuidados propios del personal de enfermería, pues estos realizaban solo aquellas actividades "importantes" y rutinarias, desde el punto de vista de enfermería.

La experiencia de estar hospitalizado resulta difícil para cualquier persona ya que implica un cambio en el estilo de vida y la modificación de los roles que comúnmente desarrolla, por lo tanto, uno de los objetivos implícitos en la atención de enfermería debe ser brindar seguridad y procurar una estancia agradable.

Se han dejado de atender por completo algunas necesidades, como las de espiritualidad, ayuda en los cambios personales, recreación y enseñanza. Los pacientes consideran estos cuidados ajenos a las funciones propias de enfermería. Es notorio que una persona no puede comentar detalles sobre lo que no conoce, o apoyarse en el personal para solicitar ayuda en algunas necesidades de importancia para el paciente.

Este proceso para llevar a cabo el cuidado de enfermería de manera eficiente, no se pudo realizar porque no se favoreció la confianza entre ambos, los mismos pacientes no lograron percibir una actitud de respeto, comprensión y autenticidad en la atención, incluso algunos mencionan que el personal de enfermería carece de un real interés por sus necesidades.

X. Limitantes

A pesar de que en la investigación cualitativa la cantidad de participantes no parece ser significativa, sino la calidad de la información, hubiera sido adecuado realizar entrevistas a un mayor número de participantes, así como prolongar el tiempo para realizar la captación de otros participantes que cubrieran los criterios de inclusión y no limitarse únicamente a los que vivieran en la ciudad, se tuvieron que rechazar a varias personas de otros municipios que pudieron haber resultado de gran valor para la investigación y por obvias razones tuvieron que excluirse.

XI. Recomendaciones y Sugerencias

Se requiere trabajar y afinar un plan de enfermería que favorezca la interacción con los pacientes, para lograr un cuidado eficiente en la técnica y humano, es decir, que se favorezca el respeto a las necesidades y emociones del paciente, se comprometa con una comunicación y una atención que ayude y apoye al enfermo, de acuerdo con sus necesidades.

La administración del cuidado juega un papel de suma importancia, ya que al aplicarse correctamente, se puede favorecer no solo la carga de trabajo para el personal, sino que también al paciente, priorizando las demandas y necesidades desde la percepción del profesional de enfermería así como del que recibe la atención. Cuando se logre demostrar una auténtica preocupación y empatía hacia las personas que se cuidan, se podrá generar un vínculo real de confianza entre el personal de enfermería y los pacientes, un cuidado de enfermería comprometido, que demuestre un verdadero interés y una verdadera pasión por lo que se hace en beneficio de los pacientes.

Por otra parte, es conveniente seguir fomentando el interés por la investigación cualitativa, ya que es enriquecedora y se suelen encontrar datos de gran importancia para beneficio de la profesión sobre todo en lo referente al cuidado de enfermería.

Así mismo se sugiere realizar investigación referente al tema, en otros servicios de hospitalización e incluso en áreas de breve estancia ya que sería de gran valor e interés para la mejora en la calidad de atención de enfermería en las diversas áreas que comprenden a la profesión de Enfermería.

Es pertinente que el personal de enfermería reciba una capacitación sobre el modelo de Virginia Henderson y los múltiples beneficios para la práctica y para los pacientes, con el fin de mejorar la atención brindada y la satisfacción de los mismos.

XII. Bibliografía

- ¹ Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. España, 2001. Masson.
- ² Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3a ed, México. Elsevier Masson, 2005.
- ³ Marriner Tomey A, Henderson V. Definición de la enfermería clínica. En: Modelos y teorías en enfermería. 5a ed. España 2003. Elsevier. p. 98-108
- ⁴ De la Cuesta C. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Invest Educ Enferm. 2007; (25) 1: 106 -112.
- ⁵ Sierra Herrera M T, Cardona Cardona L P, Bernal Segura M F, Forero Roza A E. Percepción del cuidado de enfermería en diferentes instituciones hospitalarias de la ciudad de Bogotá. Avances en enfermería. Vol. XXIV No 1. Enero-junio 2006.
- ⁶ Jiménez. La capacidad de hacerse cargo del otro. Disponible en: <http://www.eurosur.org/futuro/fut55.htm>
- ⁷ OMS/ Organización Mundial de la Salud. Disponible en: www.who.int/es/-17k
- ⁸ OPS/OMS/ Representación en México. Disponible en: www.mex.ops-oms.org/-4K
- ⁹ Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Disponible en: pnd.presidencia.gob.mx/-15k
- ¹⁰ Secretaría de salud en México. Disponible en: www.salud.gob.mx/-37K
- ¹¹ Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. Disponible en: edumed.imss.gob.mx/pediatría/concalidad/boletines/boletin15.pdf
- ¹² Acevedo Porras G, Castañeda Hidalgo H. Importancia de la satisfacción como indicador de la calidad en enfermería. U A Tamaulipas. Facultad de enfermería. Ediciones Universum; 2008.
- ¹³ Rodríguez Marín J, Zurriaga Llorens R. Estrés, enfermedad y hospitalización. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública. Serie Monografías no.17. 1997.
- ¹⁴ El constructivismo en psicología (en línea) consultado 23-marzo-2009. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/M-00407/CONSTRUCTIVISMO.HTM>

¹⁵ Medina Mandujano G. Relación de percepción del paciente y calidad de la interacción según la teoría de Peplau: Hospital Dos de Mayo- 2006. Rev Per Obst Enf. [en línea]. Jul/dic. 2007, vol.3,no.2 [citado 10 febrero 2009], p.87-96. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_artx&pid=S1816-77132007000200004&ing=es&nrm=iso

¹⁶ Wagoro MC, Othieno CJ, Musandu J, Karani A. Structure and process factors that influence patients' perception of inpatient psychiatric nursing care at Mathari Hospital, Nairobi. Disponible en: <http://www.scirus.com/srsapp/search?q=nursing+perception&t=all&sort=0&drill=yes&sr=%22chronic+illness%22+%22nursing+care%22+%22coping+behavior%22+%22health+education%22+%22central+research%22+%22chronic+illnesses%22+%22adult+patients%22>

¹⁷ Lai C, Mok E, Zhang Z. Perception of Nursing Care by People with Chronic Illness. Presented in the 13th Annual Nursing Conference: "Nurses, Always There For You". 2000. Hong Kong. Disponible en: <http://www.fmskh.com.hk/conhk/hknj/data/370301.htm>

¹⁸ Tan Lin C, Albertson G, Schilling L, Cyran E, Anderson S, Ware L, Anderson R. Is Patients' Perception of Time Spent With the Physician a Determinant of Ambulatory Patient Satisfaction? Division of General Internal Medicine, Department of Medicine, University of Colorado Health Sciences Center, Denver. Arch intern med/vol 161, June 11, 2001 www.archinternmed.com

¹⁹ Kravitz R. Measuring Patients' Expectations and Requests. 2001 American College of Physicians–American Society of Internal Medicine. 1 May 2001 Annals of Internal Medicine Volume 134. Number 9 (Part 2)

²⁰ Silvestre Bustos C. Gost Garde J. Astier Peña P. Ezpeleta Iturralde P. Análisis cualitativo de la percepción que tienen las personas que participan en un ensayo clínico, Navarra. Rev. Esp. Salud Pública v.76 n.5 Madrid sep-oct 2002. (citado 2009 marzo 28). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet?codigo=287154>

²¹ Cleary P. A Hospitalization from Hell: A Patient's Perspective on Quality. 2003 American College of Physicians–American Society of Internal Medicine. 7 January 2003 Annals of Internal Medicine Volume 138. Number 1.

²² Jaramillo Echeverri L G. Pinilla Zuluaga C A. Percepción del paciente y su relación con el personal de la salud. Index Enferm. (periódico en la internet) 2004 nov.(citado 2009 marzo 28); 13(46): 29-33.disponible en: http://scieo.isciii.es/scielo.php?script=sci_artex&pid=S1132-12962004000200006&ing=es&nrm=iso.

-
- ²³ Barbosa de Pinho L, Azevedo dos Santos S M. significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Index Enferm* [periódico en la internet] 2006 nov. (citado 2009 feb 10); 15 (54): 20-24. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200004&ing=es&nrm=iso.
- ²⁴ Calidad de atención: Una evaluación desde la percepción de las destinatarias. *Revista de enfermería del Hospital Italiano de Buenos Aires*. Disponible en: <http://www.hitalba.edu.ar/index.php>
- ²⁵ Vásquez Truissi M L. El cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural: una necesidad en un mundo cambiante. *Invest Educ Enferm. Medellín*, vol. XIX No. 1 Marzo de 2001.
- ²⁶ Molina Restrepo M E. La ética en el arte de cuidar. *Invest Educ Enferm. Medellín*, vol. XX no. 2 septiembre de 2002.
- ²⁷ Martorell JL. Prieto J L. "Introducción a la psicología" - uned - curso de acceso resumen del manual fundamentos de la psicología. (en línea). Consultado el 23-marzo-2009. Disponible en: <http://www.torredbabel.com/Psicologia/Vocabulario/Percepcion.htm>
- ²⁸ Percepción, (en línea) 2008 (fecha de acceso 22-09-08), disponible en: <http://www.robertexto.com/archivo1/percepcion.htm>
- ²⁹ Vargas Melgarejo LM. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 1994; 4 (8): págs. 47 – 53.
- ³⁰ Massó Cantarero F. El constructivismo en psicología. (en línea) consultado el 23-marzo-2009
- ³¹ Wolff Lu V, Weitzel M, Zornow R, Zsohar H. *Biblioteca básica de enfermería tomo 1*. 7ª edición. México; editorial Oxford University Press-Harla; 1998.
- ³² Flórez Lozano J A. Reacciones psicológicas del paciente: enfermería, medicina y comunicación. [en línea] (acceso: 25-marzo-2009) disponible en: www.azprensa.com/SCORES/oncología/cap-2pdf-
- ³³ Aladino E. Estrés y hospitalización. [en línea] (acceso: 25-marzo-2009) disponible en: www.eupharlaw.com/noticias/estres_hospitalización-1.pdf-
- ³⁴ Declaración de los derechos del paciente hospitalizado. Disponible en: www.codnet.org.mx/paciente.htm-9K-
- ³⁵ Kozier B. Erb G. Berman A. Snyder S. *Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica*. Vol II. 7a edición. Marid: Mc Graww Hill Interamericana; 2003.

-
- ³⁶ Levy M N. Koeppen B M. Stanton B A. Barne y Levy Fisiología. 4ª edición. Madrid: Editorial Elsevier Mosby; 2006.
- ³⁷ Dvorkin M A. Cardinali D P. Bases fisiológicas de la práctica médica. 13ª edición en español. Editorial Panamericana; 2003.
- ³⁸ Díez Domingo Ma. I, Fernández Jiménez J L, López Sánchez S, Martín Álvarez R, Martínez Santiago A, Romero Hernández M, Uceda Gómez P. Manual de Enfermería. España: Lexus editores; 2003
- ³⁹ Guyton A C. Hall J E. tratado de fisiología médica. 11ª edición. Madrid. Editorial Elsevier; 2006
- ⁴⁰ Snell R S. Anatomía clínica para estudiantes de medicina. 6ª edición. México: Mc Graw-Hill; 2002.
- ⁴¹ Smith Sandra F. Enfermería básica y clínica. México: Editorial El manual moderno, 1996.
- ⁴² Harmer B, Henderson V. Tratado de enfermería teórica y práctica. 4a edición. México: La prensa medica mexicana, 1952
- ⁴³ Sorrenino S A. Enfermería práctica. México. Editorial el manual moderno.1987
- ⁴⁴ Ganong W F. fisiología médica. 18ª edición. México: editorial el manual moderno; 2002.
- ⁴⁵ Potter P. A. Griffin Perry A. Fundamentos de enfermería Vol II. 5a edición. Madrid. Editorial Elsevier Science. 2002
- ⁴⁶ Satir V. Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. México. Editorial Pax México; 1991.
- ⁴⁷ Necesidad de actuar según valores y creencias. (en línea) 2002. (fecha de acceso 11 nov 2008); Disponible en: www.ulpgc.es/descargadirecta.php?codigo-archivo=4463
- ⁴⁸ Instituto Nacional de Cáncer. La espiritualidad en el tratamiento de cáncer.2008. disponible en: www.concer.gov/espanol
- ⁴⁹ Papalia D. E, Wendkos Olds S, Duskin Feldman R. Desarrollo humano. 8a edición. Colombia . Editorial McGraw Hill. 2001
- ⁵⁰ Camino a la realización personal. (fecha de acceso) 05 nov 2008. Disponible en: psicología.laguia2000.com/general/el-camino-de-la-realización-personal-34K-

-
- ⁵¹ Vocación y realización personal. (fecha de acceso) 05 nov 2008. Disponible en: www.asociaciónideati.com/revista/vocación-y-realización-personal.htm-11K-
- ⁵² Sana diversión [en línea] ,(acceso: 17-enero-2008), disponible en : http://www.proyectosalohogar.com/Diversos_Temas/Sana_diversion.htm
- ⁵³ Rivas E M. La recreación dirigida como terapia en las salas de pediatría del Hospital Universitario del Valle. simposium Nacional de vivencias y gestión en recreación. Colombia 2001. Disponible en: www.recreación.org/simposium2vg/ERivas.htm-69K-
- ⁵⁴ Necesidad de aprender. (en línea) consultado 20-nov-2008. Disponible en: www.ulpgc.es/descargadirecta.pth?cogigo-archivo=4464
- ⁵⁵ Bustos Saldaña R. Aprender para educar, una necesidad del médico familiar en la atención de los pacientes diabéticos. Revista paceña de medicina familiar. Disponible en: www.mflapaz.com/revista3-PDF/9%20&educacion%20en%diabete.pdf-
- ⁵⁶ Medicina Interna (en línea), (acceso 20-05-09), disponible en: http://enciclopedia.us.es/index.php/Medicina_interna
- ⁵⁷ Secretaría de Salud. Manual de intervenciones de enfermería. Hospital regional de alta especialidad del Bajío y unidad de apoyo. 2005.
- ⁵⁸ Mercado Martínez. Villaseñor Farias. Situación actual de la investigación cualitativa en salud. 1999.
- ⁵⁹ Santana L, Gutiérrez L. La investigación etnográfica. Disponible en: www.revistaparadigma.org.ve/Doc/Paragigma96/doc2.htm
- ⁶⁰ Polit. Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª edición, México. Editorial Mc Graw-Hill; 2000.
- ⁶¹ Boyle J. Estilos de etnografía. En Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Publicaciones Universidad de Alicante, Editorial universidad de Antioquia. 2005.
- ⁶² De la Vega R, Zambrano A. Memoria (en línea). La circunvalación del Hipocampo, septiembre 2007 (consulta 19-06-09). Disponible en: [htt://www.hipocampo.org-memoria.asp](http://www.hipocampo.org-memoria.asp)
- ⁶³ Sierra F. Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social. En Galindo Cáceres J. Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. Editorial Addison Wesley Longman; 1998.

⁶⁴ Guber R. La entrevista etnográfica o el arte de la no directividad. En la etnografía método, campo y reflexividad. Enciclopedia latinoamericana de sociocultura y comunicación. Editorial Norma. 2001.

⁶⁵ Enrique Alonso L. Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En Delgado JM, Gutiérrez J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Editorial Síntesis. Madrid, 1999.

⁶⁶ Minayo C. La etapa de análisis en los estudios cualitativos. En Mercado F, Gastaldo D, Calderón C. Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Editorial UdeG, Servicio Vasco de Salud, UASLP, UANL. 2002.

⁶⁷ De Andrés J. El análisis de discurso en un estudio sobre cuidados a los ancianos. En Mercado F, Gastaldo D, Calderón C. Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Editorial UdeG, Servicio Vasco de Salud, UASLP, UANL. 2002.

⁶⁸ Hoja de consentimiento informado. Comité de Ética e Investigación. Facultad e Enfermería de la UASLP. Fecha n.d.

⁶⁹ Díaz Reina. Tesorero Rosaura. Efectividad del programa infecciones respiratorias (ira) y la incidencia de niños con enfermedades respiratorias Universidad nacional "Romulo Gallegos".venezuela, 2000. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/infecciones-respiratorias/infecciones-respiratorias.shtml>

⁷⁰ García Hernández M. Torres Egéa M P. Ballesteros Pérez E. Enfermería Geriátrica. Barcelona 2006.

⁷¹ d,Hyver de las Deses C. Gutiérrez Robledo L M. Geriatria. Manual moderno, México. 2006.

⁷² Cano-Caballero Gálvez María Dolores, Martínez Pozo María, Lazuen Alcón María Angustias, Urbano García Guillermina. Diversidad y alimentación hospitalaria: Diseño de un cuestionario de valoración de la adaptación cultural. Index Enferm [revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 2010 Jul 08]; 17(2): 87-91. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200002&lng=es. doi: 10.4321/S1132-12962008000200002

⁷³ Luis Rodrigo M T. Fernández Ferrín C. Navarro Gómez M V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª edición. Elsevier Masson. 2005.

⁷⁴ Guía de atención enfermera a pacientes con incontinencia urinaria. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (asanec). 2ª edición. Granada, 2003.

⁷⁵ José Luis Cobo Sánchez. Raquel Pelayo Alonso. M^a Soraya Sánchez Cano. Rosa Alonso Nates. Raquel Menezo Viadero. Magdalena Gándara Revuelta. Marina Rojo Tordable. M^a Eugenia Cuadrado Mantecón. Camino Villa Llamazares. Repercusión del grado de dependencia de los pacientes en hemodiálisis sobre la carga de trabajo de enfermería. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2008; 11 (1): 6/11

⁷⁶ González E. (en línea) Vestimenta – Enfermería hospitalaria. 2006. (consulta 8-07-2010) Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos41/vestimenta-enfermeria/vestimenta-enfermeria.shtml>

⁷⁷ Lifshitz Alberto. Fiebre y otras formas de elevación térmica. *Rev. invest. clín.* [periódico na Internet]. 2007 Abr [citado 2010 Jul 08] ; 59(2): 130-138. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762007000200007&lng=pt.

⁷⁸ Rogalsky, O. y Román de C. G. Cuidados de Enfermería de la vida diaria y la satisfacción personal del adulto mayor institucionalizado. Valencia. 1999.

⁷⁹ Fernández, V. Román de C. G Cuidados de Enfermería del adulto mayor enfermo y su satisfacción con el cuidado recibido. Valencia Trabajo de Grado. Maestría en Enfermería. Área de Estudios de Postgrado. Universidad de Carabobo. 1999.

⁸⁰ Estrategia en seguridad de pacientes y gestión de riesgos sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 8 y 9 de febrero de 2005.

⁸¹ Dana-Farber Cancer Institute. Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard *Bibliomed, Journal of Clinical Oncology.* 2007

⁸² Del Campo Alepuz, G Exclusión social y Sida. 2005. (consulta 8-07-2010) Disponible en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/trabaj_exclus_sida.htm

XIII. Anexos

Anexo 1

Guía De Entrevista

Ficha técnica:

Nombre del paciente _____ edad _____

Sexo _____ Ocupación _____ Estado civil _____

Escolaridad _____ Dependencia económicamente de usted: no __ si __
cuántos _____

- ¿Podría hablarme del motivo por el que fue hospitalizado?
- Hábleme de la experiencia de haber estado hospitalizado
- ¿Cómo se sintió en donde estaba?
- cuénteme un día normal en el hospital
- ¿Cuénteme del cuarto en el que estaba, cómo era, cómo se sentía allí?
- ¿Cómo le hacía para movilizarse?
- ¿Quién lo acompañaba, quien lo cuidaba?
- ¿De qué platicaba con la gente?
- Cuénteme del personal que le atendió
- ¿qué es lo que más recuerda de las enfermeras y enfermeros?
- ¿qué cosas hacían para cuidarlo?
- ¿cómo le ayudaban sus familiares?
- ¿Qué cree que le hizo falta durante la hospitalización?
- Platíqueme ¿De qué forma se modificó su vida durante la hospitalización?

Tópicos que guían la conversación

Fisiológicas:

Respirar

Alimento

Eliminación

Movimiento

Reposo y sueño

Comodidad con la ropa y termorregulación

Higiene

Sociales:

Prevención de accidentes.

Comunicación con el personal enfermero.

Cambios personales (sociales y laborales) durante la hospitalización.

Distracciones, recreación.

Aprendizaje, curiosidad sobre su enfermedad y tratamiento.

Espirituales:

Valores y creencias religiosas.

- 1.- Entorno físico de la vivienda y ambiental.
- 2.- Características de la habitación en donde se realiza la entrevista.
- 3.- Características del entrevistado.
- 4.- Características de las personas que lo acompañan.
- 5.- Interacciones entre las personas (paciente y acompañantes).
- 6.- Tipo de comunicación verbal y no verbal
- 7.- Actividades que realizan a simple vista.
- 8.- Factores distractores.
- 9.- Otros.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Lugar _____

Fecha _____

Por medio de este documento declaro que acepto participar en el estudio de investigación titulado como:

Registrado ante el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, con el número de registro:

Aprobado en el Acta No.

Con fecha:

Financiado por:

El objetivo del estudio es: Aportar información sobre los cuidados de enfermería que recibí en el área de Medicina Interna de un hospital público.

Con una duración: menor a 60 minutos, con la posibilidad de realizar mas de una sesión.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Este estudio es considerado riesgo mínimo.

El investigador responsable: L.E Alejandro Salazar Hernández, se ha comprometido a darme información sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder a toda pregunta y aclarar las dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o algún otro asunto relacionada con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención de salud que recibo en: el Hospital que asisto.

El investigador responsable me ha dado la seguridad de que no se me identificará en los reportes, publicaciones o presentaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma estrictamente confidencial.

También se ha comprometido a proporcionarme la información sobre mi condición de salud (si fuera el caso) que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre, identificación y firma del participante.

Nombre, identificación y
firma del representante legal para menores de edad o incapacitados.

Nombre, firma y cedula del investigador responsable.

Puede comunicarse en cualquier momento en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio.

L.E. Alejandro Salazar Hernández
Correo: salher@2002 hotmail.com
Teléfono: 8-18-92-65 Cel: 4442029246

Basado en de la Hoja de consentimiento informado. Comité de Ética e Investigación. Facultad e Enfermería de la UASLP.

0311167
00W