

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**RELACIÓN TERAPÉUTICA ENFERMERA - PACIENTE
SEGÚN LA TEORÍA HILDEGARD E. PEPLAU EN LOS
SERVICIOS DE CIRUGÍA, DEL HOSPITAL REGIONAL
MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN – PUNO 2013.**

TESIS

PRESENTADA POR:

NELLY GUILIANA MARRON MACHACA

**Puno – Perú
2014**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO - PUNO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

RELACIÓN TERAPÉUTICA ENFERMERA - PACIENTE SEGÚN LA
TEORÍA HILDEGARD E. PEPLAU EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA,
DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN - PUNO 2013.

TESIS

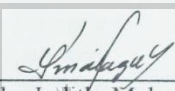
Presentada a la Coordinación de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad
Nacional del Altiplano - Puno, como requisito para optar el título profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADO POR EL SIGUIENTE JURADO REVISOR:

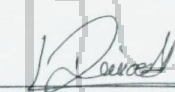
PRESIDENTE

:


Dra. Frida Judith Malaga Yanqui

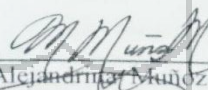
PRIMER MIEMBRO

:


Mstro. Denices Soledad Abarca Fernandez

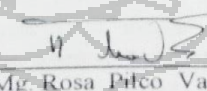
SEGUNDO MIEMBRO

:


Lic. Margot Alejandra Muñoz Mendoza

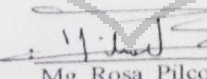
DIRECTORA DE TESIS

:


Mg. Rosa Pilco Vargas

ASESORA DE TESIS

:


Mg. Rosa Pilco Vargas

ÁREA : ADULTO

TEMA : RELACIÓN TERAPEUTICA

DEDICATORIA

A Dios, con mucho respeto y amor quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentan, también por seguir dándome el don de la vida.

A mis padres; Juan Gerónimo y Daria Nelly, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí, ser una persona servicial para la sociedad. Ha sido un privilegio ser su hija, son los mejores padres.

A mis hermanos: Aliam, Susan, John, Danny y Deywid, quienes con sus palabras de aliento, comprensión y apoyo estuvieron a mi lado deseando mi superación.

A mis sobrinos: Diego y Thiago quienes con sus sonrisas y travesuras alegran mi vida. Cómo no mencionar a mi tía Silveria y primo Jesús gracias por su cariño.

Con mucho cariño a la persona que siempre está a mi lado por aguantar mis malos momentos, apoyo incondicional, compartir sus experiencias conmigo y brindarme su amor; a ti Edison gracias.

Nelly Guiliana

AGRADECIMIENTO

Con mucha gratitud y correspondencia:

A Dios por ser mi padre, darme la vida, por la salud, por la familia, por los amigos y por guiarme por el sendero del bien. A Jesús por ser nuestra inspiración, modelo y por ser el ejemplo más grande de amor en este mundo.

A la Universidad Nacional del Altiplano Puno, a la Facultad de Enfermería y en especial a todas las docentes por haber impartido enseñanza y haber formado en mí una persona profesional.

A mi directora y asesora de tesis: Mg. Rosa Pilco Vargas por su apoyo, paciencia y acertados consejos durante el desarrollo y la culminación del presente trabajo de investigación.

Con agradecimiento a los miembros del jurado: Dra. Frida Judith Malaga Yanqui, Mstro. Denices Soledad Abarca Fernandez y Lic. Margot Alejandrina Muñoz Mendoza, por brindarme su valioso tiempo, correcciones acertadas y orientaciones para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Al personal del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón por su cooperación. Al personal de los servicios de cirugía por su comprensión, apoyo y participación en la presente investigación.

A toda mi familia, amigos y todas las personas que me brindaron su apoyo, tiempo e información para el logro del trabajo de investigación.

Nelly Guiliana

RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación terapéutica enfermera- paciente según la teoría Hildegard E. Peplau en los servicios de cirugía del hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno-2013. El estudio fue de tipo descriptivo con diseño no experimental transversal. La población y muestra estuvo conformada por 16 enfermeras que laboran en los servicios de cirugía A y B. Para la recolección de datos se aplicó la técnica de observación y el instrumento fue la guía de observación directa. Los datos fueron analizados a través de la estadística descriptiva porcentual. Los resultados obtenidos fueron: En la relación terapéutica enfermera paciente según la teoría de Hildegard E. Peplau el 56,2% de las enfermeras del grupo estudiado, establece una relación terapéutica deficiente; respecto a las cuatro fases: En orientación, el 75% de las profesionales de enfermería nunca establecen relación terapéutica; en identificación, el 50% y en Aprovechamiento el 56,3% a veces se relacionan con el paciente, el 87,5% en la fase de resolución nunca establecen esta relación terapéutica. Por tanto, se concluye que la relación terapéutica enfermera-paciente en los servicios de cirugía es de regular a deficiente.

PALABRAS CLAVE: Relación, terapéutica, enfermera, paciente.

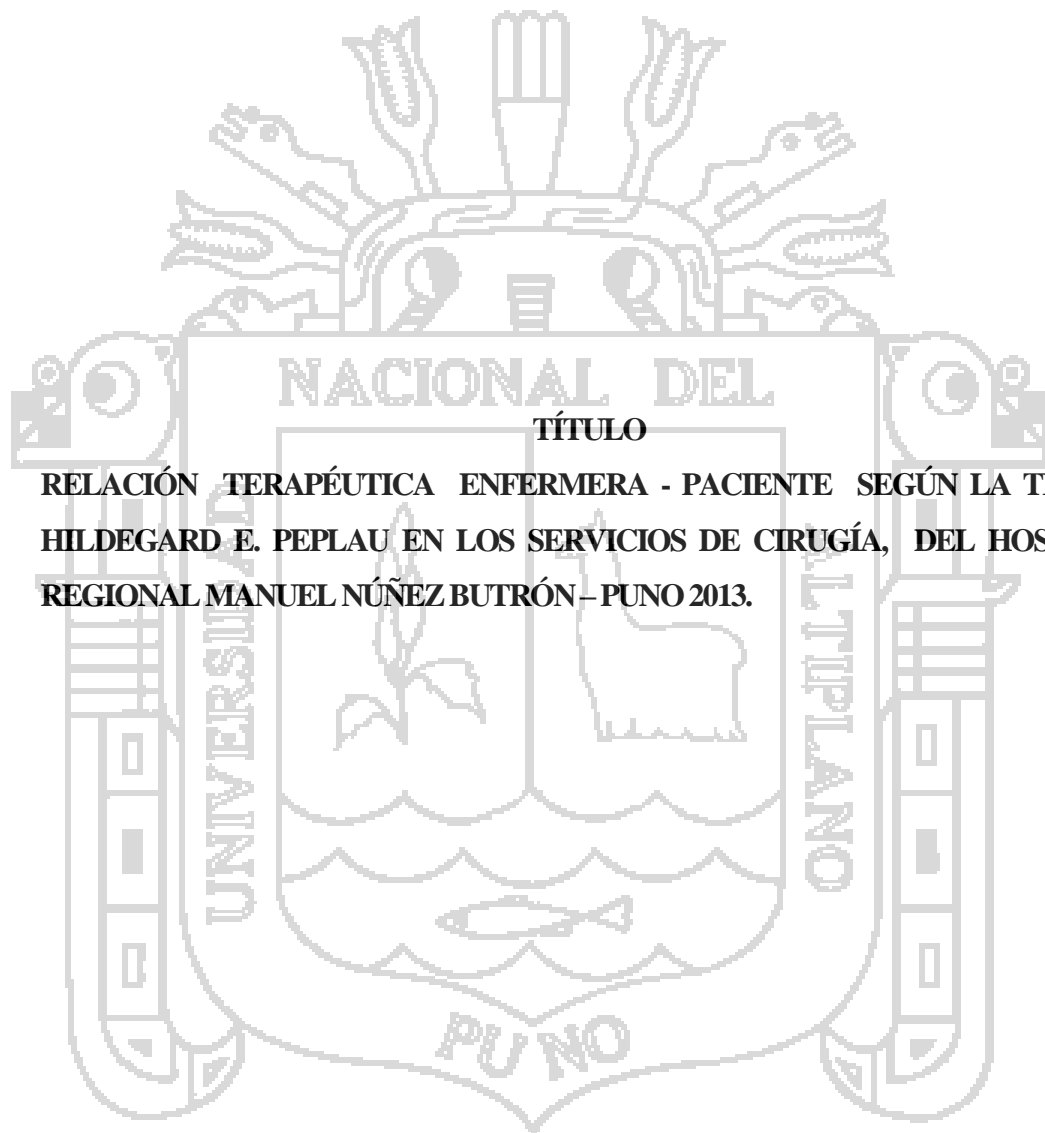
ABSTRACT

The purpose of this research was carried out to determine the therapeutic relationship between nurse – patient according to Hildergard E. Peplau theory into the Manuel NuñezButron regional hospital surgery services. The study was kind descriptive with a no transverse experimental design. The population and sample sizes was consisting by 16 nurses, who work in the surgery services A Y B. For data collection applied the observation technique and the instrument was the direct guide observation. The data was analyzed according to descriptive percentile statistic technique. The results obtained were: therapeutic relationship nurse-patient according to Hildergard E. Peplau the 56, 2% of the nurses in the study group, establish a deficient therapeutic relationship; according to the four phases: in guidance, the 75% of nursing profesional never establish a therapeutic relationship; on identification, The 50% and in optimising the 56, 3% sometimes has a relationship with the patient, the 87,5% In the resolution stage never establish this therapeutic relationship. It is therefore concluded that the therapeutic relationship in the surgery services nurse – patient is from moderate to poor.

KEY WORDS: Relationship, therapeutic, nurse, patient.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN.....	i
ABSTRACT.....	ii
TÍTULO.....	01
I. INTRODUCCIÓN.....	02
1.1. Caracterización del problema.....	02
1.2. Antecedentes del problema.....	05
1.3. Formulación del problema.....	09
1.4. Importancia y utilidad del estudio.....	09
II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	11
2.1 Relación terapéutica enfermera – paciente.....	11
2.2 Relación terapéutica según la teoría de Hildegard E. Peplau.....	13
2.3 Importancia de la relación enfermera paciente.....	23
III. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN.....	24
IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
V. DISEÑO METODOLÓGICO.....	29
5.1. Tipo y diseño de investigación.....	29
5.2. Ámbito de estudio.....	29
5.3. Población y muestra.....	30
5.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	31
5.5. Procedimiento de recolección de datos.....	35
5.6. Procesamiento y análisis de datos.....	36
VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	37
VII. CONCLUSIONES.....	56
VIII. RECOMENDACIONES.....	57
IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	59
X. ANEXOS	



TÍTULO
RELACIÓN TERAPÉUTICA ENFERMERA - PACIENTE SEGÚN LA TEORÍA
HILDEGARD E. PEPLAU EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA, DEL HOSPITAL
REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN – PUNO 2013.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

A lo largo de la trayectoria de la disciplina de enfermería, la relación enfermera-paciente aparece como una constante tanto en la literatura como en las publicaciones científicas; porque la enfermería, desde hace ya unos años, se habla de que el ser humano es un ser bio-psico-social, donde la Comunicación Terapéutica (también conocida como Relación de Ayuda) es una manera de pensar en el ser humano y una metodología para trabajar los aspectos emocionales, psicológicos, culturales, sociales y familiares del paciente.¹

Pero a nivel práctico, la relación terapéutica es escasa; escasez que se agrava en el hospital por la ruptura con el entorno propio. En este contexto la relación de la enfermera se resume en una reproducción de estereotipos verbales y no verbales. Por otro lado en la hospitalización del paciente hay un cambio de entorno que exige una adaptación. Un sobreesfuerzo por parte de la persona que ingresa, ya que no sólo debe desear su curación sino que debe adaptarse a un entorno diferente al de su cotidianeidad y con unas normas nuevas, donde prima la generalidad sobre la individualidad. Así, el sujeto vive el ingreso hospitalario como una situación de estrés, ansiedad y vulnerabilidad.²

La escasa interacción con el paciente, ocasiona una atención despersonalizada, deshumanizada y poco ético, haciendo la estancia del paciente poco agradable, que aumenta de manera significativa el miedo y la ansiedad que genera la hospitalización.³

El problema es mayor cuando no se reconoce la importancia de esta interacción, con frecuencia se le conceden un espacio insignificante para la interacción, no se toma conciencia de la realidad existente y de lo esencial que resulta un adecuado despliegue de la competencia relacional como enfermeros para ayudar de modo adecuado a las personas que demandan nuestros cuidados.⁴ Además, ciertas actividades estructurales por miembros

del equipo soninterrumpidos o finaliza prematuramente una conversación de ayuda con el paciente.⁵

La reflexión realizada sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico en Granada España en el año 2006, ha demostrado que la teoría Hildegard E. Peplau no se viene aplicando adecuadamente en la relación enfermera paciente, porque los profesionales de enfermería se centran en la atención biofísica de la enfermedad, conocen poco los sentimientos y los comportamientos del paciente frente a la enfermedad, no exploran ni incorporan estas necesidades a las intervenciones que desarrolla, por lo que, los pacientes no tienen una interrelación eficaz con el entorno y con los enfermeros.⁶

El estudio realizado en Venezuela en el año 2006, demostró que el profesional de enfermería brinda una comunicación terapéutica al paciente a través de la comunicación verbal, pero no logra ofrecer la misma comunicación desde la parte no verbal.⁷ En el Perú el estudio realizado en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima año 2007, encontró que el 19,6% de los pacientes tienen una mala interacción con la enfermera, los mismos que estuvieron insatisfechos con el cuidado recibido.⁸ En Puno en el año 2010, la investigación realizada en la Unidad de Cuidados Intensivos en los Hospitales Manuel Núñez Butrón, y Carlos Monge Medrano de Juliaca, evidenció que, la aplicación del modelo psicosocial en el proceso de interrelación enfermera-paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos es regular.⁹ Otro estudio en Juliaca en el año 2010 sobre: “Calidad de interrelación-paciente según la teoría Hildegard E. Peplau en los servicios de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca” encontró que el 50% de las enfermeras del grupo estudiado establecen una interrelación de mediana calidad y solo un 20% de óptima calidad. Así mismo, en Ilave en el año 2011, el estudio sobre “La relación terapéutica enfermera - paciente, según la teoría Hildegard E. Peplau, demostró que la mayoría de las enfermeras establecen una relación terapéutica a veces, en las cuatro fases de la relación terapéutica.¹⁰

Esta carencia detectada en habilidades comunicativas se observa durante la atención al paciente, cuando la enfermera presta sus servicios, lo que hace entender la necesidad de valorar la relación enfermera paciente en los servicios de cirugía y el valor de la relación de ayuda como cuidado de enfermería si se desea alcanzar la excelencia en los cuidados que se presta a la comunidad.

Durante el desarrollo de las prácticas pre-profesionales al brindar atención al paciente en los servicios de cirugía del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, se escucha referir que la enfermera no les habla y si lo hace, es solo en el momento del tratamiento que reciben, cuando presentan dolor estos no son atendidos en el momento y no están conformes con las explicaciones que reciben. Además, se observa que algunas profesionales por la labor recargada que tienen que cumplir con las funciones administrativas y de tratamiento poco o nada establecen comunicación con el paciente, no se explora las necesidades reales sobre todo la interacción positiva que debe existir entre enfermera paciente.

Otras veces, los pacientes que ingresan al servicio de cirugía presentan temores, intranquilidad e inseguridad al ser candidato a una cirugía, estar presente en un ambiente desconocido, recibir una serie de tratamientos terapéuticos para recuperar la salud; sin embargo, esta situación ocasionalmente es percibida en todos los pacientes por el profesional de enfermería, hecho que a veces dificulta la relación con el paciente, a pesar de ser uno de los primeros contactos del paciente en el hospital.

Es frecuente, que la escasa relación que algunas veces se observa, no permite conocer los cambios del estado físico, psicológico, social y espiritual del paciente, aun estando muchas horas con él, durante la aplicación del tratamiento terapéutico, control de funciones vitales y/o procedimientos de enfermería. Algunas veces, la falta de ayuda en las necesidades reales, como el dolor, ansiedad y otros, ocasionan intranquilidad e inseguridad, para muchas personas que por estar enfermas y tener que ser operadas suelen hallarse bastante desconcertadas o angustiadas.

Los pacientes al no ser escuchados como ellos lo desean, se muestran negativos al tratamiento, son poco colaboradores con su recuperación y usualmente expresan frases como “Las enfermeras no aparecen cuando las necesitamos”, “Parecen que esperan que sea las 11 p.m. para irse a dormir”, “No somos escuchados cuando pedimos algo”, estas y otras frases hacen ver que existe poca comunicación entre la enfermera y el paciente.

Por otro lado, el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón al ser un establecimiento de salud de referencia, recibe en sus unidades pacientes de mayor complejidad, donde se requiere mayor número de recursos humanos, con capacidad resolutive y nivel tecnológico destinados a la atención especializada para satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito referencial, brindando con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud, donde la interacción enfermera-paciente juega un papel importante, a diferencia de los hospitales distritales, que son de complejidad intermedia y menor capacidad resolutive, menor número de pacientes hospitalizados y profesionales de la salud.

Cada establecimiento del sistema de servicios descritos, tienen un ámbito geo-socioeconómico de responsabilidad y lo que es más importante, tienen una capacidad determinada de resolución de modo tal, que las necesidades de atención que sobrepase en complejidad a la capacidad de resolución asignada, deben derivarse a los establecimientos de los escalones siguientes, como los hospitales regionales.

1.2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1.2.1. A Nivel Mundial

Un estudio realizado en Granada España en el año 2006 sobre “Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico” fundamentada en el pensamiento de Hildegard E. Peplau, quien construyó un modelo de cuidado para enfermería que plantea cómo en las relaciones interpersonales con los pacientes, la enfermera puede acercarse a los significados que éstos asignan a la enfermedad, a los comportamientos y a los

sentimientos, para incorporarlos al cuidado y ayudarlos a dirigir sus potencialidades hacia formas útiles para sobrellevar sus dolencias. En la práctica profesional, la autora del artículo ha observado la forma en que los estados de inconciencia, la sedación obligatoria o la intubación endotraqueal, llevan a muchos pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos, a tener interferencias en la comunicación con el entorno; esto suprime los símbolos para interpretar el ambiente y para actuar en consecuencia. Tanto la propuesta teórica como la experiencia profesional, permiten concluir que si los pacientes no tienen una interrelación eficaz con el entorno y con los enfermeros, se requiere que éstos los valoren integralmente para proponer alternativas de cuidado sustentadas en conocimientos científicos sólidos, habilidades prácticas y alto grado de sensibilidad humana para alcanzar la interpretación de la condición del paciente y ayudarlo a satisfacer sus necesidades básicas de bienestar.⁶

1.2.2. A Nivel Nacional

El estudio realizado en Lima en el año 2007 acerca de la “Relación entre la interacción enfermero usuario externo y el grado de satisfacción del cuidado que recibe, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Lima, con el objetivo de determinar el grado de correlación existente entre la interacción enfermera(o) usuario externo y el grado de satisfacción del cuidado que recibe en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”, en 187 usuarios externos seleccionados por muestreo aleatorio simple, empleando un cuestionario obtuvo los siguientes resultados: En la correlación entre el nivel de interacción efectiva enfermera(o) – usuario externo y el nivel de satisfacción del cuidado recibido, se encontró que del total de pacientes con mala interacción, 9 (19,6%) estuvieron insatisfechos con el cuidado recibido. Así mismo del total, con una buena interacción, 15 (46,9%) se sintieron ampliamente satisfechos con la atención recibida. Al determinar la correlación entre nivel de interacción efectiva y el nivel de satisfacción del cuidado recibido, se encontró que existe una moderada correlación directa entre las dos variables; esto es, que a una buena interacción enfermera(o)-usuario externo, el paciente se siente ampliamente satisfecho y cuando la interacción enfermera(o)-usuario externo es mala el paciente se siente insatisfecho.⁸

Otro estudio realizado en Lima - Callao en el 2006 sobre “Relación de percepción del paciente y calidad de la interrelación según la teoría de Peplau, Hospital dos de Mayo” con el objetivo de identificar la relación entre la percepción del paciente adulto maduro de cirugía y la calidad de la interacción brindada por la enfermera según la teoría Peplau-Hospital Dos de Mayo; el método fue investigación cuantitativa, descriptiva, correlacional, de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 92 pacientes de los servicios de cirugía I3-I4. La recolección de datos se realizó a través de la entrevista a los pacientes y la observación de la interrelación en dos instrumentos, una lista de cotejo y una guía de observación, el análisis se realiza en el proceso del pre y post operatorio estructurado en cuatro fases, desde el ingreso al alta; cada fase tiene características y fines específicos de cuidados determinados por la teoría de Peplau. Se concluyó de que en ambas variables el resultado es de regular a deficiente el promedio de negatividad en la percepción del paciente es mayor en la cuarta fase (previa al alta), el promedio de negatividad de la variable calidad de la interacción es mayor en la segunda fase de la que no hay relación con la calidad de la interacción observada.⁵⁰

1.2.3.A Nivel Local

A nivel local los estudios realizados sobre la propuesta del trabajo de investigación señalan que la relación enfermera paciente no se desarrolla en su magnitud.

En Puno, la investigación realizada en el año 2010 sobre “Aplicación del modelo psicosocial en el proceso de interrelación enfermera-paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos de los Hospitales Manuel Núñez Butrón Puno y Carlos Monge Medrano Juliaca”, en una muestra de 10 enfermeras que laboran en ambos hospitales, obtuvo los siguientes resultados: En la fase de orientación, el 60% de las enfermeras muestran una comunicación poco fluida con el paciente, sin embargo, el 80% demuestra interés por atender. En la fase de identificación, el 80% de las enfermeras no muestran gestos ni palabras cariñosas para brindar apoyo, el 70% al valorar el estado emocional no lo hace con amabilidad, a diferencia el 100% revisa al enfermo de acuerdo a la intervención quirúrgica. Con relación a la interrelación en la fase de

aprovechamiento, el 100% de las enfermeras realizan valoración física para dar cuidados individualizados, el 80% respeta las expresiones u opiniones de los pacientes, es asertiva al relacionar con el paciente, también al acercarse verifica la satisfacción de los cuidados e informa al paciente sobre los procedimientos que se realizarán; el 60% proporciona cuidados de higiene, así mismo, utiliza vocabulario que facilita el dialogo con el paciente, sin embargo, en similar porcentaje, no es receptiva ante solicitudes del enfermo, no expresa mensajes de manera precisa para ayudar en la satisfacción de necesidades y no solicita consentimiento informado antes de realizar cualquier procedimiento. En tanto, en la fase de resolución el 100% de enfermeras mide los signos vitales del paciente crítico cada hora, el 60% lo acompaña para proporcionar la seguridad psicológica, mientras sólo un 20% se despide con palabras cálidas. Se concluye que: la aplicación del modelo psicosocial en el proceso de interrelación enfermera-paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos es regular.⁹

En Juliaca “Calidad de interrelación enfermera paciente según la teoría Hildegard E. Peplau en los servicios de cirugía del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca -2010”, se realizó con el objetivo de determinar la calidad de interrelación enfermera-paciente, según la teoría de Hildegard E. Peplau, la población y muestra estuvo constituida por 10 profesionales de enfermería quienes laboran en el departamento de cirugía, 5 en el servicio de cirugía “A” y 5 en el servicio de cirugía “B”, el estudio fue de tipo descriptivo y prospectivo; diseño transversal, para la recolección de datos se aplicó la técnica de observación participativa. El instrumento que se realizó fue una lista de cotejo con estructura dicotómica, que consta de 23 enunciados. Los resultados que se obtuvieron fueron: en la calidad de interrelación enfermera - paciente según teoría de Hildegard E. Peplau; el 50% de las enfermeras del grupo estudiado, establecen una interrelación de mediana calidad y solo el 20% de óptima calidad. En cuanto a las cuatro fases de interrelación enfermera-paciente según teoría de Hildegard E. Peplau, se tiene que en la fase de orientación e identificación el 50% de las enfermeras establecen una interrelación de mediana calidad y solo un 10% de óptima calidad, en la fase de aprovechamiento, el 50% de las enfermeras del grupo estudiado, establecen una calidad de interrelación deficiente y solo un 10 % establecen un calidad de interrelación

óptima, en la fase de resolución, un promedio de 60% establecen una interrelación de mediana calidad, y solo un 10% una interrelación de óptima calidad.⁴⁸

Otro estudio aplicado en la misma teoría realizado en el Hospital de Ilave en el año 2011 sobre la “Interrelación terapéutica enfermera- paciente, según la teoría Hildegard E. Peplau”, la población y muestra estuvo constituida por 15 profesionales de enfermería, el estudio fue de tipo descriptivo y prospectivo, para la recolección de datos se aplicó la técnica de observación. El instrumento que se utilizó fue la lista de cotejo que consta de 23 enunciados. Los resultados que se obtuvieron fueron: En la relación terapéutica enfermera-paciente según la Teoría de Hildegard E. Peplau el 53% de las enfermeras del grupo estudiado, establecen una relación terapéutica a veces y solo el 20% lo hace siempre; en la fase de identificación, el 60% de las enfermeras del grupo estudiado, establecen una relación terapéutica a veces y solo el 20% lo hace siempre; en la fase de Aprovechamiento, el 47% de las enfermeras del grupo estudiado, establecen una relación terapéutica a veces y solo el 20% lo hace siempre, en la fase de Resolución, un promedio de 53% establecen una relación terapéutica a veces y solo un 13% lo hace siempre.¹⁰

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo es la relación terapéutica enfermera paciente según la teoría Hildegard E. Peplau en los servicios de cirugía del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno-2013?

1.4. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO.

La presente investigación es importante porque permitió conocer la relación terapéutica entre la enfermera paciente en los servicios de cirugía del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, resultados que permitirán al profesional de enfermería tener una visión mayor sobre la forma de relación que mantiene con el paciente durante la atención, reflexionar sobre los aspectos negativos y potenciar aquellos positivos que se viene desarrollando durante el cuidado que brinda al paciente hospitalizado.

Además, se constituye un aporte para la disciplina de enfermería, porque los resultados permitirán tomar conciencia de la necesidad de mantener la relación terapéutica enfermera-paciente, basada en la teoría de enfermería de Hildegard E. Peplau, de esta manera la atención que se brinde está inmersa dentro de los fundamentos de la enfermería Psicodinámica, considerando que la teoría de enfermería no solo es esencial para la existencia de la misma, sino es vital para la práctica de la profesión.

Será de gran utilidad para el departamento de enfermería y para los profesionales que laboran en el servicio de cirugía, al encontrar deficiencias en la relación terapéutica enfermera paciente, permitiría no solo reflexionar sobre la atención que se brinda, sino plantear estrategias de capacitación basadas en teorías y modelos de enfermería, de esta manera las enfermeras podrían fortalecer el conocimiento y la habilidad práctica para establecer la relación enfermera - paciente y que la relación de ayuda sea eficaz, abordando a la persona como un ser holístico dirigiendo sus acciones a mejorar o aliviar las molestias y/o dolencias generadas por el proceso de la enfermedad.

El estudio es relevante, a pesar de la existencia de estudios realizados en los Hospitales Distritales de apoyo Ilave de nivel II-1 y Carlos Monge Medrano de Juliaca de nivel II-1, no existen estudios al respecto en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, establecimiento de salud referencial de nivel III-1.

II. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1. RELACIÓN TERAPEÚTICA ENFERMERA-PACIENTE

Es la relación terapéutica que establece la enfermera con el paciente para brindar el cuidado se expresa en la interacción, enfermera-paciente, estableciéndose ésta, entre él que cuida y la persona cuidada y se extiende durante todo el proceso del cuidado. Se define también, como una negociación intersubjetiva en la que a través del discurso que se establece entre terapeuta y paciente se va construyendo-reconstruyendo el binomio salud-enfermedad.¹¹ Por lo tanto es considerada como un proceso, método o instrumento, por medio del cual son transmitidos los significados entre personas y grupos.¹² Esta relación terapéutica entre el profesional de enfermería y el paciente, se basa en una serie de interacciones que se van desarrollando con el tiempo.¹³

La interacción enfermera-paciente es un proceso interpersonal, terapéutico y significativo que funciona en cooperación con otros procesos humanos a fin de hacer alcanzable la salud a los individuos. Este proceso desarrolla y mantiene el personal de enfermería en cada turno de trabajo, como un hilo conductor que hace posible la prestación del cuidado, de allí que su registro y el uso sea indispensable y permanente para todo tipo de cuidado ya sea su naturaleza fisiológica, psíquica, social y cultural, por ello la interacción se concibe también como un proceso único, aunque sean diferentes las personas que cuidan al paciente.¹⁴

Aguirre¹⁵ señala que la relación enfermera-paciente es una especie de vínculo que se establece entre dos o más seres humanos, que han determinado su mutuo acuerdo e interdependencia; la enfermera proveedora de cuidados, administradora de tratamientos, compañera y confidente que intentará proporcionar confort, tranquilidad, comprensión, escuchará atentamente las vicisitudes, inquietudes y emociones del enfermo y de sus familiares sobre el problema de salud y de aquellas problemáticas que están alrededor de ella, intentará ponerse en su lugar para comprenderlo y atenderlo mucho mejor,

convocando cuando considere necesaria la participación de otros profesionales; y por otro lado, el enfermo o persona sana, aquel que intenta colocar su problema de salud y su humanidad bajo el cuidado del profesional de la salud, en busca de mejores soluciones y alivio de su malestar, que espera ser escuchado, comprendido u orientado.

En este proceso la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado, porque la disciplina de enfermería ha adquirido un acervo de conocimientos sobre los fenómenos del cuidado y la salud, que ha facilitado y direccionado su práctica profesional; buscando la promoción, el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos.¹⁶

2.1.1. Aspectos básicos de relación Terapéutica

Para que se establezca la relación terapéutica, Peplau considera tres aspectos básicos: Enfermería, entorno y relación.

- a) **Enfermería.** Peplau (1952)¹⁴, definió enfermería como "Un importante proceso terapéutico interpersonal que actúa en coordinación con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en las comunidades" Leininger (1988), citada en Marriner&Raile (1999)¹⁷, la entiende como "Una profesión y una disciplina humanista y científica aprendida, que se centra en los fenómenos de actividades de asistencia a los seres humanos con la finalidad de ayudar, apoyar, facilitar o capacitar a las personas o a los grupos a mantener o recuperar su bienestar (o su salud), de manera beneficiosa y dotada de sentido culturalmente, o para auxiliarles a la hora de afrontar la discapacidad o la muerte".

- b) **Entorno.** Para Leininger (1988), citado en Kerouac (1996)¹⁸, el entorno se relaciona con todos los aspectos contextuales en los que la persona se encuentra. Estos son los aspectos físicos, ecológicos, sociales, igual que la visión del mundo y todo factor que tenga una influencia sobre el estilo de vida de la persona. El entorno es principalmente exterior a la persona, pero ejerce una influencia en lo cotidiano y en la existencia de esta

persona. Por eso, un comportamiento sólo es significativo en la medida que se incluye en el entorno.

- c) **Relación.** En este contexto la relación se entiende como el encuentro terapéutico entre enfermera-persona guiado hacia un objetivo común que es la vivencia de experiencias de salud. En esta relación hay elementos que pueden modificarla, cambiarla, afectarla o potenciarla.¹⁹

2.2. RELACIÓN TERAPÉUTICA SEGÚN LA TEORÍA DE HILDEGARD E. PEPLAU.

En La teoría de Hildegard E. Peplau, la relación terapéutica enfermera-paciente es la esencia de la relación humana entre un individuo enfermo o que requiere un servicio de salud y una enfermera educada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.²⁰

En el desarrollo de la teoría de Hildegard E. Peplau, ha sido fundamental la influencia recibida de la psicología. Este modelo refleja el paradigma de integración. Está incluido en la escuela de interacción, puesto que el proceso de cuidar se fundamenta en una relación interpersonal terapéutica.²¹

El modelo de Hildegard E. Peplau, tiene como fuente teórica la biología y en las ciencias conductuales, y evolucionó en la teoría de las relaciones interpersonales. Se apoya en los cuidados de la enfermería psicodinámica, para ello hay que comprender nuestra conducta para poder ayudar a los demás, y así aplicar los principios de las relaciones humanas.²² Este modelo orienta la enfermería hacia la relación con los pacientes y no sólo a que éstos se curen. A través de ella se establece el rol de enfermería como guía, solución de problemas, etc. Pero no lo guía hacia la enfermedad; además establece la relación entre paciente y enfermera por medio de la conciencia, personalidad y sentimientos describiéndolo como experiencias psico-biológicas. La enfermería como fuerza educativa orientada a la maduración y por medio de la relación de interdependencia se mejora la salud del individuo beneficiándose ambos y esto contribuye al desarrollo de su

personalidad. Con esta personalidad la enfermera, marca las diferencias respecto a lo que aprenderá el paciente mientras reciba cuidados de enfermería.²³

“La enfermera al tener como base su práctica profesional en el modelo conceptual de Peplau, ve el cuidado a la persona como el establecimiento y mantenimiento de una relación enfermera-paciente, que favorece el desarrollo. El paciente orienta el contenido de la relación acogiendo los motivos que le conciernen, y la enfermera orienta el proceso animándole en la exploración de estos motivos. [...] exige el desarrollo de competencias en las relaciones interpersonales y la resolución de problemas particularmente el apoyo en el aprendizaje [...]”²⁴

Peplau opinaba que las intervenciones de enfermería son procesos interpersonales terapéuticos y significativos para la persona. Cuidados personalizados con especial hincapié en la relación enfermera-paciente para fortalecer esta relación es necesario que la enfermera desarrolle las habilidades específicas relacionadas con las patologías de los pacientes; así mismo, con ellos se mantendrá actualizada, obtendrá conocimientos y actitudes que contribuirán al desarrollo óptimo de una buena relación con el paciente. Para conseguir una buena relación es necesario que la enfermera involucre su propia experiencia, para ayudarla a transformarse en una persona genuina dentro de la interacción, y pueda ser percibida por el paciente como un profesional totalmente involucrado, evitando quejas y expresiones como: “Ni siquiera me puso atención” o “Se mostraba indiferente a lo que yo le transmitía”.²⁵

Este modelo, publicado por primera vez en 1952, describe cuatro fases en la relación entre enfermera/o y sujeto de atención: Orientación, identificación, aprovechamiento, y resolución.²⁶

2.2.1. Fases de la relación terapéutica

a) Fase de Orientación

En esta etapa el paciente intenta identificar cuáles son sus problemas delimitando sus necesidades y busca al profesional. Por tanto, la enfermera valora la situación, ayuda al paciente a reconocer su problema o necesidad alterada, determina qué tipo de ayuda necesita la persona.²³

Esta fase es clave para marcar el éxito o fracaso de la interacción ya que propicia un canal seguro y productivo de interrelación entre la enfermera y el paciente.⁴⁶ La primera fase de la interrelación, debe establecerse al ingreso del paciente a la unidad hospitalaria y en el primer contacto con la enfermera.^{10, 50}

▪ Rol de la enfermera en la relación terapéutica en fase de orientación:

Durante la fase de orientación, el individuo tiene una "necesidad insatisfecha" y precisa apoyo profesional. Según Hildegard E. Peplau, el enfermero/a ayuda al paciente a reconocer el papel de extraño. El primer papel del enfermero/a es de un extraño debido a que el enfermero/a y el paciente no se conocen, el enfermero/a debe tratar al paciente como si su capacidad emocional fuera normal, aunque las pruebas indiquen lo contrario.²⁶

Por otro lado Hildegard E. Peplau, señala que el rol de desconocido o extraño se instituye cuando comienza la relación entre el paciente y la enfermera, donde el trato debe ser cortés, respetuoso y educado.¹⁷

El primer contacto personal entre la enfermera y el paciente, permite al profesional identificarse y ayuda a reconocer y entender sus problemas. En esta fase la enfermera recepción en forma adecuada al paciente tanto en el aspecto físico y psicológico. Así, en el ámbito físico se dan las características que debe tener el espacio físico y éste debe mostrar una sensación de acogida al paciente. En el ámbito psicológico se hace hincapié en la empatía, disponibilidad etc. que debe mostrar el enfermero.²⁷

- ❖ Este contacto debe ser respetuoso, espontáneo, cortés y depende de las circunstancias que la motive, por lo que es necesario que la enfermera identifique al paciente por su nombre.

El nombre, representa seguridad por lo que la enfermera ayudara al paciente a conservar su identidad al llamarlo por su nombre tratándolo como un individuo único.

- ❖ Atender al paciente en relación de ayuda es aportar nuestros conocimientos con el fin de conseguir que la persona llegue a estar en condiciones de poder decidir qué va a hacer, en otras palabras, ponerle en situación de que pueda ejercer su derecho a la salud. No se trata de llegar a decidir por él, se trata de ponernos en su lugar, reflejarle nuestra comprensión de su problema y poner todos aquellos medios que favorezcan la mejor decisión del paciente en orden a restaurar su salud, aceptar la enfermedad y reestructurarse con ella.²⁸

- ❖ El Consentimiento Informado radica en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma, los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados.²⁹

- ❖ Cada encuentro proveedor usuario, debe ser una oportunidad de continuar la relación y ella debe tener un objetivo determinado relacionado al plan general del cuidado del paciente. Los primeros encuentros son claves ya que en ello se instala un canal seguro y productivo entre el personal de enfermería y el paciente para aclarar dudas y temores que suelen presentar los pacientes en un servicio hospitalario.

- ❖ Durante la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y entender su problema o enfermedad. Por tanto, la enfermera valora la situación, ayuda al paciente a reconocer su problema o necesidad

alterada, determina qué tipo de ayuda necesita la persona; aclarando dudas sobre su enfermedad.²³

- ❖ La enfermera debe ser capaz de desarrollar capacidades que favorezcan la interacción, como desechar actitudes de autosuficiencia estableciendo una relación de apoyo y de colaboración pensando en las necesidades del paciente. Es importante manejar la técnica de la reformulación para facilitar que el paciente verbalice dudas y temores acerca de su tratamiento.¹⁴

La información sobre procedimientos generales y específicos, establecidos en el cuidado integral del paciente lo realiza la enfermera; también informa explicando el objetivo de la medicación, utilizando un lenguaje que el usuario pueda comprender, ya que la información facilita la aceptación y el cumplimiento de la terapéutica indicada.³⁰

b) Fase de Identificación

A partir de esta fase, según el éxito de la integración entre la enfermera y el paciente se logra: participación o relación interdependiente de la enfermera; si la interacción es negativa se produce aislamiento hacia la enfermera y en el paciente sentimiento de incapacidad, frustración o dependencia frente a la enfermera.¹⁴ Esta fase de interrelación coincide con el desarrollo de las actividades durante el preoperatorio inmediato.⁵⁰

▪ Rol de la enfermera en la relación terapéutica en fase de identificación

Según Hildegard E. Peplau, en la fase de identificación la enfermera cumple el papel de persona a quién recurrir. Durante esta fase el enfermero/a proporciona respuestas adecuadas para un aprendizaje constructivo, bien sean respuestas específicas a las preguntas como explicarle al paciente su tratamiento o el plan médico o respuestas que proporcionan apoyo.²⁶ Estas preguntas surgen generalmente en el contexto de un problema mayor como es el caso a la cirugía a que son sometidos los pacientes. Es decir, al conocer ya

la situación del paciente en la primera intervención, se clarifica el rol de ayuda, se ha pasado a la fase de identificación¹⁰

La enfermera debe ser capaz de desarrollar capacidades que favorezcan la interacción, como desechar actitudes de autosuficiencia estableciendo una relación de apoyo y de colaboración pensando en las necesidades del paciente. Es importante manejar la técnica de la reformulación para facilitar que el paciente verbalice dudas y temores acerca de su tratamiento.¹⁴

La información sobre procedimientos generales y específicos, establecidos en el cuidado integral del paciente lo realiza la enfermera; también informa explicando el objetivo de la medicación, utilizando un lenguaje que el usuario pueda comprender, ya que la información facilita la aceptación y el cumplimiento de la terapéutica indicada.³⁰

- ❖ La enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad. El paciente, junto a la enfermera, identifica su situación, responde con las personas que pueden ayudarle y se relaciona con ellas. La enfermera delimita o diagnostica los problemas, aclara las dudas del paciente²⁷
- ❖ En esta fase la enfermera requiere apelar a sus conocimientos para actuar y resolver los problemas que se plantea a través del comportamiento del paciente, la enfermera y todo el equipo ofrece un cuidado integral al paciente; cualquier falla técnica de habilidad y destreza, como una actitud inadecuada del personal puede entorpecer la atención produciéndose un retroceso.¹⁴
- ❖ En la relación de ayuda la comunicación consiste en interactuar en dos lenguajes: el del hablar y el de escuchar, en darle el protagonismo a las personas y el papel justo que les corresponde a las técnicas y los medios, es decir, utilizarlos como habilidades y recursos materiales que están al servicio de la persona.²⁸ Mucho de los pacientes del ámbito de estudio que

ingresan al servicio de cirugía, tienen la necesidad de comunicarse en su lengua nativa (Quechua o Aymara).

Para ello, es necesario que el profesional posea determinadas actitudes como las ya repetidas de la escucha activa, empatía, autenticidad y respeto así como saber ayudar al paciente a concretarse en su problema, a comprometerse y responsabilizarse del trabajo terapéutico etc. Los autores muestran ejemplos de conversaciones que nos pueden ayudar a guiar la entrevista. También en esta parte se analizan las actitudes tanto positivas como negativas que puede mostrar el paciente durante esta fase.²⁷

- ❖ Además el paciente hospitalizado comienza a responder en forma selectiva a las personas que parecen ofrecerle la ayuda necesaria. En este momento, el enfermo puede explorar y expresar los sentimientos relacionados con su percepción del problema, y las observaciones de la enfermera pueden servir para aclarar las expectativas del paciente respecto a la enfermera, y las expectativas de la enfermera sobre la capacidad de un paciente determinado para manejar su problema.³¹

C) Fase de Aprovechamiento

Esta fase se relaciona con los cuidados de la enfermera en la etapa post operatorio⁵⁰. El paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación. El paciente hace uso de los servicios o cuidados de enfermería y saca el máximo beneficio de la relación, por lo tanto la enfermera aplica el plan de cuidados establecido hasta alcanzar lograr la maduración y la independencia.²³ El enfermero/a ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y de participación activa.²⁶

MARRINER, afirma que, cuando ya se ha establecido la identificación del paciente con la enfermera, se puede realmente sacar un beneficio de esta relación. El paciente sabe lo que puede esperar y lo que se le puede ofrecer. Será necesario que la enfermera maneje el equilibrio

dependencia – independencia este concepto será una constante en el trabajo de la enfermera a partir de esta etapa se enfatiza el logro de la independencia del paciente a través del cuidado.²⁷

- Rol de la enfermera en la relación terapéutica en fase de aprovechamiento.

Según Hildegard E. Peplau, la enfermera en esta fase cumple el papel docente. Hablando de dos categorías de enseñanza a los enfermos: enseñanza instructiva, basada en dar a las personas la información necesaria, y enseñanza experiencial basada en utilizar la experiencia del paciente como base para el aprendizaje (aprender la propia experiencia).

Otro papel que cumple es de conductor: El profesional de enfermería ayuda al paciente enfermo a través de una relación de cooperación y de participación activa. También, el profesional de enfermería desarrolla un papel de sustituto de alguien, porque establece los campos de dependencia e independencia en la relación enfermero- paciente.³²

Por ello, las competencias de las enfermeras están diversificadas donde, no solo prestan cuidado sino educan, aconsejan, dirigen y también investigan. Su trabajo actual está marcado por la polivalencia, la flexibilidad y la multidisciplinaria.³³

En tanto, la enfermera se esfuerza en desarrollar una relación enfermera – cliente en la que la enfermera actúa como persona de recursos, consejera y vicario. Por ejemplo, cuando el cliente busca ayuda, la enfermera y el cliente analizan la naturaleza del problema, y la enfermera explica los servicios disponibles. A medida que se desarrolla la relación enfermera - cliente, la enfermera y el cliente definen de forma conjunta el problema y las soluciones posibles. El cliente sale ganando con esta relación, utilizando los servicios disponibles para resolver las necesidades, y la enfermera ayuda al cliente reduciendo la ansiedad relacionada con el problema de salud.³⁴ Sin embargo,

muchas veces el papel de enfermería como consejera se solapa (juntar, completar ocultar) con el concepto del papel de educadora.²⁷

Así mismo, las enfermeras prestan apoyo en situaciones estresantes a los pacientes, cumplen con la satisfacción de las necesidades en la prestación del cuidado, también acuden a tiempo cuando los pacientes necesitan algún tipo de atención. Por otra parte, demuestran confianza y sinceridad en la comunicación y cuidados brindados a los pacientes, el respeto a la intimidad y las creencias, y dan apoyo emocional cuando lo necesitan.³⁵

La enfermera debe tratar de satisfacer las demandas del paciente a medida que estas surjan y no presuponer necesidades sobre la base de concepciones previas, por ello acude de forma inmediata ante las necesidades del paciente:

❖ Para mejorar la salud de los pacientes es necesario que los individuos aumenten sus conocimientos sobre la salud y la enfermedad, sobre el cuerpo y sus funciones, utilidad de los Servicios de Salud y factores que actúan sobre la salud. El personal de enfermería utiliza, junto con otros miembros del equipo, dos actividades fundamentalmente, que son las orientaciones en forma individual o grupal. Teniendo en cuenta que, la información que obtenga el paciente contribuya en la disminución de complicaciones en los servicios de hospitalización.

En el ámbito hospitalario, y más concretamente en las unidades de Atención Especializada, las actividades que podrían planificarse en cada uno de los grupos de pacientes que el profesional de enfermería cuida.

❖ En esta fase el enfermero debe ayudar al paciente a cambiar su visión del problema y ver en esta nueva visión perspectivas de solución, debe concientizar al paciente de que él es el responsable de sus experiencias y vivencias, debe enseñar a aceptar que existen problemas que no se pueden solucionar etc. También se explican las actitudes que tanto el enfermero como el paciente deben tener o evitar en esta fase.²⁷

- ❖ Animar a la familia a participar en los cuidados facilita la unión, decrece la impotencia y la ansiedad y ayuda a asimilar la situación del ser querido, aspectos que forman parte de la competencia enfermera para proporcionar un cuidado integral³⁶; así mismo lograr su total independencia de la privaciones psicológicas, culturales y sociales que le impuso la enfermedad durante la estadía hospitalaria, siendo necesario la participación de los familiares para el cumplimiento de los cuidados del paciente hospitalizado.

Los postulados de la Organización Panamericana de la Salud, indican que el paciente y la familia pueden asumir una posición participativa en el cuidado.³⁷

d) Fase de Resolución

En esta fase, el paciente se libera de la participación de la enfermera, (se ha hecho autosuficiente), pues se siente capacitado y preparado para asumir la independencia y proyecta nuevas metas. La función del enfermero/a es ayudar al paciente a encontrar similitudes entre él/ella y la persona recordada. Luego debe ayudar al paciente a ver las diferencias entre su papel y el de la persona recordada. En esta fase, tanto el paciente como la enfermera definen áreas de dependencia, independencia y finalmente interdependencia.²⁶ Esta etapa coincide con momentos antes del alta⁵⁰

La resolución exitosa se produce cuando ambos resumen su relación, su significado y su realización, de este modo se fomenta el crecimiento y la madurez del paciente y enfermera.⁴⁷

- Rol de la enfermera en la relación terapéutica fase de resolución.

Según Hildegard E. Peplau, la enfermera en esta fase cumple el papel de consejero/a: lo que da mayor importancia a la enfermería, porque asesora al paciente y familia.¹⁷ El consejo funciona en la relación, de manera que las enfermeras/os responden a las necesidades de sus pacientes, ayudando a que recuerden y entiendan completamente lo que le sucede en la actualidad,

de modo que pueda integrar esa experiencia en vez de disociarla de las demás experiencias de su vida.

- ❖ La enfermera al paciente lo motiva, apoya, ayuda, le da fuerzas y hace una evaluación que se ha producido entre ambos. Las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas, con la finalidad de reincorporar paulatinamente al paciente a sus actividades diarias.
- ❖ Los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de ésta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y preocupaciones de la familia en materia de salud, proveyendo información necesaria sobre los cuidados del paciente, así mismo animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales y señalando la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles.³⁸
- ❖ El paciente debe desarrollar una conducta independiente frente a la enfermera. Fase en que se valora si se han cumplido objetivos propuestos con respecto al cuidado.³⁹ Además, esta fase de resolución implica un proceso de liberación que, para tener éxito depende de la anterior cadena de acontecimientos; es preciso resolver las necesidades de dependencia psicológica del paciente hospitalizado y la creación de relaciones de apoyo para fortalecer su capacidad de valerse por sí mismo.⁴⁰

2.3. IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE

La comunicación es ante todo un proceso fundamental en toda relación social; es el mecanismo que regula, hace posible la interacción entre las personas, y permite desarrollar un lazo afectivo que establece en el individuo la capacidad de comunicarse con otras personas, generando un patrón cíclico y continuo.⁴¹

Se han encontrado estudios en donde la relación enfermera paciente en el hospital es deficiente, siendo el personal de enfermería la

receptora de la confianza, dudas y preguntas sobre la información que el paciente recibe sobre su proceso, si bien el estado emocional del paciente es distinto al momento de su internamiento y cuando la enfermera intercambia experiencias con los pacientes, se propicia un ambiente de confianza y estabiliza su estado emocional, en un ambiente tranquilo, cooperará con el tratamiento farmacológico y su estadía en el hospital será agradable contrario a lo que percibía antes de establecer una comunicación con la enfermera. Cada paciente tiene una forma diferente de interpretar los mensajes; sin embargo, se debe establecer una relación de ayuda para que el mensaje sea entendido en su totalidad²

Desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud en el año 2004 identificó a la comunicación como un área de riesgo dentro del hospital, determinando seis acciones básicas denominadas metas internacionales para la seguridad del paciente, siendo la segunda meta internacional mejorar la comunicación efectiva, determinándola en todo el proceso de hospitalización y promoviendo mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente. Desarrollar una adecuada relación enfermera-paciente, para elaborar una valoración más exhaustiva del estado de salud del paciente, identificando a primera vista las necesidades que se encuentran alteradas en ese momento, por lo tanto, el proceso de comunicar se constituye en la base y eje de los cuidados de enfermería.⁴²

III. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

3.1. Variable de estudio

Relación terapéutica enfermera -paciente

3.2. Operacionalización de Variables:

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORIA	ÍNDICE
Relación terapéutica enfermera-paciente según Hildegard E. Peplau	Fase de orientación	La Enfermera se identifica dando su nombre completo y cargo al paciente de cirugía.	- Siempre - A veces - Nunca	2 1 0
Es la relación que establece la enfermera con el paciente hospitalizado en el servicio de cirugía en las 4 fases de la interrelación dirigidas a orientar, identificar, aprovechar y resolver las necesidades del paciente.	Fase de orientación	La enfermera identifica al paciente de cirugía por su nombre.	- Siempre - A veces - Nunca	2 1 0
		La enfermera informa al paciente de cirugía sobre sus derechos.	- Siempre - A veces - Nunca	2 1 0
		La enfermera informa al paciente de cirugía sobre el consentimiento informado.	- Siempre - A veces - Nunca	2 1 0
		La enfermera orienta al paciente de cirugía sobre los cuidados.	- Siempre - A veces - Nunca	2 1 0
		La enfermera invita al paciente de cirugía a expresar sus dudas y temores.	- Siempre - A veces - Nunca	2 1 0
		La enfermera aclara las dudas que puede tener el paciente de cirugía sobre su enfermedad.	- Siempre - A veces - Nunca	2 1 0
		Fase de Identificación	La enfermera comunica y explica al paciente de	- Siempre - A veces - Nunca

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORIA	ÍNDICE
		<p>cirugía sobre los procedimientos que se realizaran (examen, análisis, tratamiento quirúrgico y/o procedimientos).</p> <p>La enfermera identifica las dudas y/o necesidades del paciente de cirugía.</p> <p>La enfermera escucha atentamente sin interrupción al paciente de cirugía cuando le habla.</p> <p>La enfermera responde al paciente de cirugía a las preguntas de forma clara y sencilla.</p>	<p>- Siempre</p> <p>- A veces</p> <p>- Nunca</p> <p>- Siempre</p> <p>- A veces</p> <p>- Nunca</p> <p>- Siempre</p> <p>- A veces</p> <p>- Nunca</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p>
	Fase de aprovechamiento	<p>La enfermera acude cuando el paciente de cirugía la necesita.</p> <p>La enfermera educa o aconseja al paciente de cirugía sobre los cuidados a tener para prevenir complicaciones.</p> <p>La enfermera hace participar al paciente de cirugía en su auto cuidado.</p> <p>La enfermera hace participar a</p>	<p>- Siempre</p> <p>- A veces</p> <p>- Nunca</p> <p>- Siempre</p> <p>- A veces</p> <p>- Nunca</p> <p>- Siempre</p> <p>- A veces</p> <p>- Nunca</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>2</p> <p>1</p>

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORIA	ÍNDICE
		la familia en lo referente al cuidado y tratamiento del paciente de cirugía.	- Nunca	0
	Fase de resolución	La enfermera motiva al paciente de cirugía a que se reincorpore a sus actividades diarias.	- Siempre - A veces - Nunca	2 1 0
		La enfermera informa a los familiares sobre los cuidados del paciente de cirugía en el hogar	- Siempre - A veces - Nunca	2 1 0
		La enfermera fomenta la independencia del paciente de cirugía	- Siempre - A veces - Nunca	2 1 0

Fuente: Tomado como base del estudio de Pilco M. Calidad de Interrelación enfermera-paciente según la teoría de Hildegard E. Peplau en los servicios de cirugía, Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2010 y Ccosi J. Relación terapéutica enfermera-paciente según la teoría Hildegard E. Peplau en el hospital de Apoyo Ilave-2011.

IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Objetivo general

Determinar la relación terapéutica enfermera - paciente según la teoría Hildegard E. Peplau en los servicios de cirugía del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno-2013.

4.2. Objetivos específicos

- ❖ Identificar la relación enfermera-paciente en la fase de orientación en los servicios de cirugía del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.
- ❖ Identificar la relación enfermera-paciente en la fase de identificación en los servicios de cirugía del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.
- ❖ Identificar la relación enfermera-paciente en la fase de aprovechamiento en los servicios de cirugía del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.
- ❖ Identificar la relación enfermera-paciente en la fase de resolución en los servicios de cirugía del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.

V. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

5.1.1 Tipo de investigación

Según el problema y objetivos planteados para el desarrollo del presente estudio es de tipo descriptivo y transversal.

- ✓ **Descriptivo:** porque permitió describir situaciones, eventos y hechos, es decir como es y cómo se manifiesta determinado fenómeno⁴³; en este caso se describió la interrelación enfermera-paciente en los servicios de cirugía.
- ✓ **Transversal:** Este tipo de estudio permitió medir la variable involucrada una sola vez⁴⁴, en este caso la interrelación enfermera-paciente en cada atención.

5.1.2 Diseño de investigación

En el estudio se aplicó el diseño no experimental, cuyo diagrama es el siguiente:

M _____ 0

Dónde:

M = Muestra de estudio

0 = Información sobre la relación terapéutica enfermera-paciente

5.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en la ciudad de Puno, específicamente en los servicios de cirugía (Cirugía B y Cirugía A) del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, de la provincia y departamento del mismo nombre.

El Hospital tiene una antigüedad de 49 años y una capacidad de 250 camas. Los servicios que ofrece a la población urbana y rural son de atención

preventiva, curativa y rehabilitación, últimamente se implementó las acciones de promoción de salud. Los servicios básicos que ofrece son: Cirugía, Medicina, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Neonatología, Neurocirugía, Rayos, Oftalmología, Emergencia, Sala de Operaciones, consultorios externos y los diferentes programas.

Los servicios de cirugía se encuentran ubicados en el primer piso. Cada servicio cuenta con 16 ambientes, 8 son destinados para la hospitalización de pacientes por especialidad y los demás ambientes para: Tópico, estación de enfermería, oficina para médicos y servicios higiénicos. Los ambientes de hospitalización están clasificados por especialidad. El servicio de Cirugía A se encuentra a la izquierda, donde se atienden las especialidades de Traumatología, Neurología, Oftalmología, Urología y Pediatría. En el servicio de Cirugía B que se ubica al lado derecho se atiende patologías que requieren cirugía, como: Cirugía de abdomen, tórax y otros.

Las profesionales de enfermería que laboran en los servicios de cirugía A y B, cumplen funciones asistenciales y docencia; tienen las siguientes características: La mayoría hablan el idioma castellano y quechua, se encuentra en el grupo etario de 41 a 60 años, con más de 21 años de servicio, casadas y profesan la religión católico.

5.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estuvo conformada por el total de 20 enfermeras que laboran en los diferentes servicios de cirugía del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno, los que se detallan a continuación.

SERVICIO	Nº ENFERMERAS
Cirugía "A"	10
Cirugía "B"	10
TOTAL	20

Fuente: Rol de trabajo y programación de guardias y reportes, departamento de Enfermería.

El informe de investigación se realiza con 16 enfermeras, donde 4 profesionales fueron excluidas por criterios establecidos en la investigación (2 enfermeras de vacaciones y 2 jefes de enfermería).

5.3.1. Unidad de Análisis

Está conformada por la Enfermera que labora en los servicios de cirugía A y B del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno.

5.3.2. Criterios de investigación

a) Criterio Inclusión

- Enfermeras que laboran en los servicios de cirugía
- Enfermeras nombradas

b) Criterio de Exclusión

- Enfermeras de reemplazo
- Enfermeras contratadas
- Enfermeras jefes.
- Enfermeras con vacaciones

5.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.4.1. Técnica:

En el estudio se utilizó la técnica de la observación, tipo sombra, con la finalidad de observar por medio de los sentidos la interrelación entre la enfermera-paciente durante la atención en los servicios de cirugía, para lo cual el profesional no estuvo informada sobre la recolección de datos para evitar los sesgos de la investigación.

5.4.2. Instrumento:

- ❖ **Guía de Observación:** Esta guía fue elaborada, tomando como base el instrumento aplicado en el estudio de Pilco M. en el Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2010 y Ccosi J. en el Hospital de Apoyo Ilave en el año 2011, para medir la relación Terapéutica enfermera-paciente según la teoría de Hildegard E. Peplau, la que permitió a la investigadora registrar tres observaciones realizadas a cada profesional de enfermería en las cuatro fases de la interrelación, en

base a tres categorías: siempre, a veces y nunca. El instrumento consta de 18 ítems a observar y fue estructurada de la siguiente forma:

- Encabezamiento: Donde se consigna el título del instrumento.
- Datos generales: Sobre la población del estudio.
- Ítems sobre la interrelación enfermera-paciente.

❖ **Calificación del instrumento por ítems:**

Los ítems de la guía de observación fueron calificados en tres categorías:

- ✓ **Siempre:** Cuando la enfermera mantiene la relación positiva con el paciente durante las actividades de: Orientación, identificación, aprovechamiento y resolución.
- ✓ **Algunas veces:** Cuando la enfermera mantiene la relación positiva con el paciente en forma esporádica durante las actividades de: Orientación, identificación, aprovechamiento y resolución.
- ✓ **Nunca:** Cuando la enfermera no mantiene la relación positiva con el paciente durante las actividades de. Orientación, identificación, aprovechamiento y resolución.

❖ **Calificación del Instrumento después de las 3 observaciones**

Para establecer el tipo de relación enfermera-paciente por ítem se tomará el siguiente criterio:

- ✓ **Siempre** = Cuando la enfermera mantiene relación positiva con el paciente en las tres observaciones, al que se le asigna dos puntos (2p).
- ✓ **Algunas veces** = Cuando la enfermera mantiene relación positiva con el paciente solo en dos observaciones. al que se le asigna un punto (1p).

- ✓ **Nunca** =: Cuando la enfermera mantiene relación positiva con el paciente en una o en ninguna de las observaciones, al que se le asigna cero puntos (0p).

❖ **Escala de calificación global**

Para establecer el tipo de relación enfermera-paciente en forma global, se adicionó los puntajes obtenidos por cada profesional, los que fueron comparados con la siguiente escala de calificación, construida en base al sistema vigesimal de 0 a 20 puntos. Esta calificación es en escala literal; tiene su equivalencia en la escala numérica vigesimal:

Bueno: 16 a 20 puntos

Regular: 11 a 15 puntos

Deficiente: 10 a menos.⁴⁹

Haciendo equivalencia se tendrá la siguiente escala:

Buena relación terapéutica= 28 a 36 puntos (16 a 20 puntos)

Regular relación terapéutica= 19 a 27 puntos (11 a 15 puntos)

Deficiente relación terapéutica= 0 a 18 puntos (10 a menos puntos)

5.4.3 Prueba Piloto

Se aplicó el instrumento en el servicio de Medicina B del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón a una muestra piloto de 2 enfermeras por un periodo de dos días, resultados que permitieron retirar los ítems 3, 4, 5 y 13; así mismo se acomodó la redacción de los ítems 14 y 15; también se reformulo la estructura y redacción de los ítems 11 y 12 uniéndose ambos en un solo ítems pasando este a la fase de identificación y el ítem 20 se reubico en la fase de aprovechamiento, los cuales son explicados en el siguiente cuadro. Quedandopor tanto el instrumento con 18 ítems.

Cuadro de diferenciación de los ítem modificados

Ítems instrumento original	Ítems instrumento modificado
<p>➤ Ítems que se retiró:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ítem N°3 la enfermera informa sobre la rutina del servicio. • Ítem N°4 la enfermera acompaña al paciente a su cuarto. • Ítem N°5 la enfermera presenta al paciente a sus compañeros de cuarto. • Ítem N°13 el paciente llama a la enfermera por su nombre. <p>➤ Ítems que se acomodó la redacción:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ítem N°14 el paciente le informa a la enfermera sobre sus dudas y necesidades. • Ítem N°15 la enfermera escucha atentamente al paciente cuando le habla sin interrumpir. <p>➤ Ítems que se reformulo la estructura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ítem N°11 la enfermera explica al paciente acerca de su tratamiento. • Ítem N°12 la enfermera comunica al paciente cuando le van hacer algún examen, análisis o tratamiento. • Ítem N°20 la enfermera hace participar a la familia en lo referente al cuidado y tratamiento del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se retiró de la ficha de observación porque esta acción lo realizaba el técnico de enfermería. ✓ Se retiró de la ficha de observación porque esta acción lo realizaba el técnico de enfermería. ✓ Se retiró de la ficha de observación porque esta acción no se evidencia. ✓ Se retiró de la ficha de observación porque el paciente no sabe el nombre de todas las enfermeras. ✓ La enfermera identifica las dudas y/o necesidades del paciente de cirugía. Este pasa ser el ítem 9. ✓ La enfermera escucha atentamente sin interrupción al paciente de cirugía cuando le habla, el cual ahora se indica en el ítem 10. ✓ Los ítems n° 11 y 12 del instrumento original se unieron y se convirtieron en ítem 8 de la fase de identificación y ahora dice: la enfermera comunica y explica al paciente sobre los procedimientos que se realizan (examen, análisis, tratamiento quirúrgico y/o procedimientos). ✓ Esta acción lo realizan en la fase de aprovechamiento es por ello que se considera en esta fase como ítem n° 15.

5.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El proceso de la recolección de datos presenta los siguientes pasos:

a) Coordinación

- Se realizó las gestiones pertinentes en la dirección del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón Puno.
- Luego se coordinó con el Jefe del Departamento de Enfermería donde se emitió una carta de presentación, la que permitió ingresar a los servicios de cirugía A y B.
- Luego se coordinó con los Jefes de Enfermería del Departamento de cirugía A y B.

b) Ejecución

- Primeramente la recolección de datos se realizó en el servicios de cirugía A teniendo una duración de 15 días y después en cirugía B en un periodo similar

La investigadora participó en el equipo de trabajo como personal de apoyo, realizando actividades de recolección de datos sobre la aceptación del paciente respecto al tratamiento terapéutico.

Los profesionales de enfermería no tuvieron conocimiento sobre el tema en estudio, porque la investigación fue de tipo sombra.

La información de los objetivos de la investigación se realizó a nivel de Jefatura del Departamento de Enfermería y del servicio.

- Se aplicó la guía de observación a cada profesional en las cuatro fases de interrelación terapéutica y en periodos diferentes (turnos).
- En la fase de orientación se realizó 3 observaciones para cada profesional de enfermería; esto fue al ingreso del paciente a los servicio de cirugía^{48, 50}, con una demora de 1 a 3 días en el I y II turno.
- En la fase de identificación se realizó 3 observaciones para cada profesional de enfermería; esto fue en el preoperatorio del paciente^{48, 50}, con una demora de 1 a 3 días en el I y II turno.
- En la fase de aprovechamiento se realizó 3 observaciones para cada profesional de enfermería; esto fue durante el posoperatorio del paciente^{48, 50}, con una duración de 1 día en el I y II turno.

- En la fase de resolución se realizó 3 observaciones para cada profesional de enfermería; esto fue momentos antes el alta del paciente^{48, 50}, con una duración de 1 a 2 días en el I y II turno.
- La observación de la interrelación enfermera-paciente se realizó momentos en que la enfermera brinda atención al paciente.
- El llenado de los datos se realizó en el estar de enfermería o en otro ambiente donde no se encontraba el profesional de enfermería.
- Al finalizar las observaciones se revisó la calidad de cada guía de observación, se elimina algunos errores de la información.

5.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Las actividades que demanda esta parte de la metodología tuvieron los siguientes pasos:

- Codificación de los instrumentos (Guía de observación)
- Los datos fueron ingresados al programa estadístico Microsoft Excel.
- Para el análisis de la información se aplicó la Estadística Descriptiva, mediante la frecuencia porcentual:

Frecuencia Porcentual: es una medida en porcentual de los resultados mostrados a través de cuadros de distribución de frecuencias, su fórmula es:

$$P = \frac{x}{n} (100)$$

Dónde:

P= Porcentaje

x= Frecuencia absoluta o número de datos en la categoría

n = Tamaño de la muestra



CUADRO 1

**RELACIÓN TERAPÉUTICA ENFERMERA - PACIENTE SEGÚN TEORÍA
HILDEGARD E. PEPLAU, SERVICIOS DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO - 2013.**

RELACIÓN TERAPEÚTICA	Nº	%
Buena	0	0,0
Regular	7	43,8
Deficiente	9	56,2
TOTAL	16	100,0

Fuente: Guía de observación adaptado para el estudio a partir de Pilco M. y Ccosi J.

El cuadro muestra que, el 56,2% de las profesionales de enfermería mantienen deficiente relación terapéutica enfermera-paciente, el 43,8% regular y ningún profesional con relación terapéutica buena.

Los resultados obtenidos demuestran que la relación enfermera-paciente, no se establece durante el cuidado. Considerando que la interacción enfermera- paciente es un proceso interpersonal, terapéutico y significativo que funciona en cooperación con otros procesos humanos a fin de hacer alcanzable la salud a los individuos.¹⁴ Al respecto la teoría de Hildegard E. Peplau, sostiene que la relación terapéutica enfermera-paciente es la esencia de la relación humana entre un individuo enfermo o que requiere un servicio de salud y una enfermera educada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda.²⁰ En contraste este cometido se viene realizando con demasiada deficiencia, ya que lo regular y deficiente no optimizaría el cuidado y la relación misma; situación que ocurre con frecuencia cuando los profesionales de enfermería no fundamentan su quehacer profesional en las teorías de enfermería, están absorbidas en la rutina del servicio, probablemente por falta de cursos de refrescamiento o capacitación en servicio que no les permiten aplicar las teorías de enfermería en el cuidado del paciente ya que estas constituyen el fundamento científico de la labor profesional.

La aseveración que antecede se fundamenta en la afirmación de Mínguez²³, refiere que: El modelo de Hildegard E. Peplau, tiene como fuente teórica la biología y en las ciencias conductuales, y que evolucionó en la teoría de las relaciones

interpersonales. Se apoya en los cuidados de la enfermería psicodinámica, donde se aplica los principios de las relaciones humanas.²²Definitivamente este modelo orienta a la enfermería hacia la relación con los pacientes y no sólo a que éstos se curen. A través de ella se establece el rol de enfermería como guía, solución de problemas, etc. Pero no lo guía hacia la enfermedad; además establece la relación entre paciente y enfermera por medio de la conciencia, personalidad y sentimientos describiéndolo como experiencias psico-biológicas.²³

En consecuencia, la práctica de enfermería al tener como base el modelo conceptual de Hildegard E. Peplau, impulsará a mantener la relación terapéutica enfermera-paciente, para favorecer la recuperación del mismo, pero una práctica de regular a deficiente no orientará el contenido de la relación para incidir de manera positiva en el cuidado de enfermería; tampoco desarrollar las habilidades específicas relacionadas con las patologías de los pacientes; así mismo, no se mantendrá actualizada para obtener conocimiento y actitudes que contribuirán al desarrollo óptimo de una buena relación terapéutica.

Ccosí (2011) la relación terapéutica enfermera paciente hospitalizado desde la perspectiva de la teoría Hildegard E. Peplau, el mayor porcentaje de profesionales de enfermería realizan a veces, nunca en menor porcentaje, como producto del desempeño profesional. Pilco (2010) en su estudio concluyo que la interrelación es de mediana calidad con tendencia a deficiente. Dorado (2010) en su estudio se demostró que la interrelación enfermera paciente en la unidad de cuidados intensivos es regular.

Así como se demostró en el estudio de Chávez (2007) en Lima encontró que del total de pacientes con mala interrelación ,9(19,6%) entre la enfermera paciente es mala por lo que los pacientes están insatisfechos con el cuidado recibido.

Al comparar los resultados con los autores anteriores podemos deducir que tiene semejanza con nuestro estudio estos corroboran la escases de la interrelación en el ámbito hospitalario ya que lo regular no optimiza lo bueno, situación que pueda deberse a que el profesional de enfermería este mecanizada en el cuidado que brinda a esto se suman situaciones como; el entorno hospitalario es un ambiente que puede

genera cambios de humor pudiendo transmitir estas emociones a la persona que se brinda cuidado, también el tiempo de antigüedad de trabajo en el ámbito hospitalario del profesional de enfermería.

Concluyendo este análisis se señala que la relación terapéutica enfermera paciente que establecen los profesionales de enfermería en los servicios de cirugía es con predominio de deficiente a regular.



CUADRO 2

**RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE: FASE ORIENTACIÓN SERVICIO
DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN
PUNO - 2013.**

FASE DE ORIENTACIÓN	Nº	%
Siempre	0	0,0
A veces	4	25,0
Nunca	12	75,0
TOTAL	16	100,0

Fuente: guía de observación adaptado para el estudio a partir de Pilco M. y Ccosi J.

El cuadro muestra que, el 75,0 % de profesionales de enfermería que laboran en los servicios de cirugía del hospital Regional Manuel Núñez Butrón nunca establecen relación terapéutica, en la fase de orientación, 25,0 % a veces y ninguno siempre.

Los resultados demuestran que la mayoría de profesionales de enfermería no establecen relación terapéutica en la fase de orientación; considerando que en esta etapa como lo refiere Martínez²⁷, se establece el primer contacto entre la enfermera y el paciente, lo cual permite al profesional identificarse y le ayuda a reconocer y entender los problemas del paciente. Por su parte Hildegard E. Peplau, (1952)¹⁷ señala que: En la fase de orientación la enfermera al tomar el rol de desconocido o papel de extraño, comienza la relación entre el paciente y la enfermera, brindando un trato cortés, respetuoso y educado. Además el profesional de enfermería se encarga de dar inicio a la interrelación, presentándose con el paciente y poniéndose a disposición de él, para la satisfacción de sus necesidades tanto físicas como emocionales, debe llamarlo por su nombre y tratarlo de forma humanizada por otro lado también es necesario informarle sobre sus derechos y sobre el consentimiento informado.

Esta situación no ocurre en los servicios de cirugía, dado que en los ítems evaluados de esta fase, la mayoría de profesionales (100%) como se muestra en el (anexo 3) no se identifican dando su nombre y cargo al paciente, tampoco informan sobre sus derechos (93,8%); y menos sobre el consentimiento informado (75,0%), lo

que significa que no se está permitiendo al paciente conocer sus derechos y todos aquellos medios que favorezcan la mejor decisión sobre su enfermedad y el tratamiento que debe recibir²⁸; así como del balance entre los efectos de la misma, los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados²⁹; esta situación puede estar limitada algunas veces por un desempeño desensibilizado y una práctica de enfermería inmersa a la rutina puesto que durante el ingreso del paciente de cirugía se ha minimizado su intervención hasta el punto de solo identificar al paciente y asignarle una unidad, muchas veces se observó que el acompañamiento del paciente a su unidad es delegada al personal técnico o internas de enfermería, por otro lado el lugar adecuado para realizar la primera interacción de la fase orientación sería la unidad en donde el paciente es asignado.

La relación terapéutica a veces, específicamente en el ítem: “La enfermera orienta al paciente de cirugía sobre los cuidados (56,3%)” (Ver anexo 3), indica que esta acción se cumple en más de la mitad de pacientes atendidos, quedando un margen bastante significativo de pacientes que no reciben esta orientación, situación que puede deberse a muchas limitaciones como: El lenguaje nativo de algunos pacientes que limitan la integración fluida, otras veces esta actividad es ausente por la delegación de funciones a la interna de enfermería. Sobre este ítem Kossier³⁰ manifiesta que para la información sobre procedimientos generales y específicos, establecidos en el cuidado integral del paciente debe utilizarse un lenguaje que el usuario pueda comprender, ya que la información facilita la aceptación y el cumplimiento de la terapéutica indicada, basada en esta teoría la falta de orientación al paciente ocasionará rechazo a los procedimientos y la enfermera no podría cumplir adecuadamente con la terapéutica indicada en el preoperatorio; de ello se observa a la mayoría de pacientes antes de su intervención quirúrgica, se muestran negativos para algunos procedimientos otras veces se muestran, ansiosos e inseguros y con mucho temor para someterse al tratamiento quirúrgico y farmacológico.

Sobre el ítem “La enfermera invita al paciente de cirugía a expresar sus dudas y temores” (56,3%) (Ver anexo 3), durante la fase de orientación, se realiza en un poco más de la mitad de los pacientes. Al respecto Mínguez²⁷ señala que todo paciente necesita ayuda para reconocer y entender el problema o su enfermedad. Por

tanto, la enfermera en esta fase valora la situación, ayuda al paciente a reconocer su problema o necesidad alterada, determinando que tipo de ayuda necesita la persona; Marriner¹⁴, por su parte refiere que: La enfermera debe ser capaz de desarrollar habilidades que favorezcan la interacción, como promover actitudes de autosuficiencia estableciendo una relación de apoyo y de colaboración pensando en las necesidades del paciente, de esta manera facilitar a que el paciente verbalice sus dudas y temores acerca de su tratamiento; sin embargo durante esta fase la enfermera al parecer no brinda la orientación adecuada, posiblemente se deba al escaso acercamiento o relación directa con el mismo, ya que muchas veces se observa que estas actividades son realizadas cuando el paciente lo solicita; indudablemente esta relación terapéutica eventual ocasionará una atención de mala calidad por parte de la enfermera y el paciente saldrá insatisfecho por el servicio recibido.

Los resultados favorables obtenidos en la relación terapéutica, propiamente en los ítems: La enfermera identifica al paciente de cirugía por su nombre (81,3%) y aclara las dudas que puede tener el paciente sobre su enfermedad (50.0%)(Ver anexo 3), en alguna medida se viene realizando. Al respecto Cibanal²⁸, señala que: Este contacto debe ser respetuoso, espontáneo, cortés y depende de las circunstancias que la motive, por lo que es necesario que la enfermera identifique al paciente por su nombre ya que representa seguridad, por lo que la enfermera ayudara al paciente a conservar su identidad tratándolo como un individuo único. En contraste con esta teoría, los resultados dan a comprender que, en cierta medida se cumplen, sobre todo cuando se administra el tratamiento farmacológico, al realizar procedimientos invasivos donde necesariamente se necesita llamar al paciente por su nombre.

El hecho de aclarar las dudas de su enfermedad al paciente por la mitad de las enfermeras, es señal que no se interactúa con el total de pacientes para absolver este problema; esta situación nos indica que la enfermera posiblemente posee limitaciones acerca de brindar información completa de la enfermedad; por tal razón muchas veces la enfermera recibe negatividad del paciente, al responder no informar por considerar que es de competencia del médico.

Al comparar los resultados con el estudio de Ccosi (2011) y Pilco (2010), ellos destacan que los hospitales de Ilave y Juliaca parecen haber generado

resultados regulares en la interacción enfermera paciente en cuanto a la fase de orientación. Estos resultados difieren del estudio, ya que en el HRMNB Puno existe un alto porcentaje de profesionales que nunca establecen relación terapéutica en esta fase. Esto puede deberse a que el profesional de enfermería durante el ingreso da mayor importancia a la parte administrativa del ingreso del paciente como el llenado de la historia clínica, actualización del cardex, anotación en el libro de ingreso ,etc., tanto que ha minimizado su interacción hasta el punto de identificar al paciente solo: Por el número de cama, apariencia física, y/o diagnóstico médico algunas veces confirmando su hospitalización con palabras poco amables y asignarle su unidad estas acciones de enfermería inmersas a la rutina que no demuestra la esencia de la profesión crea un clima de desconfianza ya que un mínimo porcentaje de profesionales de enfermería demuestran un trato amable, comprensible e interés por el paciente en esta fase, es importante el comportamiento y actitud del profesional de enfermería, pero estas acciones no son realizadas por los profesionales de enfermería del grupo estudiado.

Concluyendo este análisis se señala que la fase de orientación se desarrolla con deficiencias sobre todo en la presentación de la enfermera ante el paciente, información sobre los derechos y el consentimiento informado.

CUADRO 3

**RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE: FASE IDENTIFICACIÓN
SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ
BUTRÓN PUNO - 2013.**

FASE DE IDENTIFICACIÓN	Nº	%
Siempre	5	31,2
A veces	8	50,0
Nunca	3	18,8
TOTAL	16	100

Fuente: guía de observación adaptado para el estudio a partir de Pilco M. y Ccosi J.

El cuadro muestra que, el 50,0% de las profesionales de enfermería mantienen relación terapéutica a veces en la fase de identificación, el 31,2 % lo hace siempre, en cambio el 18,8 % no establece esta relación.

Los resultados obtenidos demuestran que la mitad de las profesionales de enfermería aplican a veces la fase de identificación durante la relación terapéutica, Al respecto, Hildegard E. Peplau, sostiene que en la fase de identificación la enfermera cumple el papel de persona a quién recurrir. Durante esta fase el enfermero(a) proporciona respuestas adecuadas para un aprendizaje constructivo, bien sean respuestas específicas a las preguntas como explicarle al paciente su tratamiento o el plan médico o respuestas que proporcionan apoyo.²⁶El profesional de enfermería en esta fase, facilitara al paciente la exploración de sus sentimientos para ayudar a sobre llevar la enfermedad ya que se establece un nexo de confianza y seguridad, la enfermera mostrando serenidad, comprensibilidad, asistirá oportunamente al pacientemanteniendo la interrelaciónescuchándole atentamente, respondiendo a sus preguntas de forma clara y sencilla apelara a sus conocimientos para actuar y resolver problemas que plantea a través del comportamiento del paciente, de esta manera podrá satisfacer sus necesidades⁴⁸; ya que el objetivo de esta fase es proporcionar respuestas concretas o directas; frente a las preguntas que surgen generalmente en el contexto de un problema mayor, como es el caso de la cirugía a la que son sometidos los pacientes.

Esta situación ocurre a veces en los servicios de cirugía, sobre todo en los ítems evaluados que corresponde a la fase de identificación, donde la enfermera identifica las dudas y/o necesidades del paciente de cirugía (62,5%), explica y comunica al paciente sobre los procedimientos que se realizarán (examen, análisis, tratamiento quirúrgico y/o procedimientos) (56,3%) y escuchar atentamente sin interrupción cuando le habla el paciente (56,3%) (Ver anexo 4).

Esta teoría nos permite señalar que, al identificar a veces las dudas y/o necesidades del paciente (62,5%), no se estaría desarrollando la relación humana entre enfermera-paciente. Al respecto Marriner¹⁴; señala que: La interacción enfermera - paciente es un proceso interpersonal, terapéutico y significativo, que funciona en cooperación con otros procesos humanos a fin de hacer alcanzable la salud a los individuos. Además este proceso desarrolla y mantiene al personal de enfermería en cada turno de trabajo, como un hilo conductor que hace posible la prestación del cuidado; de allí que su registro y el uso es indispensable y permanente para todo tipo de cuidado ya sea por su naturaleza fisiológica, psíquica, social y cultural; considerando que la interacción se concibe como un proceso único, aunque sean diferentes las personas que cuidan al paciente. Por su parte, Alba³, señala que: La escasa interacción con el paciente, ocasiona una atención despersonalizada, deshumanizada y poco ética, haciendo la estancia del paciente poco agradable, que aumenta de manera significativa el miedo y ansiedad que genera la hospitalización; por ello, con la atención eventual en la identificación de las dudas y/o necesidades del paciente, nos indica que no se presta el valor de la relación de ayuda como cuidado de enfermería. De ahí, que es frecuente, observar a profesionales de enfermería que no conocen los cambios del estado anímico del paciente, aun estando muchas horas con él, durante la aplicación del tratamiento terapéutico, control de funciones vitales y/o procedimientos de enfermería. A esto suma posiblemente la poca habilidad comunicativa de algunos profesionales, ya que durante el turno muchas de ellas se abocan a realizar actividades administrativas y/o personales, y el acercamiento al paciente es poco e incluso por periodos muy cortos, que no le permiten a la enfermera establecer la relación terapéutica.

La comunicación al paciente sobre los procedimientos que se realizan como: examen, análisis, tratamiento quirúrgico y/o procedimientos (56,3%) a veces, implica

que la enfermera no comunica al total de los pacientes sobre los procedimientos a realizarse. Al respecto Kossier³⁰ refiere que la información sobre procedimientos generales y específicos, establecidos en el cuidado integral del paciente, lo realiza la enfermera, informando y explicando el objetivo de la medicación, utilizando un lenguaje que el usuario pueda comprender, ya que la información facilita la aceptación y el cumplimiento de la terapéutica indicada; lo que no ocurre de forma frecuente, dando a comprender de que la enfermera no estaría desarrollando las capacidades que favorezcan la interacción, como desechar actitudes de autosuficiencia estableciendo una relación de apoyo y de colaboración pensando en las necesidades del paciente como lo sustenta Marriner¹⁴. La situación de carencia probablemente se deba a la escasa capacitación de los profesionales de enfermería sobre la relación de ayuda y cuidado, basadas en las teorías de relaciones interpersonales ya que se observa profesionales poco sensibles, cansadas, indiferentes, desaminadas para prestar un cuidado adecuado.

Respecto a la atención eventual de: La enfermera escucha sin interrupción al paciente cuando este le habla (56,3%), determina que la enfermera le dedica poco tiempo al paciente sobre este cuidado Cibanal²⁸, refiere que en la relación de ayuda la comunicación consiste en interactuar en dos lenguajes: El de hablar y el de escuchar, en darle el protagonismo a las personas y el papel justo que les corresponde a las técnicas y los medios, es decir, utilizarlos como habilidades y recursos que están al servicio de la persona. Como lo menciona Cordina⁴⁵, en la relación terapéutica el escuchar, se caracteriza porque las enfermeras escuchan “Activamente”, para cumplir la meta de ayudar al paciente; asimismo no interrumpe, elimina toda posibilidad de distracción, mira a la persona quien le habla, se sienta directamente frente al paciente, trata de encontrar el punto principal (tanto lo que se refiere a los pensamientos como los sentimientos), se muestra cordial y receptiva. En contraste con los resultados algunos pacientes no reciben este tipo de relación, por ello muchos pacientes se muestran descontentos e incomprensidos y no se adhieren a los cuidados, usualmente existe desconfianza, que en momentos de la atención muestra negatividad; como se observa en los servicios de cirugía, los pacientes expresan desconfianza, buscan atención preferencial de algunos profesionales rechazando al resto del personal; esta situación puede estar ocasionado al escaso acercamiento de la enfermera al ambiente de los pacientes para escucharlos.

El hecho de responder siempre al paciente de forma clara y sencilla, es un atributo que muestra que la profesional de enfermería tiene la capacidad de transmitir sus pensamientos, sentimientos, conocimientos e ideas para facilitar la comprensión de todo aquello desconocido para el paciente por una enfermedad. Por tanto, la enfermera debe proporcionar información exacta y aclarar cualquier concepto equivocado, porque los conceptos erróneos pueden aumentar innecesariamente la ansiedad e influir negativamente en la recuperación del paciente. Cuanto más conozca el paciente de su padecimiento, será más probable que obtenga la mejor atención. Situación que se observa durante la administración de la terapia farmacológica, donde la enfermera brinda información sencilla, dando a conocer los efectos o el beneficio de la medicación.

Al comparar los resultados con los estudios de Ccosi (2011), Pilco (2010) y Mejía (2006) encontramos similitud, ya que la mitad de las profesionales a veces establecen relación terapéutica en la fase de identificación, este tipo de percepción estaría atribuida por profesionales de enfermería que se centran en la atención biofísica de la enfermedad, por otro lado también sabemos que el paciente en la fase preoperatoria llega a vivir sentimientos tales como: Ansiedad, temor e intranquilidad al proceso de intervención quirúrgica al que va a ser sometido, por lo que muchas veces no es orientado para sobrellevar la operación de forma menos angustiada situación que conlleva a un cuidado deshumanizado.

Concluyendo, se señala que la fase de identificación se desarrolla de manera esporádica sobre todo al identificar a veces las dudas y/o necesidades del paciente, la comunicación al paciente sobre los procedimientos que se realizan (examen, análisis, tratamiento quirúrgico y/o procedimientos) y la escucha, sin interrupción al paciente cuando este le habla.

CUADRO 4
RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE: FASE APROVECHAMIENTO
SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ
BUTRÓN PUNO - 2013

FASE DE APROVECHAMIENTO	N°	%
Siempre	2	12,5
A veces	9	56,3
Nunca	5	31,2
TOTAL	16	100

Fuente: guía de observación adaptado para el estudio a partir de Pilco M. y Ceosi J.

El cuadro muestra los resultados obtenidos sobre la fase de aprovechamiento de la relación terapéutica; donde: El 56,3% de las profesionales de enfermería a veces desarrollan la fase de aprovechamiento, 31,2% no lo hace y solo un 12,5% lo realiza siempre.

Con los resultados se demuestra que la mitad de profesionales de enfermería establecen relación terapéutica a veces en la fase de aprovechamiento; considerando que en esta fase las enfermeras están diversificadas.

Según Hildegard E. Peplau, la enfermera en esta fase cumple el papel docente, conductor y sustituto. Poniéndole más énfasis a la docencia. Hablando así de dos categorías de enseñanza a los enfermos: Enseñanza instructiva, basada en dar a las personas la información necesaria y enseñanza experiencial basada en utilizar la experiencia del paciente como base para el aprendizaje (aprender la propia experiencia). A su vez el profesional de enfermería ayuda al paciente a través de una relación de cooperación y de participación activa. También establece los campos de dependencia e independencia en la relación enfermero- paciente.³² La enfermera debe tratar de satisfacer las demandas del paciente a medida que están surgiendo conforme avanza la recuperación, ayudando al paciente a identificar y dirigir nuevas metas y así disminuir la identificación con la persona que le brinda ayuda.

Esta situación ocurre a veces en los servicios de cirugía, sobre todo en los ítems evaluados que corresponde a la fase de aprovechamiento, la enfermera acude cuando el paciente de cirugía la necesita (68,8%), educa o aconseja al paciente de cirugía sobre los cuidados a tener para prevenir complicaciones (62,5%), hace participar al paciente de cirugía en su auto cuidado (62,5%) el (43,8%) de enfermeras hacen participar a la familia en lo referente al cuidado y tratamiento.(Ver anexo 5)

El hecho de acceder cuando el paciente de cirugía necesita a la enfermera (68,8%), es indicativo que se presta atención a algunos pacientes. Al respecto Remgifo³⁵: Las enfermeras deben prestar apoyo a los pacientes en situaciones estresantes, no solo cumplir con la satisfacción de las necesidades en la prestación del cuidado, también acuden a tiempo cuando los pacientes necesitan algún tipo de atención. Sin embargo una asistencia eventual como se muestra en los resultados determina que el paciente hospitalizado por cirugía no es atendido en el momento oportuno, esta situación ocurre con frecuencia cuando el profesional es único en el turno, al realizar actividades administrativas y atención a otros pacientes con III grado de dependencia (posoperado inmediato) estas acciones la delega al personal técnico, otras veces se limita acudir por no considerar importante el llamado del paciente, porque prioriza otras actividades en pacientes críticos.

Acercas del ítem la enfermera educa o aconseja al paciente de cirugía sobre los cuidados a tener para prevenir complicaciones. (62,5%), realizado con predominio a veces, implica que la enfermera no está cumpliendo el papel de docente en la fase de aprovechamiento; a pesar que en los últimos tiempos, como dice Kérouac(1996)³³; las competencias de las enfermeras están diversificadas donde, no solo prestan cuidado sino educan, aconsejan, dirigen y también investigan, resultado de ello el trabajo de la enfermera está marcado por la polivalencia, la flexibilidad y la multidisciplinaria; sin embargo, los resultados muestran lo contrario, al parecer esta función no se cumple con la dimensión que se espera, la presencia de enfermeras que a veces lo hacen (Ver anexo 5) menoscaba la competencia del profesional, la misma que puede estar limitada a la falta de planes educativos elaborados por las mismas en base al diagnóstico de enfermería establecidos en función a los problemas y/o necesidades, para impartir al paciente en etapa posoperatorio de forma individual y/o grupal; aunque estas acciones algunas veces es desarrollado por estudiantes de enfermería,

por lo que se observa muy poco la participación profesional del servicio, lo que definitivamente no permite establecer la relación terapéutica óptima.

Respecto a la participación del paciente en el autocuidado (62,5%) que se realiza a veces durante el cuidado de enfermería lograría la independencia del paciente a medida que participa en el autocuidado. Sobre este hecho Barrionuevo²⁶ señala que en la etapa de aprovechamiento el enfermero/a ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y de participación activa cuando fomenta el autocuidado y como lo refiere Peplau, la enfermera en esta fase debe cumplir el papel docente, para enseñar e instruir basada en información necesaria utilizando la experiencia del paciente como base para el aprendizaje (aprender la propia experiencia). Esta situación estaría limitada a la falta de incluir en el plan de cuidado de enfermería el autocuidado donde se incluye la participación del paciente, considerando que este tipo de actividad requiere educación por ende tiempo, tanto en su preparación y aplicación, por ello generalmente estas actividades son delegadas a estudiantes, internas de enfermería, familiares y personal técnico sin ninguna supervisión. Otro aspecto que limita la poca participación del paciente en el autocuidado es considerar que los pacientes en recuperación ya no necesitan de la interrelación terapéutica ya que el profesional de enfermería prioriza solo aquellos pacientes con mayor grado de dependencia.

Hacer participar a la familia en lo referente al cuidado y tratamiento (43.8%), es una de las actividades que se viene realizando a veces, lo que significa que no todos los pacientes y familiares reciben información para participar en el cuidado. Al respecto según los postulados de la Organización Panamericana de la Salud, el paciente y la familia pueden asumir una posición participativa en el cuidado³⁷. De ahí la importancia de asumir con responsabilidad la relación terapéutica a través de la información, para lograr que el paciente y su familia se interesen y participen en el cuidado durante su estancia en el hospital y antes del alta; haciendo hincapié en los aspectos que deben observar e informar sobre la evolución del paciente al profesional de enfermería. Sin embargo, en contraste con esta teoría esta actividad está limitada porque se prioriza en pacientes de mayor dependencia, otras veces se observa indiferencia durante la atención que se brinda al paciente.

Al comparar los resultados con el estudio de Ccosi(2011) en su estudio aplicado la misma teoría en la fase de aprovechamiento, se llegó a la siguiente conclusión que el 47% del profesional de enfermería, establece una relación terapéutica a veces, resultados que se asemejan al estudio existente ya que la mitad de las profesionales a veces establecen relación terapéutica en esta fase, esto puede deberse a que la enfermera valora más el cuidado físico por el estado del paciente, aspecto que en realidad no debe postergarse, sin embargo la mecanización del cuidado de enfermería en esta etapa es percibida negativamente por el paciente al no aconsejarle sobre las complicaciones que pueda tener tampoco hacerle participe en su cuidado. Sin embargo el estudio Pilco(2010) en la fase de aprovechamiento, llegó a la siguiente conclusión que el 50% del profesional de enfermería del grupo estudiado, establecen una interrelación de deficiente calidad. Resultados que difiere del estudio existente, puede deberse a que el cuidado de enfermería en cirugía (posoperatorio) es dimensionado a lo físico y biológico, ya que algunas veces esta información es requerida por el profesional médico, situación por el cual se tomaría más atención estos aspectos.

Concluyendo este análisis se señala que la fase de aprovechamiento se desarrolla en ciertas oportunidades, lo que demuestra que el profesional de enfermería no permite establecer relación terapéutica positiva que reflejen el interés por ayudar al paciente a recuperar su salud a esto también se atribuye que el profesional de enfermería da mayor importancia al tratamiento farmacológico y las actividades admirativas.

CUADRO 5
RELACIÓN ENFERMERA - PACIENTE: FASE RESOLUCIÓN SERVICIO
DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN
PUNO - 2013.

FASE DE RESOLUCIÓN	Nº	%
Siempre	0	0,0
A veces	2	12,5
Nunca	14	87,5
TOTAL	16	100

Fuente: guía de observación adaptado para el estudio a partir de Pilco M. y Ccosi J.

El cuadro muestra que el 87,5% de las profesionales de enfermería nunca mantiene relación terapéutica en la fase de resolución y el 12,5% lo hace a veces.

Los resultados obtenidos demuestran que más de la mitad de las profesionales de enfermería nunca aplican la fase de resolución durante la relación terapéutica, en esta fase, el paciente se libera de la participación de la enfermera, (se ha hecho autosuficiente), pues se siente capacitado y preparado para asumir la independencia y proyecta nuevas metas. También, la enfermera en esta fase cumple el papel de consejero(a) y le da mayor importancia en la enfermería ya que asesora al paciente y a la familia.¹⁷ Ya que responde a las necesidades de los pacientes, ayudando a que recuerden y entiendan completamente lo que le sucede en la actualidad, de modo que pueda integrar esa experiencia en vez de disociarla de las demás experiencias de su vida.

Esta situación ocurre nunca en los servicios de cirugía, sobre todo en los ítems evaluados que corresponde a la fase de resolución, motivan al paciente a que se reincorpore a sus actividades diarias (62,5%), nunca fomenta la independencia del paciente (81,3%), solo a veces la enfermera informa a los familiares sobre los cuidados del paciente en el hogar (43,8%) (Ver anexo 6); en contraste con estos resultados el paciente no se sentirá capacitado y preparado para asumir la independencia y proyectar nuevas metas como parte de su recuperación.

El no motivar al paciente a que se reincorpore a sus actividades diarias (62,5%), determina que la atención de enfermería es incompleta, debido a que en esta fase la enfermera debe: Apoyar, ayudar, darle fuerzas y hacer una evaluación de la relación terapéutica, de esta manera los pacientes dejan gradualmente las medidas adoptadas durante la hospitalización y van adoptando otras nuevas, con la finalidad de reincorporar paulatinamente a sus actividades diarias; sin embargo cuando el paciente sale de alta sin esta motivación, tiene la posibilidad de tener problemas adaptativos al ambiente tanto familiar y social; deficiencia que puede ser atribuida a la infrecuente y poca responsabilidad de la enfermera de cumplir con sus funciones en forma integral, también puede estar limitada a consideraciones incorrectas como, información muy superficial.

El no fomentar la independencia del paciente (81,3%) a través de la relación terapéutica es no haber desarrollado en el paciente una conducta independiente frente a la enfermera, lo que indica que la enfermera en esta fase no valora los objetivos propuestos con respecto al cuidado.³⁹ Además, esta fase de resolución implica resolver las necesidades de dependencia psicológica del paciente hospitalizado y la creación de relaciones de apoyo para fortalecer su capacidad de valerse por sí mismo⁴⁰; pero al no desarrollar esta actividad como se muestra en los resultados, el cuidado de enfermería se hace deficiente y la repercusión será negativa, por lo que se observa que muchas veces los pacientes al no haber logrado su independencia regresan a la consulta o servicio hospitalario con problemas de salud sobre todo psicológico, manifestando que aún no pueden recuperarse, es más negativa la situación cuando la enfermedad ha dejado secuelas invalidantes. La falta de desarrollo de esta actividad puede estar condicionada a la rutina del trabajo, porque el paciente de alta ya no es tomado en cuenta para recibir información sobre cuidados en el hogar y menos en el aspecto psicosocial. La presencia de pocas enfermeras que fomentan la independencia en forma eventual (18,8%), se debe al papel que cumplen como docentes de enfermería y tiene presente la necesidad de desarrollar esta actividad en el paciente, algunas veces junto a estudiantes de enfermería.

La información que brinda la enfermera a los familiares sobre los cuidados del paciente en el hogar (43,8%) a veces, nos indica que algunas profesionales mantienen la relación terapéutica para transmitir la cooperación de los familiares en

los cuidados del paciente en el hogar. Esta necesidad tiene como base las necesidades y preocupaciones de la familia en materia de salud, tal que provee información necesaria sobre los cuidados del paciente, así mismo, promueve la utilización de sus propios recursos de manera óptima en el periodo de recuperación.

Ccosi (2011) y Pilco (2010) en la fase de resolución, llegaron a la conclusión que el profesional de enfermería del grupo estudiado, establecen una relación terapéutica regular. Resultados que difieren del estudio existente ya que un 87,5% de profesionales que nunca establecen relación terapéutica en la fase de resolución, sin embargo estos resultados manifiestan que el paciente percibe con deficiencia la resolución previa al alta, esto puede deberse a las vivencias de la escasa interrelación en las tres fases anteriores, manifestándose con el poco crecimiento del paciente respecto a su mejoramiento de su salud de forma integral, por otro lado la educación tanto a la familia y al paciente en el alta exige tiempo y las enfermeras muchas veces no la tienen, así mismo las actividades administrativas durante el alta también exigen tiempo y no se abastecen para ello, más aun cuando se trata de un hospital de referencia donde existe mayor número de paciente que requieren atención, esto trae como consecuencia la posible no recuperación del paciente por un cuidado deficiente, equivocado en el hogar a falta de una información previa al alta por parte de la enfermera.

Concluyendo este análisis se señala que en la fase de resolución las enfermeras(os) ponen en riesgo el proceso de recuperación del paciente hospitalizado (cirugía), debido a que una mínima cantidad de ellas fomentan la independencia del paciente, motiva al paciente a que se reincorpore a sus actividades diarias y así mismo ella informa a veces a los familiares sobre los cuidados en el hogar.

VII. CONCLUSIONES

Primera:

La relación terapéutica enfermera-paciente, que establecen las profesionales de enfermería en los servicios de cirugía es con predominio deficiente a regular.

Segunda:

En la fase de orientación, la mayoría de enfermeras nunca establecen relación terapéutica enfermera-paciente, solo la cuarta parte de los profesionales establecen a veces esta relación terapéutica.

Tercera:

En la fase de identificación, la mitad de los profesionales de enfermería a veces establecen la relación terapéutica enfermera-paciente, y nunca en menor porcentaje.

Cuarta:

En la fase de aprovechamiento más de la mitad de las profesionales de enfermería establecen la relación terapéutica enfermera-paciente a veces, siendo mínimo el porcentaje de profesionales que si establecen la relación terapéutica.

Quinta:

En la fase de resolución el mayor porcentaje de profesionales de enfermería nunca establecen la relación terapéutica enfermera - paciente y en mínima proporción se establece con la frecuencia a veces.

VIII. RECOMENDACIONES

A LA JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO.

- En coordinación con la unidad de capacitación, apoyo a la investigación, programar cursos y talleres sobre relación terapéutica enfermera- paciente enfatizando la teoría de Hildegard E. Peplau.
- Establecer un sistema de motivación como pasantías institucionales en servicios donde establezcan buena relación terapéutica enfermera - paciente así compartir experiencias y hábitos institucionales donde se brinde un cuidado humanizado.

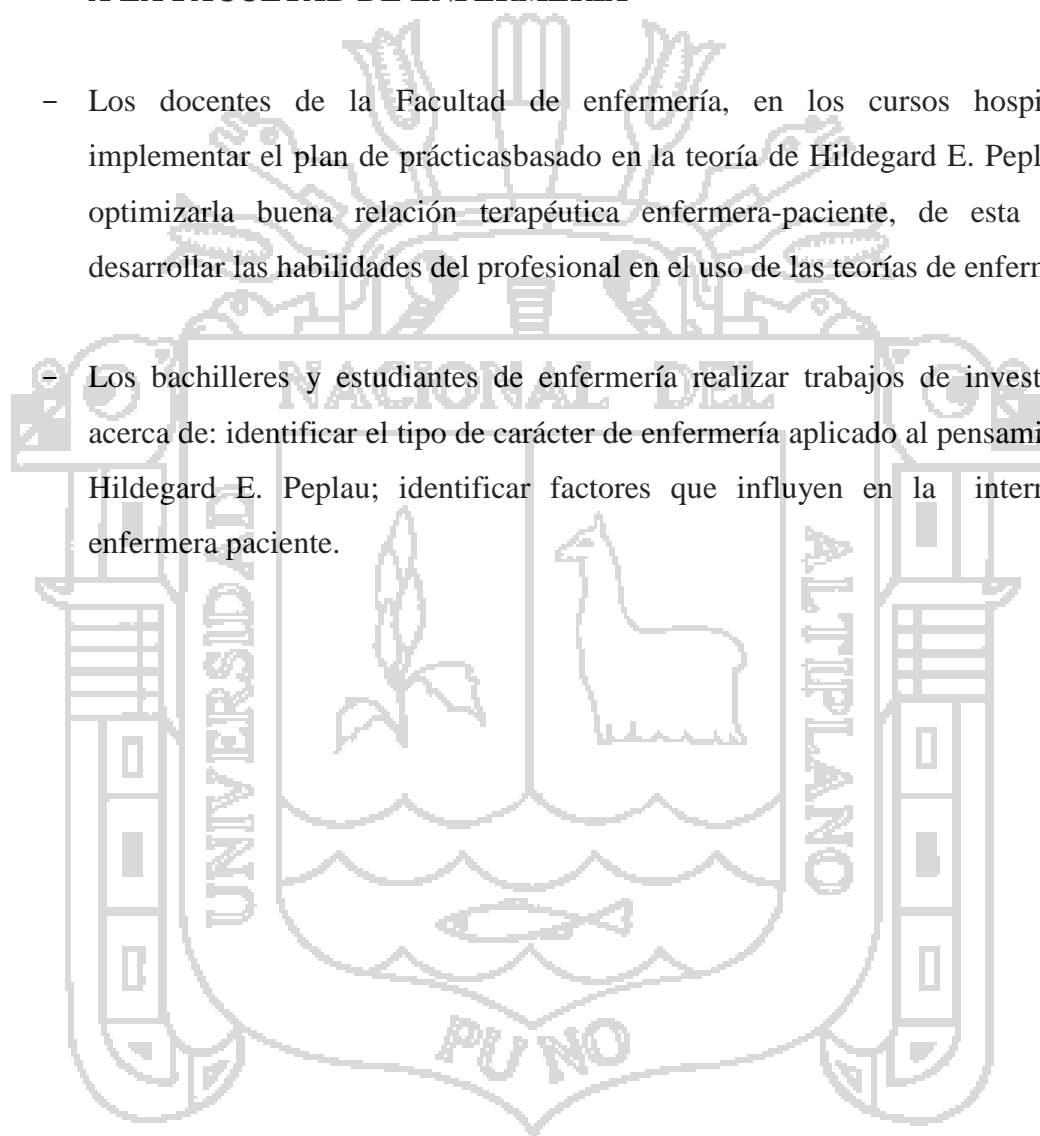
A LOS JEFES DE ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE CIRUGIA

- Mediante programas de capacitación reforzar las actitudes de la relación terapéutica enfermera-paciente en la fase de orientación, en que la enfermera debe dar a conocer su nombre y cargo de forma verbal, informar sobre los derechos y consentimiento informado, con fines de mostrar seguridad al paciente en el momento del ingreso.
- Mediante la capacitación en los servicios de cirugía reforzar las actitudes del profesional de enfermería sobre la relación terapéutica enfermera - paciente en la fase de identificación, en que la enfermera reconozca las dudas y temores, explicar sobre procedimientos generales y específicos de forma clara y sencilla; con fines de mejorar la valoración de las necesidades del paciente preoperatorio.
- Mediante la capacitación en los servicios de cirugía reforzar las actitudes del profesional de enfermería en la fase de aprovechamiento, en que la enfermera haga partícipe a la familia, al paciente en su tratamiento y autocuidado; educando, aconsejando para prevenir complicaciones en la asistencia terapéutica al paciente posoperatorio.

- A través de la capacitación en los servicios de cirugía reforzar las actitudes del profesional de enfermería en la fase de resolución, en donde la enfermera motive al paciente a que se reincorpore a sus actividades cotidianas y fomentar su autocuidado, educar a los familiares sobre los cuidados en el hogar, momentos antes del alta.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

- Los docentes de la Facultad de enfermería, en los cursos hospitalarios implementar el plan de prácticas basado en la teoría de Hildegard E. Peplau para optimizar la buena relación terapéutica enfermera-paciente, de esta manera desarrollar las habilidades del profesional en el uso de las teorías de enfermería.
- Los bachilleres y estudiantes de enfermería realizar trabajos de investigación acerca de: identificar el tipo de carácter de enfermería aplicado al pensamiento de Hildegard E. Peplau; identificar factores que influyen en la interrelación enfermera paciente.



X. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Valverde Cl. ¿para qué tanto escuchar y hablar?": el "para qué" de la comunicación terapéutica en enfermería EquipAquo.Rev.salud,España 2007;3.
2. García m, lópez m, vicente m. Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica: ¿Falta de tiempo?IndexEnfermGranada.Rev. 2004. vol.13, n.47, pp. 44-48.
3. Alba Leonel A YCol. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. EnfNeurol (México) Vol. 11, No. 3: 138-141, 2012
4. Canovas M. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. [Tesis doctoral] Universidad de Nurcia. España 2008.
5. Halifour j. La Relación de Ayuda en Cuidados de Enfermería. Barcelona Sgeditores. España. 2001. P. 65.
6. Mejia Lopera M. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico" IndexEnferm v.15 n.54 Granada-España otoño 2006.
7. Navarro N. Rivas Z. Comunicación terapéutica que brinda el profesional de enfermería a la paciente postaborto, en el Servicio de Obstetricia de la Maternidad Concepción Palacios. Cuarto trimestre del 2007. [Tesis] Facultad de Enfermería Universidad Central de Venezuela 2008.
8. Chávez G, lozano L. Relación entre la interacción enfermero usuario externo y el grado de satisfacción del cuidado que recibe, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Lima-Perú. [Tesis publicada]. Rev. de Ciencias de la Salud 2007, 2:2.
9. Dorado B. Aplicación del modelo psicosocial en el proceso de interrelación enfermera-paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos de los Hospitales "Manuel Núñez Butrón" Puno y Carlos Monge Medrano Juliaca 2010, [Tesis especialidad] Segunda Especialidad UNA Puno. 2010
10. Ccosi J. La relación terapéutica enfermera- paciente, según la teoría Hildegard E. Peplau, Ilave 2011. [Tesis]. Facultad de Enfermería. UNA Puno. 2011.

11. García a. Et al. Factores personales en la relación terapéutica. Revista de la asociación española de neuropsiquiatría Madrid-España 2005; 25 (96): 29-36
12. Oliverira M. Et al. Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. Enfermería global Rev.USFS-Brasil 2006,8: 1.
13. Diccionario Mosby - Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, 5taEd.Hancourt, España S.A. 1999.
14. Marriner-Tomey, Modelos Y Teorías. 3^{ra} Ed. Editorial harcourt. España. 1997. P. 327.
15. Aguirre D. Fundamentos de la relación enfermera-persona sana o enferma. Rev. Cubana Salud Pública 2004; 30(4).
16. Duran de Villalobos M.M.Enfermería: Desarrollo teórico investigativo. En: Salazar A y Martínez C. Un sobrevuelo por algunas teóricas donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. Rev. av.enferm., Colombia 2008; XXVI (2)107-115.
17. Marriner Tomey, A. RaileAlligood, Martha, “modelos y teorías en enfermería “5ta Ed. España, edide, S.C1994.
18. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, 1996.p. 46.
19. Stuart G Y Sundeen S. Principios y Práctica de Enfermería Psiquiátrica. 5^{ta} Ed. St. Louis: Mosby, 1995.
20. Cisneros F. Teorías y modelos de enfermería. Fundamentos de Enfermería. [En línea] Colombia 2010 [Acceso 15 agosto 2013]. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/teoriasymodelosdeenfermeriaysuaplicacion.pdf>.
21. Manual DAE de enfermería. EIR. Modelo de Hildegard E. Peplau (1952). Fundamentos de Enfermería. [En línea] España 2009 [Acceso 15 agosto 2013] Disponible en: http://www.aulaeir.com/pdf/01_fundamentos%20nuevo.pdf.
22. Tendencias y Modelos más utilizados en el cuidado de Enfermería. [En línea] Nicaragua 2002[Acceso 23 agosto 2013].Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/tendenciasymodelos.pdf.
23. Mínguez, D. “Leyes, Teorías, Tendencias y Modelos”. [En línea] Ecuador 2005 [Acceso 22 de Agosto 2013].

- http://www.aibarra.org/Apuntes/Fundamentos/Apuntes_Enfermeria_Fundamental_normas_Daniel_Minguez.doc.
24. K erouac S, El pensamiento enfermero. 2^{da} edición. Barcelona: Masson; 2002, p. 83.
 25. González oy. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. Rev. Aquichan Universidad de La Sabana Chia, Colombia. Octubre 2007; 7 (7): 129-138.
 26. Barrionuevo A, Gallardo N. Teorías de Enfermería: Hildegard E. Peplau. Universidad Nacional de la Patagonia S.J. Bosco. Argentina 2012.
 27. Mart nezOrtiz, M. La relación enfermera-paciente. [En línea] Espa a2006 [Acceso 18 de setiembre 2013]. Disponible en: http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/trabaj_coment_libr_relac.htm.
 28. Cibanal, L. H. Peplau: Introdujo el concepto de interacción terapéutica como herramienta para la relación de ayuda. Universidad Alicante. España. 2002. P. 41.
 29. Colegio de enfermeros del Perú. El derecho a la información, el consentimiento informado y la práctica de enfermería. Lima Perú 2008.
 30. KozierB, ErbG, Blais K, WilkinsonJm, Fundamentos de Enfermería 5^a Ed Enfermería Global N  9 Noviembre 2006 Pág. 11 Cartagena, Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana, 1999: p- 1376.
 31. Jaimes, R.S. "Modelos conceptuales de enfermería" [En línea] Colombia 2001 [Acceso 23 de setiembre 2013]. Disponible en: http://www.ut.edu.co/fcs/1001/cursos/ebc/bibliografia/Modelos_Cuidado_Enfermeria.doc.
 32. Alvarado K, Guglielmetti S, Tenis S, Díaz c. El cuidado: HildegardPeplau. [En línea] Honduras 2012 [Acceso 25 de setiembre 2013]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/hildegard-peplau.html>
 33. K erouac S, 1996en:RoosevelthP. Contribucion de los cuidados de enfermería A la satisfacción en los pacientes Intervenidos de cirugía cardiaca.[En línea] España 2001 [Acceso 20 diciembre 2013]. Disponible en: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21745/1/2006_7.pdf
 34. Mosby. Fundamentos de Enfermería. Vol. I. 5^{ta} Ed. Editorial Harcourt. Barcelona España. 2002.

35. Rengifo J. Percepción de los pacientes hospitalizados sobre los cuidados de Enfermería en la unidad de atención de cirugía. ” [En línea] Colombia 2001 [Acceso 23 de setiembre 2013]. Disponible en:
<http://www.portalesmedicos.com/revista-medica/percepcion-pacientes-cuidados-enfermeria-cirugia/6/>
36. Arreciado A, Estorach Q, Ferrer S. La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner Dialnet Vol. 22, N°. 3, 2011, págs. 112-117.
37. Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento del autocuidado con estrategia de la atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. Washington D.C.: OPS; 2006.
38. Haya c. Cuidados de enfermería a la unidad familiar. [En línea] Perú 2010 [Acceso 9 de octubre 2013]. Disponible en:
<http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/petrirogero.pdf>
39. Medina Mandujano, Gladys. “Investigación Operativa en los servicios de salud”. [En línea] Perú 2004 [Acceso 22 de agosto 2013]. Disponible en:
http://www.usuarios.lycos.pe/ceprejional3/tema_inv_operativa.htm.
40. Jaimes R. S. Modelos conceptuales de enfermería- Instituto Nacional de Cancerología. [En línea] Colombia 2005 [Acceso 19 de agosto 2013]. Disponible en:
http://www.ut.edu.co/fcs/1001/cursos/ebc/bibliografia/Modelos_Cuidado_Enfermeria.doc
41. Noreña Pal, Cibanal JI, Alcaraz M.N. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. Rev Española Com Sal 2010; 1 (2): 113-129.
42. Alba Leonel A, y Col. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. EnfNeurol (Mex) Vol. 11, No. 3: 138-141, 2010
43. Hernández R, Fernández C, Batista P. Metodología de investigación. 3^{ra} Ed. Editorial McGraw-Hill Interamericana México 2003, P.117.
44. Chirinos M. Investigación en Salud. Escuela de Post Grado. Facultad de Medicina. UNSA. Arequipa 2006. P. 56.
45. Cordina A. Comunicación Eficaz. Editorial Bhrme Empresa, Barcelona. 2000. Pág. 14.

46. Guevara “Calidad de interrelación enfermera –paciente según la teoría de Peplau en los servicios de cirugía del hospital nacional 2 de mayo “[tesis de licenciatura Lima 2004].
47. Fernandez Merida M. C. Modelo de Hildegard Peplau y relación de ayuda .Enfermería Clínica, 1998; 8(1):24-28.
48. Pilco Maritza. Calidad de Interrelación enfermera-paciente según la teoría de Hildergard E. Peplau en los servicios de cirugía, Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2010.
49. Ministerio de Educación. Resolución Ministerial N° 0494-2007-ED. Aprueban Directiva para el desarrollo del Año Escolar. Lima Perú 2008.
50. Medina Mandujano Gladys .Relación de percepción del paciente y calidad de la interacción según la teoría de Peplau: Hospital Dos de Mayo-Callao 2006.Rev. Per ObstEnf 3(2)2007.





ANEXO: 1

GUÍA DE OBSERVACIÓN QUE SE APLICO

DATOS GENERALES:

Nombre de la profesional _____

Servicio _____

DATOS SOBRE LA RELACIÓN TERAPEÚTICA

ITEMS A OBSERVAR	1ra Obser			2da Obser			3ra Obser		
	S	AV	N	S	AV	N	S	AV	N
<p>FASE DE ORIENTACIÓN</p> <p>1. La Enfermera se identifica dando su nombre completo y cargo al paciente de cirugía.</p> <p>2. La enfermera identifica al paciente de cirugía por su nombre.</p> <p>3. La enfermera informa al paciente de cirugía sobre sus derechos.</p> <p>4. La enfermera informa al paciente de cirugía sobre el consentimiento informado.</p> <p>5. La enfermera orienta al paciente de cirugía sobre los cuidados.</p>									

<p>6. La enfermera invita alpaciente de cirugía a expresar sus dudas y temores.</p> <p>7. La enfermera aclara las dudas que puede tener el paciente de cirugía sobre su enfermedad.</p>									
<p>FASE DE IDENTIFICACIÓN</p> <p>8. La enfermera comunica y explica al paciente sobre los procedimientos que se realizaran (examen, análisis, tratamiento quirúrgico y/o procedimientos).</p> <p>9. La enfermera identifica las dudas y/o necesidades del paciente de cirugía.</p> <p>10. La enfermera escucha atentamente sin interrupción al paciente de cirugía cuando le habla.</p> <p>11. La enfermera responde al paciente de cirugía a las preguntas de forma clara y sencilla.</p>									
<p>FASE DE APROVECHAMIENTO</p>									

<p>12. La enfermera acude cuando el paciente de cirugía la necesita.</p> <p>13. La enfermera educa o aconseja al paciente de cirugía sobre los cuidados a tener para prevenir complicaciones.</p> <p>14. La enfermera hace participar al paciente de cirugía en su auto cuidado.</p> <p>15. La enfermera hace participar a la familia en lo referente al cuidado y tratamiento del paciente de cirugía.</p>									
<p style="text-align: center;">FASE DE RESOLUCIÓN</p> <p>16. La enfermera motiva al paciente de cirugía a que se reincorpore a sus actividades diarias.</p> <p>17. La enfermera informa a los familiares sobre los cuidados del paciente de cirugía en el hogar.</p> <p>18. La enfermera fomenta la independencia del paciente de cirugía.</p>									

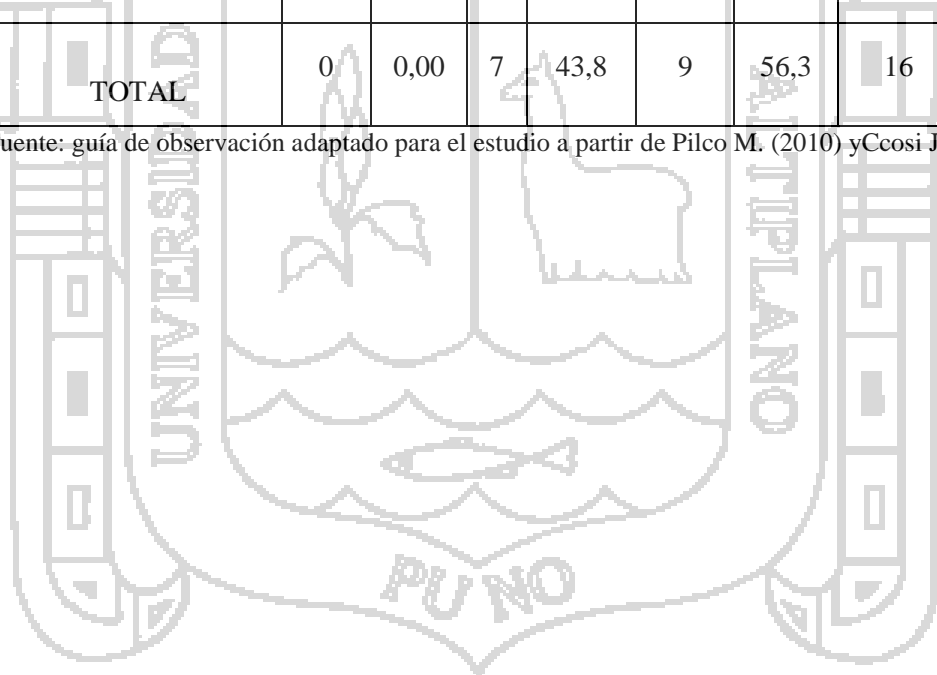
Fuente: Tomado como base del estudio de Pilco M. 2010 y Ccosi J. -2011.

ANEXO: 2

**RELACIÓN TERAPÉUTICA ENFERMERA - PACIENTE SEGÚN LA
TEORÍA HILDEGARD E. PEPLAU EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA
DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO-2013.**

RELACIÓN TERAPEUTICA	BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fase de orientación	0	0,0	4	25,0	12	75,0	16	100,0
Fase de Identificación	5	31,3	8	50,0	3	18,8	16	100,0
Fase de Aprovechamiento	2	12,5	9	56,3	5	31,3	16	100,0
Fase de Resolución	0	0,00	2	12,5	14	87,5	16	100,0
TOTAL	0	0,00	7	43,8	9	56,3	16	100,0

Fuente: guía de observación adaptado para el estudio a partir de Pilco M. (2010) y Ccosi J (2011)



ANEXO: 3

**RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN LA FASE DE ORIENTACIÓN
EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL
NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, 2013.**

FASE DE ORIENTACION	SIEMPRE		AVECES		NUNCA		TOTAL	
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%
La enfermera se identifica dando su nombre completo y cargo al paciente de cirugía.	0	0,0	0	0,0	16	100,0	16	100,0
La enfermera identifica al paciente de cirugía por su nombre.	13	81,3	3	18,8	0	0,0	16	100,0
La enfermera informa al paciente de cirugía sobre sus derechos.	1	6,3	0	0,0	15	93,8	16	100,0
La enfermera informa al paciente de cirugía sobre el consentimiento informado	0	0,00	4	25,0	12	75,0	16	100,0
La enfermera orienta al paciente de cirugía sobre los cuidados preoperatorios	3	18,8	9	56,3	4	25,0	16	100,0
La enfermera invita al paciente de cirugía a expresar sus dudas y temores	5	31,3	9	56,3	2	12,5	16	100,0
La enfermera aclara las dudas que puede tener el paciente de cirugía sobre su enfermedad	8	50,0	6	37,5	2	12,5	16	100,0

Fuente: guía de observación adaptado para el estudio a partir de Pilco M. (2010) y Ccosi J (2011).

ANEXO: 4

**RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN LA FASE DE IDENTIFICACIÓN
EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL
NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, 2013.**

FASE DE IDENTIFICACION	SIEMPRE		AVECES		NUNCA		TOTAL	
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%
La enfermera comunica al paciente sobre los procedimientos que se realizaran (examen, análisis, tratamiento quirúrgico y/o procedimientos).	6	37,5	9	56,3	1	6,3	16	100,0
La enfermera identifica las dudas y/o necesidades del paciente de cirugía.	6	37,5	10	62,5	0	0,0	16	100,0
La enfermera escucha atentamente sin interrupción al paciente de cirugía cuando le habla.	7	43,8	9	56,3	0	0,0	16	100,0
La enfermera responde al paciente de cirugía a las preguntas de forma clara y sencilla.	9	56,3	7	43,8	0	0,0	16	100,0

Fuente: guía de observación adaptado para el estudio a partir de Pilco M. (2010) y Ccosi J (2011)

ANEXO: 5

**RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN LA FASE DE
APROVECHAMIENTO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL
REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO, 2013**

FASE DE APROVECHAMIENTO	SIEMPRE		AVECES		NUNCA		TOTAL	
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%
La enfermera acude cuando el paciente de cirugía la necesita.	5	31,3	11	68,8	0	0,0	16	100,0
La enfermera educa o aconseja al paciente de cirugía sobre los cuidados a tener en el postoperatorio para prevenir complicaciones.	3	18,8	10	62,5	3	18,8	16	100,0
La enfermera hace participar al paciente de cirugía en su auto cuidado.	4	25,0	10	62,5	2	12,5	16	100,0
La enfermera hace participar a la familia en lo referente al cuidado y tratamiento.	4	25,0	7	43,8	5	31,3	16	100,0

Fuente: guía de observación adaptado para el estudio a partir de Pilco M. (2010) y Ccosi J (2011)

ANEXO: 6

**RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN LA FASE DE RESOLUCIÓN EN
EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL
NÚÑEZ BUTRÓN PUNO.**

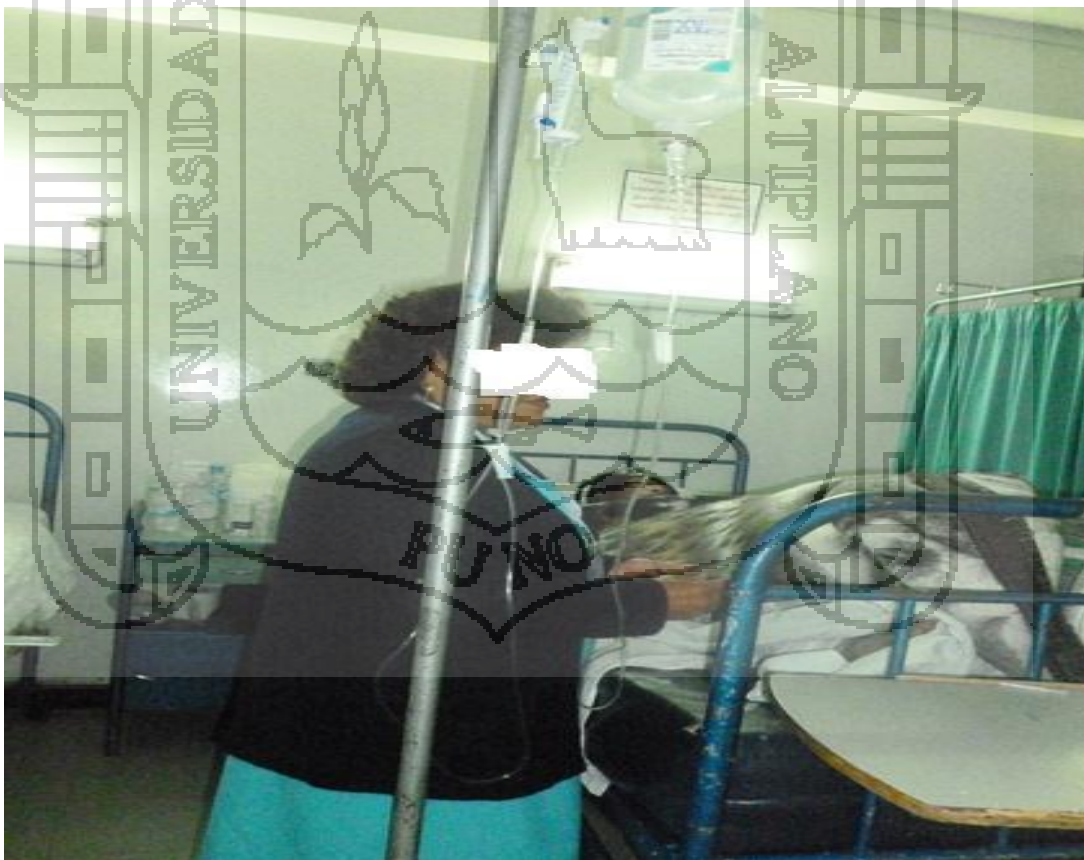
FASE DE RESOLUCION	SIEMPRE		AVECES		NUNCA		TOTAL	
	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%	N ^a	%
La enfermera motiva al paciente a que se reincorpore a sus actividades diarias.	1	6,3	5	31,3	10	62,5	16	100,0
La enfermera informa a los familiares sobre los cuidados del paciente en el hogar.	3	18,8	7	43,8	6	37,5	16	100,0
La enfermera fomenta la independencia del paciente.	0	0,0	3	18,8	13	81,3	16	100,0

Fuente: guía de observación adaptado para el estudio a partir de Pilco M. (2010) y Ccosi J (2011)

ANEXO 7



Fotografía 1. La enfermera identifica al paciente de cirugía por su nombre.



Fotografía 2.La enfermera comunica al paciente sobre los procedimientos que se realizaran (examen, análisis, tratamiento quirúrgico y/o procedimientos)

- ¹ Valverde CL. ¿para qué tanto escuchar y hablar?: el “para qué” de la comunicación terapéutica en enfermería EquipAquo 2007
- ² García M, López M, Vicente M. Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica: ¿Falta de tiempo?. *IndexEnferm* 2004. vol.13, n.47, pp. 44-48.
- ³ Alba-Leonel A, y Col. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *EnfNeurol (Mex)* Vol. 11, No. 3: 138-141, 2012
- ⁴ Canovas M. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. [Tesis doctoral] Universidad de Murcia. España 2008.
- ⁵ Halifour J. La Relación de Ayuda en Cuidados de Enfermería. Barcelona Sgeditores. España. 2001. P. 65.
- ⁶ Mejía Lopera M. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico” *IndexEnferm* v.15 n.54 Granada otoño 2006.
- ⁷ Navarro N. Rivas Z. Comunicación terapéutica que brinda el profesional de enfermería a la paciente postaborto, en el Servicio de Obstetricia de la Maternidad Concepción Palacios. Cuarto trimestre del 2007. [Tesis] Facultad de Enfermería Universidad Central de Venezuela. 2008.
- ⁸ Chávez G, Lozano L. Relación entre la interacción enfermero usuario externo y el grado de satisfacción del cuidado que recibe, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen Lima. [Tesis publicada]. *Rev. de Ciencias de la Salud* 2:2 2007.
- ⁹ Dorado B. Aplicación del modelo psicosocial en el proceso de interrelación enfermera-paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos de los Hospitales “Manuel Núñez Butrón” Puno y Carlos Monge Medrano Juliaca 2010, [Tesis especialidad] Segunda Especialidad UNA Puno. 2010
- ¹⁰ Ccosi J. La relación terapéutica enfermera- paciente, según la teoría Hildegard E. Peplau, Ilave 2011. [Tesis]. Facultad de Enfermería. UNA Puno. 2011.
- ¹¹ García A. et al. Factores personales en la relación terapéutica. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría* 2005; 25 (96): 29-36.
- ¹² Oliverira M. et al. Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Enfermería global* 2006; 8: 1.
- ¹³ Diccionario Mosby - Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, Ediciones Hancourt, S.A. 1999.
- ¹⁴ Marriner-Tomey. Modelos Y Teorías. 3ra Edición. Editorial HARCOURT. España. 1997. P. 327.
- ¹⁵ Aguirre D. Fundamentos de la relación enfermera-persona sana o enferma. *Rev Cubana Salud Pública* 2004;30(4)
- ¹⁶ Duran de Villalobos MM. Enfermería: Desarrollo teórico investigativo. En: Salazar A, Martínez C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Rev. AV.ENFERM.*, XXVI(2)107-115, Colombia 2008
- ¹⁷ MarrinerRaile
- ¹⁸ Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, 1996.p. 46
- ¹⁹ Stuart G y Sundeen S. Principios y Práctica de Enfermería Psiquiátrica. Quinta Edición. St. Louis: Mosby, 1995.
- ²⁰ Cisneros F. Teorías y modelos de enfermería. Fundamentos de Enfermería. [En línea] Colombia 2010 [Acceso 15 agosto 2013]. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>.
- ²¹ Manual DAE de enfermería. EIR. Modelo de Hildegard E. Peplau (1952). Fundamentos de Enfermería. [En línea] España 2009 [Acceso 15 agosto 2013] Disponible en: http://www.aulaeir.com/pdf/01_fundamentos%20nuevo.pdf
- ²² Tendencias y Modelos más utilizados en el cuidado de Enfermería. [En línea] Nicaragua 2002 [Acceso 23 agosto 2013]. Disponible en : http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/tendenciasymodelos.pdf
- ²³ Mínguez, Daniel. “Leyes, Teorías, Tendencias y Modelos”. [En línea] Ecuador 2005 [Acceso 22 de Agosto 2013]. http://www.aibarra.org/Apuntes/Fundamentos/Apuntes_Enfermeria_Fundamental_normas_Daniel_Minguez.doc
- ²⁴ Kérouac, S. El pensamiento enfermero. 2ª edición. Barcelona: Masson; 2002, p. 83
- ²⁵ González OY. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. *RevAquichan* Universidad de La Sabana Chia, Colombia. Octubre 2007; 7 (7): 129-138.
- ²⁶ Barrionuevo A, Gallardo N. Teorías de Enfermería: Hildegard Peplau. Universidad Nacional de la Patagonia S.J. Bosco. Argentina 2012
- ²⁷ Martínez Ortiz, M. La relación enfermera-paciente. [En línea] España 2006 [Acceso 18 de setiembre 2013]. Disponible en http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/trabaj_coment_libr_relac.htm.

- ²⁸Cibanal, L. H. Peplau: Iintrodujo el concepto de interacción terapéutica como herramienta para la relación de ayuda. Universidad Alicante. España. 2002. P. 41.
- ²⁹ Colegio de enfermeros del Perú. El derecho a la información, el consentimiento informado y la práctica de enfermería. Lima Perú 2008.
- ³⁰KozierB, ErbG, Blais K, Wilkinson JM, Fundamentos de Enfermería 5ª ed Enfermería Global N° 9 Noviembre 2006 Página 11 Cartagena, Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana, 1999: p- 1376.
- ³¹Jaimés, R.S. “Modelos conceptuales de enfermería” [En línea] Colombia 2001 [Acceso 23 de setiembre 2013]. Disponible en
: http://www.ut.edu.co/fcs/1001/cursos/ebc/bibliografia/Modelos_Cuidado_Enfermeria.doc
- ³²Alvarado K, Guglielmetti S, Tenis S, Diaz C. El Cuidado: Hildegard Peplau .[En línea] Honduras 2012 [Acceso 25 de setiembre 2013]. Disponible en:
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/hildegard-peplau.html>
- ³³Francine Saillant Kérouac, 1996 en Roosevelt P. Contribucion de los cuidados de enfermería A la satisfacción en los pacientes intervenidos de cirugía cardiaca .Disponible en
http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21745/1/2006_7.pdf
- ³⁴Mosby. Fundamentos de Enfermería. Vol. I. 5TA Edición. Editorial Harcourt. Barcelona España. 2002.
- ³⁵Rengifo J. Percepción de los pacientes hospitalizados sobre los cuidados de Enfermería en la unidad de atención de cirugía. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/revista-medica/percepcion-pacientes-cuidados-enfermeria-cirurgia/6/>
- ³⁶Arrecaido A, Estorach Q, Ferrer S. La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner Dialnet Vol. 22, N°. 3, 2011 , págs. 112-117
- ³⁷Organización Panamericana de la Salud. Fortalecimiento del autocuidado con estrategia de la atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. Washington D.C.: OPS; 2006.
- ³⁸Haya C. Cuidados de enfermería a la unidad familiar. [En línea] Perú 2010 [Acceso 9 de octubre 2013]. Disponible en:
<http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/petirogero.pdf>
- ³⁹ Medina Mandujano, Gladys. “Investigación Operativa en los servicios de salud”. [En línea] Perú 2004 [Acceso 22 de agosto 2013]. Disponible en:
http://www.usuarios.lycos.pe/cepreional3/tema_inv_operativa.htm.
- ⁴⁰Jaimés R.S. Modelos conceptuales de enfermería- Instituto Nacional de Cancerología. [En línea] Colombia 2005 [Acceso 19 de agosto 2013]. Disponible en:
http://www.ut.edu.co/fcs/1001/cursos/ebc/bibliografia/Modelos_Cuidado_Enfermeria.doc
- ⁴¹Noreña PAL, Cibanal JL, Alcaraz MN. La interacción comunicativa en el cuidado de la salud. RevEspCom Sal 2010; 1 (2): 113-129.
- ⁴²Alba-Leonel A, y Col. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. EnfNeurol (Mex) Vol. 11, No. 3: 138-141, 2012
- ⁴³Hernández R, Fernández C, Batista P. Metodología de investigación. 3ra edición, Editorial McGraw-Hill Interamericana México 2003, P.117.
- ⁴⁴Chirinos M. Investigación en Salud. Escuela de Post Grado. Facultad de Medicina. UNSA. Arequipa 2006. P. 56.
- ⁴⁵Cordina A. Comunicación Eficaz. Editorial Bhrme Empresa, Barcelona. 2000. Pág. 14.