



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUIDADO TRANSPERSONAL, BASADO EN LA
TEORÍA DE JEAN WATSON.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA
P R E S E N T A:
ITZEL TEXTA PALOMEQUE
Número de Cuenta: 304306640.



DIRECTORA: MAESTRA MARÍA ELENA GARCÍA SÁNCHEZ

MÉXICO D.F.

NOVIEMBRE 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Introducción.....	4
Justificación.....	5
I. Aspectos relacionados con el Problema	6
1.1. Descripción de la Situación Problemática	6
1.2. Objetivos	7
1.2.1. Objetivo General.....	7
1.2.2. Objetivos Específicos	7
II. Marco Teórico Referencial	8
2.1. Enfermería	8
2.1.1. Evolución Histórica del Cuidado	8
2.1.2. El Cuidado de Enfermería	11
2.1.3. Filosofías, Teorías y Modelos en Enfermería	13
2.1.4. Metaparadigma Enfermero	15
2.2. Ciencia del Cuidado Humano. Una Teoría de Enfermería. (Watson, 2012) 16	
2.2.1. Formación de un sistema humanístico – altruista de valores.	26
2.2.2. Inculcación de Fe – Esperanza.....	37
2.2.3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás	39
2.2.4. Desarrollo de una relación de ayuda – confianza.	43
2.2.5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.	45
2.2.6. Solución Creativa de Problemas en el Proceso de Cuidado	49
2.2.7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje transpersonal.	53
2.2.8. Provisión del entorno correctivo, de apoyo y protección, mental, físico, sociocultural y espiritual.	60
2.2.9. Asistencia en la gratificación de las necesidades Humanas.....	66
2.2.10. Permisión de las Fuerzas existenciales – fenomenológicas y espirituales.	69
2.3. Teorías del Desarrollo	80

2.3.1.	Teoría Psicosexual del Desarrollo. Sigmund Freud.....	80
2.3.2.	Teoría Psicosocial. Erik Erikson.	82
2.3.3.	Teoría Psicogenética del Desarrollo Cognoscitivo. Jean Piaget.....	83
2.3.4.	Desarrollo Neuropsicológico. Arnold Gesell.	84
2.3.5.	Campos de la Conducta.	85
III.	Diseño de la Investigación.....	87
3.1.	Aspectos Éticos.....	92
IV.	Resultados.....	93
4.1	Escenario	93
4.2	Participante	94
4.3	Contexto.....	94
4.4	Cuidado Transpersonal.....	95
4.5	Análisis proximal y distal en la perspectiva de Frederick Erickson (en (Lessard - Hébert, Goyette, & Boutin, 2010)).....	106
V.	Conclusiones.....	113
VI.	Propuestas	114
VII.	Bibliografía.....	115
Anexos	120
Guía de Observación	120	
Cuadro Comparativo Etapas de Desarrollo.....	125	
Formato de Registro	128	
Glosario.....	129	

Introducción

Durante mi formación profesional y la experiencia adquirida en la realización del servicio social utilicé fundamentalmente el modelo de las 14 Necesidades de Virginia Henderson para brindar cuidado a los pacientes bajo mi responsabilidad, sin embargo, a pesar de que se habla durante la formación del Cuidado Holístico, no lo vi reflejado durante el hacer profesional cotidiano, por ello decidí emprender una búsqueda que permitiera un mayor acercamiento a lo que se denomina Cuidado Holístico.

Para alcanzar este objetivo decidí realizar esta investigación con miras a dar un paso hacia adelante en la búsqueda de lo que puede ser Cuidado Holístico brindado por los profesionales de Enfermería.

En el primer capítulo se desarrollan los aspectos relacionados con el problema, como son la justificación, descripción de la situación problemática, y los objetivos generales y específicos.

En el segundo capítulo el marco teórico – conceptual que incluye desde el concepto de Enfermería y Cuidado, así como la evolución histórica de cada uno, se desarrolla la Teoría en que se basa esta investigación y varias Teorías relacionadas con desarrollo.

En el capítulo tres se presenta un resumen del trabajo de campo, y en el cuarto los aspectos relacionados con el diseño de la investigación.

Posteriormente se enlistan la interpretación y el reporte de los resultados, las conclusiones y las propuestas. Y finalmente se encuentran la bibliografía y los anexos como la guía de observación, el cuadro comparativo de las etapas del desarrollo, el formato de registro y el glosario.

Justificación

El motivo primordial para realizar esta investigación es la constante mención del Cuidado “Holístico” en el área de Enfermería, Cuidado que en muchas ocasiones y por diferentes causas no es llevado a cabo como tal. Dejando al Profesional de enfermería como un hacedor de procedimientos/técnicas.

Se considera que el cuidado emocional, brindado explícitamente por el personal de enfermería repercute de forma importante y en diferentes maneras en la mejora, mantenimiento y recuperación de la salud de los pacientes, en este caso, de los pacientes pediátricos. Sin embargo el cuidado brindado por el profesional de enfermería va más allá de lo físico, lo emocional y lo social, tomando en cuenta que la Persona es un Ser Holístico, se plantea un Cuidado Transpersonal como una alternativa para brindar cuidados holísticos a la Persona.

Para llevar a cabo esto se realizó una investigación sobre cuál podría ser la Filosofía, Teoría o Modelo que contribuyera con este fin o diera relevancia a estos puntos, encontrando la filosofía de Jean Watson como la más próxima, dada la naturaleza de los factores que ella toma en cuenta para brindar cuidado, su aportación desde la filosofía se llama “La Ciencia del Cuidado Humano”.

Sin embargo al realizar la búsqueda no sólo de los aspectos teóricos sino de cómo esta filosofía podría aplicarse en la realización del cuidado, se encontró que Jean Watson plantea la fundamentación de su propuesta y al solicitarle información con relación a si existía algún instrumento para la aplicación de ésta envió como respuesta cinco preguntas que permiten evaluar la satisfacción del paciente con relación al cuidado que recibe de la enfermera, por lo que se decidió construir un Instrumento para realizar el registro de las observaciones, al no encontrar ninguno que estuviera ya elaborado y que valorara estos elementos, ya que a pesar de que en otras teorías se valora el estado emocional o la Realización Personal, no se considera como un cuidado transpersonal.

I. Aspectos relacionados con el Problema

1.1. Descripción de la Situación Problemática

Desde que empecé mi vida como estudiante de enfermería, muchos de mis Maestros me hablaron del Holismo y el Cuidado Holístico, de la Persona como un Ser Biopsicosocial y espiritual, el cual necesitaba ser tratado como tal. Al realizar las prácticas hospitalarias me di cuenta que muchas veces en las Instituciones de salud, darle este trato a la persona se limita a llamarla por su nombre y no por un número de cama. Y a pesar de la crítica constante al personal de salud por ser “deshumanizado” en muchas ocasiones es el mismo personal de salud quien sostiene (y enseña a los estudiantes) que no debe involucrarse con el paciente más allá de un trato profesional necesario y por tanto no siempre ve a la persona en otra esfera que no sea la biológica. Sin embargo, en mi propia formación siempre se me hizo hincapié en la distinción entre la Profesión Médica y la Enfermera, como en el Cuidado y la interacción con el paciente, siendo esta última más estrecha y humana, lo cual llamó mi atención pues no siempre se lleva a cabo. Por lo cual me pregunté ¿Existe algún modelo o teoría de enfermería que sea más completo en el sentido de abarcar las esferas bio – psico – social y espiritual de la persona a la que doy cuidado? De ser así, ¿Cuál es ese modelo o teoría? ¿Cuáles son sus características? Y Finalmente ¿Requiere del profesional de enfermería una formación diferente de la que he recibido?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Con base en la Teoría de Jean Watson, brindar Cuidado Transpersonal, como una alternativa para avanzar en el Cuidado Holístico brindado por el profesional en enfermería.

1.2.2. Objetivos Específicos

- ✓ Comprobar si existe algún modelo o teoría de enfermería que abarque las esferas bio-psico-social y espiritual en un sentido más amplio.
- ✓ Conocer cuál es ese Modelo.
- ✓ Identificar las características de ese Modelo.
- ✓ Elaborar una Guía como auxiliar para la Observación.

II. Marco Teórico Referencial

2.1. Enfermería

“La Enfermería es percibir, pensar, relacionar, juzgar y actuar frente a frente con la conducta de los individuos que llegan a necesitar de sus cuidados. Se define como un proceso de acción, reacción e interacción en el cual la enfermera y el enfermo comparten información acerca de sus percepciones”. (King, 1984)

La Enfermería es una profesión cuyo objeto de estudio es el cuidado, y por tanto ha ido evolucionando a través del tiempo.

2.1.1. Evolución Histórica del Cuidado

Etapa Doméstica del Cuidado.

En esta etapa los pueblos primitivos consideraban la enfermedad como causa sobrenatural, como un castigo divino. Para los “menos avanzados” el enfermo leve, cuyos problemas no lo incapacitaban para realizar las actividades comunitarias, continuaba vinculado al grupo y no era considerado enfermo, sin embargo el grave era incapacitado para ser útil al grupo. Los “más avanzados” eran considerados verdaderamente enfermos, se les contemplaba como personas en las que se había introducido algo maléfico por haber cometido una falta y por lo tanto la enfermedad era un castigo.

Los encargados de sanar la enfermedad eran los sacerdotes y shamanes, ya que estas civilizaciones se regían por magia y religión. Pero el protagonismo de los cuidados fue adjudicado a las mujeres, siendo ellas las encargadas del mantenimiento de la vida por elementos naturales como la higiene, vestido, alimentación y cuidados que favorecieran el bienestar. (García & Martínez, 2001)

Etapa Vocacional del Cuidado.

Se asocia al nacimiento de la religión Cristiana, ya que se adquiere una nueva interpretación de la salud y la enfermedad, siendo estas designadas por dios. Y las actividades de cuidar se relacionan con votos de obediencia y sumisión, actuar en nombre de Dios, y la mujer toma el rol de “mujer consagrada”.

Durante esta etapa, los conocimientos teóricos no eran importantes, mientras sí lo eran las actitudes mostradas por las personas dedicadas al cuidado. El pensamiento religioso terminó adiestrando a las personas dedicadas al cuidado, para la docilidad, pasividad, humildad y un desprecio total de sí mismas; promulgando obediencia a las decisiones de otros de rango superior (sacerdote o

médico), dejando de lado el criterio individual de la cuidadora y la responsabilidad personal para tomar decisiones, en relación con la atención a los enfermos.

La enfermedad representaba una oportunidad de vida, imitando la vida de Jesús e identificándose con el sufrimiento de su pasión. Se fomentaba la introducción del consuelo en la asistencia al enfermo y moribundo, alentando a que las personas dejaran de preocuparse de sí mismas y se ocuparan de forma altruista de servir a los demás.

Las primeras cuidadoras fueron mujeres con el fin de realizar un trabajo social: destacando las diaconisas, viudas, vírgenes y matronas. (García & Martínez, 2001)

Etapa Técnica del Cuidado.

“El siglo XX va transcurriendo para las enfermeras con dos presiones de significado opuesto que hacen entrar a éstas en un conflicto permanente. De una parte, la sociedad de la época espera de las enfermeras una actitud maternal y abnegada, basada en el modelo precedente. Por otra, los servicios de atención a la salud, organizados bajo patrones médicos, exigen a las enfermeras cada vez más especialización en técnicas curativas y menos preparación en la atención al enfermo como persona”. (García & Martínez, 2001)

Esta situación puede considerarse que aún sucede en nuestros días, ya no por tener un patrón médico, sino por la demanda de calidad en la atención a la salud y la complejidad de los padecimientos de la sociedad actual; las enfermeras nos vemos divididas entre brindar un servicio más especializado en técnicas curativas, y tener un contacto más estrecho y personal con el paciente; sin mencionar que la demanda de trabajo en ocasiones es excesiva y los recursos humanos insuficientes, lo cual merma la calidad y la calidez del cuidado y la atención.

La etapa técnica del cuidado se da durante un cambio social importante, se inicia la Revolución industrial, el surgimiento de la burguesía y proletariado, además de los acontecimientos bélicos trascendentales (1ra y 2da Guerra Mundial); y progresan todas las ciencias, habiendo muchos inventos.

En el área de la Salud esta etapa toma el concepto de Salud como equilibrio entre los individuos y su ambiente, la salud deja de ser un estado y se convierte en un concepto más completo; por lo que en la atención a la salud intervienen diferentes profesionales que atienden los diferentes aspectos de la salud individual y colectiva. La medicina se orienta hacia la búsqueda de un factor causal de la enfermedad.

Las enfermeras comienzan a cuestionarse sobre su razón de ser, surgen enfermeras investigadoras a nivel teórico y filosófico y comienzan a emplearse métodos de trabajo científicos.

Florence Nightingale (12 de mayo de 1820 – 13 de Agosto de 1910) marca el inicio de la Enfermería Profesional, pone fin a la actividad enfermera empírica y exclusivamente vocacional. *“La función propia de una enfermera era el hecho de poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actuara sobre él o ella”.* (Marriner & Raile, 2007)

Florence Nightingale inició la búsqueda de un cuerpo de conocimientos propios de la Enfermería; organizó las enseñanzas y la educación de la profesión; inició la investigación enfermera y fue la primera en escribir sobre la disciplina.

Sin embargo, la profesionalización del cuidado, algunos autores refieren que a pesar de lograr el acceso al conocimiento y el reconocimiento de una profesión, la enfermera se ha alejado del enfermo y ha perdido su identidad profesional en el sentido de cambiar de una actividad de cuidar centrada en la persona a la de curar centrada en el órgano.

Etapa de la Enfermería Profesional.

Se consolida la Enfermería como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propio y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población.

Surgen nuevos conceptos de salud: por un lado la salud como parte de la riqueza de un país; por otro, un derecho de la humanidad. A su vez, la aparición de nuevos problemas de salud que requieren más cuidados que curación.

Actualmente la Enfermería no sólo se centra en la enfermedad, sino que abarca diferentes aspectos, desde el ámbito asistencial, administrativo, docente y de investigación. Viendo a las personas sanas y enfermas. (García & Martínez, 2001)

2.1.2. El Cuidado de Enfermería

Cuidado: *“Cuidar es un acto de vida que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la VIDA y permitir que ésta continúe y se reproduzca... Cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que requiere, temporal o definitivamente, ayuda para asumir sus necesidades vitales”.* (Collière, 2009)

Los cuidados cotidianos y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida: *Care*; representan los cuidados permanentes y diarios que tienen la función de mantener la vida, brindarle energía con alimentación, hidratación, aseo, calor, luz, etc. Están basados en hábitos, costumbres y creencias.

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad: *Cure*; se ocupan de reparar todo lo que obstaculice la vida, tienen por objeto limitar la enfermedad y atacar sus causas.

Collière nos dice que los cuidados de enfermería tienen como finalidad permitir a los usuarios de los mismos desarrollar su capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva y social que conlleva esta última.

Al no dar la importancia merecida a los cuidados relacionados con el mantenimiento de la vida, se descuida lo más importante para que una persona, sin importar la edad que tenga, pueda seguir dando respuesta a sus necesidades cotidianas. La “energía vital”, el entusiasmo, ánimo, “ganas” son el principal factor para que la vida continúe. Sin importar el tratamiento médico o quirúrgico que se prescriba, cuando una persona toma la decisión de no seguir adelante, no lo hace.

El cuerpo es el primer instrumento usado por una persona para cuidar y es el principal instrumento de los cuidados de enfermería.

Es muy común escuchar que a los profesionales de la Salud se les desarrolla un “ojo clínico” que les ayuda a con solo una mirada reconocer algún padecimiento en otras personas, sin embargo, esto mismo se ha despersonalizado, al no ver más allá de una patología. Como profesionales del Cuidado, el personal de enfermería podría ser capaz de ver más allá de una afección física y relacionarlo con los demás conceptos del metaparadigma, para no sólo saber qué cuidados de curación o tratamiento se debe dar, sino también saber identificar el trato, apoyo o enfoque que se debe proporcionar.

Como menciona Collière, los mismos elementos indicadores que sirven para determinar los cuidados de enfermería necesarios para suplir la dependencia y desarrollar la autonomía de las personas que son cuidadas, también son los signos que permiten evaluar la puesta en práctica y el cumplimiento del proyecto de cuidado.

Determinar el tiempo en que se va a brindar el Cuidado es importante para facilitar la desimplicación progresiva y no prolongar a voluntad una acción sanitaria. Así como es importante conocer el espacio en el que se brinda ese cuidado, tan sólo por la diferencia entre un espacio cómodo y conocido como sería el hogar de la persona; y un espacio desconocido y amenazante como sería la sala de un hospital.

El objeto de la evaluación de los cuidados de enfermería es observar de qué forma los cuidados movilizan la capacidad de las personas para responder a sus necesidades de salud, cómo les permiten valorar lo que hacen, hacer una valoración de lo que son y al mismo tiempo cómo valora el personal de enfermería su capacidad de cuidar desarrollándola y diversificándola a partir de esto. (Gaviria, 2009)

Al realizar una búsqueda en relación a antecedentes en investigaciones de Cuidado Transpersonal Favero, et. al. (Sao Paulo, 2009) en su artículo “Jean Watson la Ciencia del Cuidado Humano: una década de publicaciones Brasileiras” concluyen que el trabajo de Jean Watson y su propuesta, trasciende el diagnóstico médico, siendo una base para llegar a la plenitud en el cuidado, sin embargo, mencionan que son escasos los estudios referentes a este tema. (Favero, Meier, Ribeiro, Azevedo, & Canestraro, 2009)

Así mismo Quintero en el artículo “Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson” en República Dominicana concluyen que para Watson el Cuidar es un “compromiso con”, un razonamiento y un ideal moral profundo, donde su objetivo fundamental es el de la protección y preservación de las dimensiones humanas, desembocando en una filosofía de enfermería la denominación de humanística. (Quintero, 2001)

Cabe señalar que se encontraron pocos trabajos de investigación y artículos que incluyan o se basen en la Teoría de Jean Watson, y ninguno incluye un instrumento para brindar Cuidados.

2.1.3. Filosofías, Teorías y Modelos en Enfermería

A principios del Siglo XX, la Enfermería no era ni una disciplina académica ni una profesión. Sin embargo, los logros del siglo pasado han llevado al reconocimiento de la Enfermería en ambas áreas. Aunque algunos pueden utilizar indistintamente estos dos términos (disciplina y profesión), sus significados no son los mismos, aunque éstas se encuentren relacionadas:

- a) Disciplina: específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación, un departamento de aprendizaje o un dominio de conocimiento. (Marriner & Raile, 2007)
- b) Profesión: hace referencia a un campo especializado de la práctica; está creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan. (Marriner & Raile, 2007)

La transición de la herencia vocacional de enfermería a una visión profesional, incluyó la búsqueda de un cuerpo de conocimientos sustancial en el cual basar la práctica enfermera.

Es un cambio significativo el paso de actividades basadas en el empirismo y centradas en la técnica, a orientar el cuidado con un marco teórico propio y utilizar una metodología lógica y racional; el uso del método científico a través del proceso de enfermería y la formulación de diagnósticos enfermeros.

Filosofía

La Palabra *Filosofía* es difícil de definir, ya que según la época y el lugar, tiene significaciones distintas, y las reacciones espirituales que han recibido este nombre por sus autores son diversas.

La Filosofía tendría como papel ofrecer una fundamentación o explicación del proceder de las ciencias, o puede asumir un sentido moral y entenderse como una serie de normas para la acción; el papel que toma la Filosofía depende del campo en el que se encuentre.

En enfermería establece el significado de los fenómenos mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica; contribuye al conocimiento enfermero proporcionando una dirección a la disciplina y creando una base para la erudición profesional, lo que genera nuevas teorías.

Podría decirse, que la Filosofía da una base o un molde, es una guía que marca por dónde seguir o de qué forma proceder. Una corriente para la toma de

decisiones y la elección de acciones y a su vez, es una forma de vida, una forma de pensar y de actuar, un modo de vivir.

- ★ Jean Watson propone una Filosofía y Ciencia del Cuidado, basada en 10 factores de cuidado cada uno con un componente fenomenológico relativo a los individuos implicados en la relación que abarca la Enfermería.

Cada elemento asistencial describe el proceso de la forma como un paciente alcanza o mantiene la salud o muere en paz, los tres primeros elementos son interdependientes y constituyen el fundamento filosófico de la ciencia de la asistencia, los otros siete brotan de la fundamentación dada por los tres primeros.

Teorías

La teoría de la Enfermería guía el pensamiento y la acción de la práctica enfermera. Es importante que las enfermeras entiendan que la teoría de enfermería es una base para la práctica. Cuando la enfermera se encuentra al lado de la cama del paciente, por ejemplo, la serie de actos que realiza, las cuestiones en las que el paciente y la enfermera interactúan, los temas tratados, y la forma en la que responde la enfermera, todos están guiados por algún sistema teórico de enfermería. (Fitzpatrick & Whall, 1996) Por ejemplo:

- ✦ Virginia Henderson – Definición de Enfermería
- ✦ Hildegard E. Peplau – Teoría de las Relaciones Interpersonales.
- ✦ Kathryn E. Barnard – Modelo de Interacción para la evaluación de la Salud Infantil.

Modelos

Los modelos conceptuales de enfermería proporcionan un marco de referencia distinto para sus partidarios, les explica cómo observar e interpretar los fenómenos de interés para la disciplina; incluyen sus perspectivas sobre cada uno de los conceptos del metaparadigma persona, entorno, salud y enfermería.

- ✦ Myra Estrin Levine – El modelo de la conservación.
- ✦ Sor Callista Roy – Modelo de Adaptación.

2.1.4. Metaparadigma Enfermero

El objeto de estudio de la Enfermería es el Cuidado, mientras que el sujeto de conocimiento es la Persona. El Cuidado Holístico se refiere a que las experiencias de la vida del ser humano son el punto de partida para entender e interpretar las conductas individuales de la persona. Un cuidado holístico acepta la dimensión subjetiva de la persona, sus experiencias, creatividad y desarrollo para enfrentar el proceso de salud o de enfermedad. (Fernández, Garrido, Santo Tomás, & Serrano, 2000)

El metaparadigma enfermero precisa los conceptos centrales o núcleos básicos de la disciplina e intenta explicar sus relaciones. Los núcleos básicos o conceptos centrales sobre los cuales va a girar la práctica profesional de enfermería son:

- Persona: receptor de los cuidados enfermeros, que incluye las dimensiones fisiológicas, espirituales, psicológicas y socioculturales y puede contemplar a un individuo, familia o comunidad.
- Entorno: compuesto por elementos externos a la persona, que pueden ser controlados para que ésta pueda movilizar sus energías para la curación y a la conservación de la salud.
- Salud: grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona.
- Cuidado: procedimientos que restablecen o conservan en las mejores condiciones de funcionamiento a la persona.

2.2. Ciencia del Cuidado Humano. Una Teoría de Enfermería. (Watson, 2012)

Jean Watson presentó anteriormente el Cuidado Humano como una filosofía, la cual ha seguido desarrollando y en los últimos años ha presentado como una nueva Teoría de Enfermería, (lo que para ella significa un grupo de conocimientos, ideas y experiencias representadas simbólicamente y que buscan ilustrar un fenómeno; provee de lenguaje, voz y propósito a lo que es invisible como el Amor y el Cuidado).

Watson basa su Teoría de la Ciencia de Cuidado humano en:

- Una filosofía de libertad, elección y responsabilidad humana.
- Una biología y psicología de holismo (personas no divisibles, interconectadas con otras y con la naturaleza).
- Epistemología en expansión y diversidad, que permite no sólo empirismo, sino avances en estética, valores éticos, intuición y proceso de descubrimiento, adaptando todas las formas de conocimiento.
- Ontología del tiempo y espacio.
- Contexto de eventos interhumanos, procesos y relaciones.
- Una visión científica del mundo, que está abierta.

Recalca la diferencia entre enfermería y otras ramas de la ciencia, Enfermería no trata sólo los aspectos clínicos, empíricos y biofísicos; también trata los aspectos éticos, filosóficos, espirituales y metafísicos. En este sentido vemos el cuidado, lo humano, lo ambiental y la naturaleza universal como un campo unificado.

	Medicina Tradicional	Enfermería Alternativa	Cuidado Humano
	Normativa	Ipsativa	
	Reduccionista	Transaccional/Transpersonal/Trascendental	
	Mecánica	Metafísica/llena de Espíritu Humanístico y Contexto/en Evolución	
	Centrada en el método	Centrada en el Fenómeno	
	Neutralidad de Valores	Cargado de Valores; Valores adquiridos y aclarados	
	Enfermedad centrada en patología y fisiología	Totalidad interior subjetiva de la persona: significado respuesta subjetiva interior en respuesta a la condición humana	
	Ética de la	Ética Unitaria	de

	Ciencia	Pertenencia/Identidad/Conexión
	Absoluta, hechos reconocidos, leyes	Relativa, despliegue dinámico, aparición creativa
	Humano como Objeto	Humano como Sujeto
	Experiencias Objetivas	Experiencias Subjetivas – Intersubjetivas
Perspectiva	Objetividad, observable – medible	Experiencial – subjetiva, metafísica
Descripción	Cuantitativa	Cualitativa o combinación cuali – cuantitativa
Conceptualización	Generalizable	Contextual
Relaciones	Externa – Regularmente inferida estadísticamente	Interna – Confirmada por la persona
Comprensiones	Explicación – predicción	Entendimiento
Énfasis	Hechos – Datos	Significado
Uso	Técnica, validación del conocimiento, extensión de conocimiento existente	Emancipadora – (nuevas ideas, teorías, descubrimientos, nuevo conocimiento)
Estructura	Adherencia al paradigma	Trascendencia del Paradigma

(Watson, 2012)

Sin embargo en la actualidad se observa una tendencia a hablar sobre enfermería y holismo, el cuidado a la persona como un todo, la sanación, los patrones y procesos. Y al mismo tiempo en las escuelas se enfocan más a las formas convencionales de evidencia, a los métodos y los requisitos médicos – institucionales y procedimientos, conformando las prácticas de las presiones y demandas institucionales, dejando de lado lo que es la esencia de la Enfermería y lo que es relevante para ella: la fuerza sagrada de la vida, la subjetividad humana, las experiencias, significado de las condiciones y situaciones de la vida, relaciones entre las dimensiones más profundas de una humanidad evolucionada.

Watson adopta los siguientes puntos de la naturaleza de Enfermería:

- Ver a la persona como un Ser Humano Único, valioso, que debe ser cuidado, respetado, alimentado, comprendido y asistido; en general una vista filosófica de la persona como un todo, honrando la unidad mente – cuerpo – espíritu, continuado con el campo ambiental, el planeta Tierra y el campo infinito del cosmos y la Vida misma.
- Concepto de Alma como la Fuerza Sagrada de la Vida, Nightingale decía que no era posible separar el cuidado del cuerpo del cuidado del alma. Refiriendo que pertenecemos a un campo infinito de la vida misma, algo más grande que cada persona. Una persona no puede definirse como la suma de sus partes, sino como un todo unificado, donde todo está relacionado con todo lo demás.
- Hace énfasis en la subjetividad humana, el significado interior de la existencia, la relación de cuidado y transacción entre la persona y su ambiente y cómo eso afecta la salud y la sanación.
- La importancia de la relación Humano – a – Humano y el momento del cuidado entre y en medio de la enfermera y otro(s) reconociendo que el momento del cuidado y la relación del cuidado afecta la salud y la sanación.
- Reconocer los procesos no médicos del cuidado Humano y la relación del cuidado de la enfermera con las personas, familia y comunidad con varios significados de la salud – enfermedad y experiencias de sanación.
- Una preocupación de la salud y la sanación que va más allá de la condición médica o tratamiento para ayudar al otro a encontrar su propio y mejor significado, soluciones interiores, patrones para la salud, sanación, calidad de vida, transición o muerte.
- Una posición en que el conocimiento enfermero y práctica del cuidado – sanación humana es distinta de, pero complementaria de la práctica y conocimiento médicos.
- Una preocupación por mantener la dignidad humana, preservar la humanidad y facilitar el autoconocimiento, autocontrol, autocuidado y el potencial de autosanación.

Para Watson la Enfermería ve a los humanos como seres en evolución, con experiencias espirituales. Hay una interconexión entre la evolución de la conciencia humana y la vista global hacia una interconexión de todo. La salud es un proceso subjetivo, como una experiencia interna.

Watson sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente debido a la reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario rescatar el aspecto humano,

espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería.

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a proceso de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación del cuidado. Conceptualizando el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera – paciente).

Cuidar a una persona requiere estar conciente y tener conocimiento sobre la necesidad de cuidado; tener la intención de actuar y que esta acción esté basada en conocimiento; un cambio positivo como resultado del cuidado, juzgado en base al beneficio de otros; una conciencia evolucionada, intencionalidad y compromiso moral para cuidar por uno mismo y por otro.

El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente y responde a la condición del Ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos. El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas, que trasciende “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos, el paciente y la enfermera, entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/alto Yo. El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Así se describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Gracias a este acercamiento se destaca la unicidad de la persona y de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. La preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.

Watson define la percepción del cuidado como “el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante el momento del cuidado” lo cual está relacionado con el cuidado

genuino y simultáneo citado por Watson, que permite al paciente y enfermera percibir datos del exterior y organizarlos de un modo significativo en el interior, para tomar conciencia del mundo que les rodea.

Los sentimientos del paciente, resultantes de la interacción enfermera – paciente podrían ser: sentirse apoyado, acogido, atendido, cuidado, sentir afecto y crecer como Ser Humano.

El apoyo emocional percibido por el paciente en la interacción de cuidado con el personal de enfermería a través de un trato cordial y amistoso, con calor humano, que da comodidad y confianza, que deriva un sentimiento de bienestar para el paciente.

El apoyo físico lo percibe el paciente cuando el personal de enfermería entra en contacto con él, en actividades sencillas y significativas, como son mirarlo a los ojos, tomarlo de la mano, realizar los procedimientos y cubrir sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor.

El verdadero cuidado de enfermería tiene como núcleo la perspectiva, la necesidad y la prioridad del paciente o usuario, constituyéndose en la estructura viva (columna y corazón) del ejercicio profesional de enfermería.

Conceptos del Metaparadigma Enfermero:

Persona: es un ser espiritual en el mundo, completo, con unidad de mente – cuerpo – espíritu; que vive experiencias y que está en continuidad con el tiempo y el espacio, puede trascender el mundo y la naturaleza influenciándola, cambiándola o viviendo en armonía con ella. Se encuentra en un proceso sin fin donde cada nueva experiencia se hace conocimiento y cada momento experiencial forma el siguiente momento experiencial. La experiencia total humana constituye un campo fenomenológico que es el marco de referencia de cada persona, de cómo esa persona percibe y responde a situaciones dadas (realidad subjetiva) y no sólo por las condiciones objetivas y la realidad exterior.

Salud: unidad y armonía entre la mente, el cuerpo y el alma, y relacionada con el grado de coherencia entre lo que percibe y lo que experimenta uno mismo, congruencia entre la realidad subjetiva y la realidad externa (el mundo como es). Esta armonía engendra un autorrespeto, autoconocimiento, autocuidado y autosanación.

Enfermedad: desorden o desarmonía en el interior de la persona, una situación en que la realidad subjetiva y la realidad externa son diferentes. Algunas

experiencias como conflictos en desarrollo, sufrimiento interior, culpa, desesperación, duelo, pérdida, estrés, pueden llevar a la enfermedad. Los procesos genéticos que causan enfermedad se manifiestan cuando se presenta esta desarmonía y así la enfermedad a su vez causa más desarmonía.

Entorno: constituido por el mundo físico o material y el mundo espiritual; representa todas las fuerzas del universo, así como el entorno inmediato de la persona.

Cuidado: proceso intersubjetivo de humano a humano que requiere un compromiso con el *caring*, en cuanto a ideal moral, y sólidos conocimientos. El objetivo de los cuidados enfermeros es el de ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma, su cuerpo y su espíritu.

10 Factores de Cuidado

El sistema de valores establecidos aquí con respecto a la Teoría del Cuidado Humano, se compone de valores asociados con un profundo respeto por las maravillas y misterios de la vida y el reconocimiento de una dimensión espiritual, a la vida y al poder interno del Proceso de Cuidado Humano, el crecimiento y el cambio.

El Cuidado Humano requiere gran respeto y veneración a una persona, a la vida humana, amor a la Humanidad, valores no paternalistas en relación con la autonomía, sabiduría interior y la libertad de elección. Se da un gran valor a lo subjetivo – el mundo de la vida interna de la persona que experimenta; y cómo la persona (ambos paciente y enfermera) perciben y experimentan la condición de salud – enfermedad, en el sentido de experiencia, honrando su búsqueda individual de significado que va más allá de la condición o situación en sí.

Se hace énfasis en ayudar a la persona a ganar más autoconocimiento, autocontrol, autocuidado y salud interna, a pesar de la condición de salud externa. La enfermera se observa como coparticipe en el proceso de cuidado y sanación. Por consiguiente se da un gran valor a la relación entre la enfermera y el otro.

1. Formación de un sistema humanístico – altruista de valores.

Estos valores son aprendidos, pueden recibir una gran influencia de las enfermeras y las educadoras. Se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.

- Práctica de Amor – Bondad / Compasión y ecuanimidad con uno mismo y con el otro.

2. *Inculcación de Fe – Esperanza.*

Este factor incorpora los valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo dentro de la población de pacientes. Se describe el papel de la enfermera la desarrollar interrelaciones eficaces enfermera – paciente y promover el bienestar del paciente ayudándolo a adoptar conductas que buscan la salud.

- Estar auténticamente presente y permitir y mantener un sistema de creencias profundo, y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar.

3. *Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás.*

El reconocer los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación, tanto para la enfermera como para el paciente. Si las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, éstos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

- El cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal más allá del ego.

4. *Desarrollo de una relación de ayuda – confianza.*

Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino y auténtico. La empatía es la capacidad para la experiencia y, por tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona y para comunicar aquellas comprensiones. La acogida no posesiva se manifiesta con un volumen moderado del habla; una postura relajada, abierta; y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales.

- Desarrollar y apoyar una auténtica relación de amor, confianza, apoyo y cuidado.

5. *Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.*

Compartir sentimientos es una experiencia riesgosa para la enfermera y para el paciente. Se debe estar preparado para sentimientos positivos y

negativos, y saber reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

- Estar presente y apoyar la expresión de sentimientos positivos y negativos; auténticamente escuchar y sostener a la otra persona como conexión con el espíritu más profundo y con uno mismo y con aquel de quien se debe cuidar.

6. Solución Creativa de Problemas en el Proceso de Cuidado.

El uso del proceso enfermero aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como la ayudante del médico.

- Uso creativo de las propias y de todas las vías de conocimiento, como parte del proceso de cuidado; participar en el arte de las prácticas de curación – cuidado.

7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje transpersonal.

Este factor separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente esté informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. Se debe permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

- Participar en una experiencia auténtica de enseñanza – aprendizaje en el contexto de la relación del cuidado; mantener el marco de referencia del otro; cambiar a un modelo de entrenamiento para la salud – sanación – bienestar.

8. Provisión del entorno correctivo, de apoyo y protección, mental, físico, sociocultural y espiritual.

Se reconoce la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes del entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Y en las variables externas se incluyen las variables epidemiológicas, el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

- Crear un entorno de curación a todos los niveles; físico y no físico, ambiente de energía, consciencia, integridad, belleza, dignidad y paz, donde todo esto se potencie.

9. *Asistencia en la gratificación de necesidades humanas.*

Se reconocen las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de la enfermera y del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de mayor rango, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor rango. La consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior la autoactualización es una necesidad superior intrapersonal e interpersonal.

- Respetuosamente asistir en las necesidades básicas, manteniendo una intención, una conciencia de cuidado deliberada, trabajar con la fuerza de la vida, energía de la vida y el misterio de la vida, de otra persona. Administrar “cuidados humanos esenciales” que potencien la alineación de la mente – cuerpo – espíritu, salud y unidad del ser en todos los aspectos del cuidado.

10. *Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas y espirituales.*

La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson considera que este factor es difícil de comprender. Se incluye para ofrecer una experiencia que estimule el pensamiento a una mejor comprensión de uno mismo y de los demás.

Watson cree que la responsabilidad de la enfermera tiene que ir más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante las acciones preventivas de salud. Ésta meta se alcanza enseñando cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo un apoyo situacional, enseñando métodos de resolución de problemas y reconociendo las capacidades de superación y la adaptación de la pérdida.

- Abrirse y atender a las dimensiones espiritual, misteriosa, desconocida y existencial de todas las vicisitudes de la vida, la muerte, el sufrimiento, el dolor, el gozo, transiciones de cambio de vida; “permitiendo un milagro”. Todo esto presupuesto en el conocimiento base y la competencia clínica.

Con el propósito de explicar la relación de los contenidos en este trabajo, y facilitar al lector la ubicación de los mismos, se ha elaborado este cuadro, que muestra los 10 factores de Cuidado de la teoría de Jean Watson y los conceptos relacionados con cada uno.

10 Factores de Cuidado	Elementos	Subelementos
1. Formación de un Sistema Humanístico y Altruista de Valores	Sistema Humanístico	
	Valores	Conciencia Moral
	Altruismo	
	Libertad	
	Amor	
	Compasión	
	Ecuanimidad	
	Self (Sí mismo)	
2. Inculcación Fe – Esperanza	Virtudes	Fe
	Estar Presente	Esperanza
	Subjetividad / Intersubjetividad	
3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y los demás	Espiritualidad	
	Alma	
	Ego	
	Presencia Transpersonal	
4. Desarrollo de una Relación de Ayuda – Confianza	Relación de Ayuda y Confianza	
	Comunicación	
5. Promoción y Aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos	Sensación	
	Percepción	
	Pensamiento	
	Sentimiento	
	Emoción	Desarrollo Emocional en la Infancia Contención Emocional
6. Solución Creativa de Problemas en el Proceso de Cuidado	Método Científico	Etapas del Método Científico Relación con Enfermería
	Creatividad	
	Cuidado Individualizado	
7. Promoción de la Enseñanza – Aprendizaje Transpersonal	Relación de Cuidado	
	Momento de Cuidado	
	Yo – Tú	
	Contacto	
	Sanación	
8. Provisión de un entorno correctivo, de apoyo y protección, mental, físico, sociocultural y espiritual	Ambiente de Cuidado	
	Energía	
	Conciencia	
	Totalidad (Holismo)	
	Dignidad	
9. Asistencia en la gratificación de las Necesidades Humanas	Necesidades Humanas	
	Intencionalidad	
10. Permiso de fuerzas existenciales – fenomenológicas y espirituales	Fenomenología	
	Existencialismo	
	Misterio de la Vida y la Muerte	
	Duelo	
	Concepción Biopsicosocial del Duelo	
	El Duelo en los Niños	

2.2.1. Formación de un sistema humanístico – altruista de valores.

2.2.1.1. Sistema Humanístico

Maslow se refirió a la psicología humanista como la “tercera fuerza” más allá de la teoría freudiana y el conductismo. Los psicólogos humanistas enfatizan el potencial humano y la importancia del amor, la pertenencia, la autoestima, la autoexpresión, las experiencias cumbre (cuando uno se involucra tanto en una actividad que se desvanece la autoconciencia) y la autorrealización (la espontaneidad y creatividad que resultan de concentrarse en problemas fuera de uno mismo y en mirar más allá de los límites de las convenciones sociales). Se concentran en la salud mental y el bienestar, en la comprensión y el mejoramiento de uno mismo más que en las enfermedades mentales.

El enfoque humanista considera que la naturaleza humana no puede ser una maravilla en su desarrollo físico y un caos en el desarrollo psíquico. Por el contrario, sostiene que hay un paralelismo entre ambos aspectos.

La concepción humanista considera al hombre en sí como un ser potencialmente libre y creativo, y que su comportamiento puede depender más de su marco conceptual interno, que de la coacción de impulsos internos o de la presión de fuerzas exteriores. El humanismo es una corriente filosófica que tiene como fin último la dignidad humana.

La persona está constituida por un núcleo central estructurado, integrado por siete aspectos: sí mismo corporal, identidad de sí mismo, estima de sí mismo, extensión de sí mismo, imagen de sí mismo, agente racional y esfuerzo orientado. Este núcleo puede ser el concepto de persona, el yo o el sí mismo.

Cada individuo es un sistema de unicidad configurada, por consiguiente, la ciencia no puede contentarse con el estudio de las dimensiones comunes, como si la persona fuera un mero “punto de intersección de cierto número de variables cuantitativas”, sin estructura interna ni coherencia ni sentido, se debe enfrentar la verdadera naturaleza de la estructura personal, la mutua interdependencia e interacción de los sistemas parciales dentro del sistema entero de la personalidad.

El principio básico Aristotélico afirma que el todo es más que la suma de sus partes y por consiguiente, también las propiedades del todo son diferentes de las propiedades de la suma de sus partes. En una totalidad organizada lo que ocurre en el todo no se deduce de los elementos individuales ni de su composición, sino al revés, lo que ocurre en una parte de este todo lo determinan las leyes internas de la estructura de ese mismo todo. El todo no se explica por las partes, sino que

son las partes las que, por su inserción en el todo, reciben significado y explicación. (Martínez, 2007)

Las ciencias humanas a diferencia de las ciencias naturales, no solo analizan (descomponen en cada una de sus partes) su objeto de estudio, también sintetizan organizan, componen y estructuran. Dilthey argumentaba que las ciencias humanas tienen comprensión e interpretación, entendiendo por comprensión el proceso de captar significado, y la intención una operación mental de “descubrimiento del yo en el tú”.

Martínez Miguélez (2007) considera que la esencia del hombre se halla solamente en la comunidad, en la unión de hombre y hombre, es decir la diferencia entre “yo” y “tú”, en un encuentro genuino; y piensa que solamente podemos conocernos a nosotros mismos partiendo del otro o de los otros.

En este punto cabe mencionar, que el pertenecer a la raza Humana, no nos hace Ser “Humanos”, si bien es cierto que en la actualidad la sociedad en que vivimos cada vez está más “Deshumanizada”. Y es que damos prioridad a otros aspectos de la vida, que no tienen que ver con nuestra Humanidad.

2.2.1.2. Valores

Las normas que conforman el mundo moral implican valoraciones o apreciaciones que nos permiten formular el concepto de lo que es bueno y lo que es malo. El hombre no sólo se enfrenta al mundo para conocerlo o transformarlo, sino que también lo hace objeto de una valoración. (Escobar, 2004)

La axiología es la ciencia que estudia los valores, los cuales se infiere son cualidades que poseen un contenido, el cual sólo adquiere significado a través de la persona que valora. La valoración es una forma de estimación de una cualidad para lograr un fin. Y aunque sólo adquieran sentido a través de la persona, no son relativos porque no dependen de criterios individuales, sino que tienen su fundamento último en la naturaleza del Ser Humano.

“Valioso o bueno es todo aquello que contribuye al mayor despliegue de las facultades específicas del hombre y fomenta la vida. Negativo o malo es todo lo que ahoga la vida y paraliza la disposición del hombre a obrar”. (Fromm, La revolución de la Esperanza, 1985)

Los valores como directrices para la conducta, son los que dan a la vida humana, tanto individual como social, su sentido y finalidad. El valor surge de la relación entre el sujeto y el objeto y es esta relación axiológica la que origina una cualidad estructural empírica, la cual no se da en el vacío, sino en una situación humana concreta, y la jerarquía axiológica es también situacional y compleja, no

lineal. Los valores sirven de fundamento a las normas éticas y éstas son situacionales.

Los valores dan sentido a la vida. Por eso la pérdida de la capacidad de valoración se traduce en la pérdida del gusto por la vida y el deseo de vivir. Los valores son como un impulso espiritual y vital a la vez, ya que se manifiestan en distintos sentimientos y emociones. Influyen en el núcleo de la persona y la afectan en su totalidad.

Yepes y Aranguren (2003) llaman valores a los criterios previos que uno tiene ya formados antes de actuar, de los que parte para elegir el fin, escoger unos u otros medios, etc., en todas las fases de acción. Y mencionan que se caracterizan porque valen por sí mismos y lo demás vale por referencia a ello; ya que son los que determinan lo que cada cosa significa para cada quien.

El Ser Humano es un ser concreto, entendido como una persona humana, pertenece al mundo del espíritu y al de la naturaleza física en una unidad tal, que lo material adquiere una dimensión espiritual, al mismo tiempo que las actividades más nobles del espíritu están condicionadas por lo material, biológico y animal.

La educación en los valores necesita atender todos los elementos y dimensiones de la persona: cuerpo, alma, condiciones físicas, sociales, morales e intelectuales, afectos, sentimientos y emociones. De esta manera la educación en los valores es integral. Y los valores no se pueden transmitir por medio de discursos teóricos y fríos, sino a través de modelos vivos y reales, que se presentan, se aprenden y se imitan. “No hay valor sin su modelo correspondiente” (Yepes & Aranguren, 2003).

La persona, es un valor en sí misma, es el eje referencial de los valores. Se valora a la persona en sí misma por lo que es, pero también por lo que hace; por ello se debe aprender a valorar las acciones y las obras producto de la creación de uno mismo y de la humanidad, como las creaciones artísticas, intelectuales y morales, pero también lo cotidiano porque en lo aparentemente pequeño y simple está la expresión personal del Ser Humano.

Corresponde a la persona hacer la valoración de las cosas y establecer una jerarquía de importancia. Así comprenderá que hay valores que deben ser sacrificados en aras de valores más altos (la salud es más importante que el dinero). La escala de valores será la que determine sus pensamientos y su conducta. La carencia de un sistema de valores bien definido, sentido y aceptado, instalará al sujeto en una indefinición y vacío existencial que le dejará a merced de criterios y pautas ajenas.

La escala de valores y las creencias de cada persona determinan su forma de pensar y su comportamiento. Los valores asumidos como parte de una cultura sentida como propia, proporcionan un bienestar emocional.

Para Scheler los valores son lo priori de lo emotivo, son absolutos, objetivos e intemporales; son cualidades que existen independientes del depositario, por lo que su presencia en el objeto valioso hace que se convierta en un bien. En este sentido los bienes son cosas concretas dignas de estimación y aprecio, siendo el fundamento de esta valoración estimativa los valores, que son propiedades objetivas de los bienes.

No obstante el fundamento último es el amor, y el valor moral de las acciones no se deriva mecánicamente de la elección de lo bueno contra lo malo, sino que dicho valor moral depende de la plena conformidad entre el querer y el obrar de cada persona partiendo de la propia aprehensión de los valores. De modo que el valor moral del actuar remite a otra jerarquía de valores. Pero aquella aprehensión intuitiva de los valores no la efectúa el individuo, sino que los aprehende la persona, entendida como unidad de ser concreta de actos. Es decir, define la persona como la ejecución de sus actos o unidad concreta de sus actos intencionales: ser es actuar. (Scheler, 1942)

La persona está en una correlación con un mundo que le es inherente y propio, razón por la que existen tantos mundos como personas. Sin embargo como el ser humano vive en sociedad, no existen mundos individuales, sino mundos colectivos, que Scheler clasifica en: masa, colectividad vital, comunidad jurídica y comunidad de amor. Y todos estos “mundos” solamente pueden entenderse respecto de un único “mundo” supremo dependiente de la persona infinita capaz de establecer una plena correlación entre ellos: Dios.

Para este autor el valor antecede al deber y funge como sustento de la ley moral, lo que la convierte en una ética a priori.

Características de los valores:

- Son cualidades a priori.
- Independientes no sólo de los objetos sino también de las reacciones de las personas frente a los bienes o valores, es decir que sean captados o no por la persona.
- No cambian por las modificaciones que sufre el depositario.
- Son inmutables.
- Son absolutos. No están condicionados por ningún hecho, histórico o biopsicosocial.

El hombre se comporta ante los valores reconociendo su objetividad y al margen de que las aprehenda o le interesen, para Scheler lo moral y lo axiológico no se acaba en el dominio de las significaciones ideales.

Los valores se captan por la vía emocional, por medio del darse cuenta de que lo que se siente es un orden que no es caótico y que la razón lo logra comprender, le son revelados al hombre al percibir sentimental y describe diversas fases de esa percepción:

- a) Sentimiento intencional relacionado con su captación y no está unido al objeto.
- b) Estado sentimental sensible que es la vivencia de dicho estado y no existe ningún elemento intencional.
- Jerarquía. Los valores se encuentran ordenados en una jerarquía, hay valores más elevados y más bajos, y para el relativismo socio-histórico cada momento histórico establece una jerarquía de valores por lo que la persona en su necesidad de formar parte de la misma en su proceso de socialización introyecta primeramente esos valores y posteriormente los hace suyos a través de la internalización.

El orden jerárquico plantea Scheler, se presenta en el preferir y postergar, y establece la diferencia entre elegir y preferir, así elegir se relaciona con hacer una u otra cosa, y el preferir se refiere a un bien o un valor, exige además pluralidad de valores.

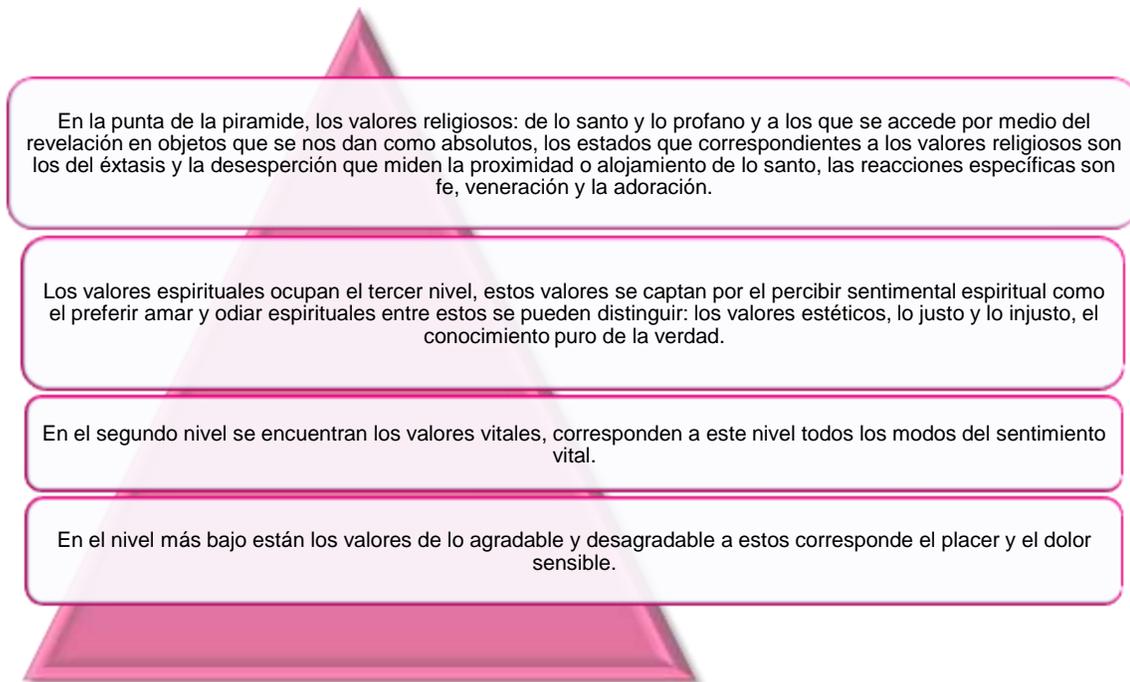
Scheler cree que los valores mantienen una jerarquía a priori que reside en la esencia de los valores mismos y se aplica aún a aquellos que no se conocen, la superioridad se capta por el preferir. Para Scheler la jerarquía es inherente al valor y por tanto ajena a la experiencia.

Criterios para determinar la jerarquía axiológica:

- ✓ *Durabilidad*: capacidad de persistir a través del tiempo, son eternos y al margen de la fortaleza del depositario.
- ✓ *Divisibilidad*: a menor divisibilidad mayor valor, es así que los bienes espirituales unen a los hombres.
- ✓ *Fundación de un valor*: si un valor funda a otro el primero es superior, para Scheler los valores supremos son los religiosos.

- ✓ *Profundidad de la satisfacción*: ésta última relacionada con la vivencia de cumplimiento, en tanto que la primera, es decir la profundidad se muestra independiente del percibir sentimental.
- ✓ *Relatividad*: se refiere al ser de los valores, un valor es más alto cuanto menos relativo es.

Tabla de Valores (Scheler, 1942)



Esta pirámide se construyó tomando como base lo que dice Scheler refiriéndose a la posición de cada jerarquía.

Conciencia Moral

El término “conciencia” puede referirse a la percatación o reconocimiento de algo exterior o interior, siendo este sentido susceptible de desdoblarse en otros tres al menos: psicológico, epistemológico o gnoseológico y el metafísico. Cuando se habla del mal y del bien, se refiere a la conciencia moral. (Cortina, 2002)

Lawrence Kohlberg fue el primero en proponer una teoría que explicara la forma coherente en cómo los niños en diferentes momentos de su desarrollo razonan sobre problemas morales. Ya que las diferencias de razonamiento en los niños en diferentes etapas de su vida no se pueden atribuir simplemente a los conocimientos que han aprendido, sino a las distintas formas que se emplean para resolver problemas como parte de nuestra capacidad de buscar sentido al mundo que vivimos. (Horta & Rodríguez, 2003)

La conciencia moral tiene como una de sus funciones formular juicios sobre lo que debemos hacer o tenemos que rechazar. Las normas morales o los valores de una cultura pueden ser diferentes de los de otra, los razonamientos que los fundamentan siguen estructuras o pautas parecidos.

Para Kohlberg, el ejercicio del juicio moral es un proceso cognitivo que nos permite reflexionar sobre nuestros valores y ordenarlos en una jerarquía lógica. Las raíces de los mismos se pueden encontrar en la capacidad de asunción de roles que se desarrolla gradualmente desde los seis años, permitiéndonos sopesar las exigencias de los demás y las propias.

Kohlberg considera que el desarrollo moral de una persona pasa por tres grandes niveles que definen enfoques de problemas morales: el preconvencional, el convencional y el postconvencional; cada uno de ellos contiene dos estadios o etapas que son los criterios por los que el sujeto ejercita su juicio moral, es decir, una manera consistente de pensar sobre un aspecto de la realidad., en total seis estadios de madurez creciente y con razonamientos morales diferentes.

Nivel	Etapa	Contenido de la Etapa		Perspectiva social de la Etapa
		Qué es lo correcto	Razones para hacer lo correcto	
Sensorio-motor	Hasta los dos años de edad.	El niño está limitado al ejercicio de sus capacidades sensoriales y motoras.		
1.Preconvencional Entre 4 – 10 años	Moral Heterónoma	Evitar violar reglas sustentadas en el castigo; obediencia por la obediencia misma; evitar el daño físico a personas y bienes.	Evitar el castigo y el poder superior de las autoridades. Agentes externos determinan qué hay que hacer y qué no.	Punto de vista egocéntrico. No considera los intereses de los demás, ni se da cuenta de que son distintos a los propios. En incapaz de relacionar dos puntos de vista diferentes. Juzga las acciones más en sus consecuencias físicas que por los intereses psicológicos de los otros. Confunde la perspectiva de la autoridad con la propia.
	Individualismo, propósito instrumental e intercambio	Seguir las reglas sólo cuando es para el interés inmediato de uno; actuar para satisfacer los propios intereses y necesidades y permitir que otros hagan lo mismo. Correcto es lo que es justo, un intercambio equitativo, un trato, un acuerdo.	Servir los propios intereses y necesidades en un mundo donde se debe reconocer que otras personas también tienen sus intereses.	Perspectiva individualista concreta. Está consciente de que todo el mundo tiene intereses que perseguir y de que éstos pueden entrar en conflicto con los de los demás. Lo correcto es lo que sea justo. Integra los intereses propios que estén en conflicto con los otros por medio del cambio instrumental de servicios mutuos. Lo justo es darle a cada cual la misma cantidad.
2.Convencional Entre 10 - 13 años.	Relaciones, expectativas, interpersonales mutuas y conformidad interpersonal	Estar a la altura de lo que espera la gente que está cerca de uno o lo que la gente espera en general de los otros en el rol de hijo, hermano, amigo, etc. "Ser bueno" es importante y significa tener buenos motivos, demostrar	La necesidad de ser una buena persona a los propios ojos y a los de los demás. Preocuparse por los otros. Desear mantener reglas y autoridad que apoyan la conducta	Perspectiva del individuo en relación con otros individuos. Tiene conciencia de sentimientos, acuerdos y expectativas, compartidos que toman primacía sobre los intereses individuales. Relaciona puntos de vista por medio de la regla de oro

		preocupación por los otros. También significa mantener relaciones mutuas como confianza, lealtad, respeto y gratitud.	estereotípicamente buena.	“ponerse en el lugar del otro”. Aún no considera la perspectiva del sistema social más amplio.
	Sistema Social y conciencia.	Cumplir los deberes efectivos que uno ha aceptado. Se deben sostener las leyes salvo en casos extremos en que entrar en conflicto con otras obligaciones sociales fijadas. Lo correcto también es contribuir a la sociedad el grupo o la institución.	Mantener la institución en funcionamiento en su conjunto, evitando el colapso del sistema “si todos lo hicieran” o el imperativo de la conciencia de cumplir las obligaciones definidas (Que se confunde fácilmente con la creencia de las reglas y la autoridad de la etapa 3)	Diferencia el punto de vista de la sociedad del acuerdo o motivos interpersonales. Toma el punto de vista del sistema que define los roles y las reglas. Considera las relaciones individuales en términos del lugar dentro del sistema.
3. Postconvencional	Contrato o utilidad social y derechos individuales.	Tener conciencia de que la gente posee una variedad de valores y opiniones que la mayoría de los valores y reglas son relativas al propio grupo. Pero esas reglas relativas en general deben ser sostenidas en el interés de la imparcialidad y porque son el contrato social. Sin embargo, algunos valores y derechos no relativos como la vida y libertad deben ser sostenidos en toda sociedad y con independencia de la opinión de la mayoría.	Un sentido de obligación hacia la ley debido al contrato social de hacer y respetar las leyes para el bienestar de todos y para la protección del derecho de toda la gente. Un sentido de compromiso contractual, contraído libremente, con la familia, la amistad, la confianza y la obligación de trabajar. Preocupación de que las leyes y los deberes se basen en el cálculo racional de la utilidad general. “el mayor bien para el mayor número”.	Perspectiva anterior a la sociedad. Perspectiva de un individuo racional, consciente de los valores y los derechos anteriores a las ataduras sociales y a los contratos. Integra las perspectivas por medio del acuerdo, el contrato, la imparcialidad objetiva y el debido proceso. Considera puntos de vista legales y morales, reconoce que a veces están en conflicto y encuentra difícil integrarlos
	Principios éticos universales.	Seguir principios éticos elegidos por uno. Las leyes o los acuerdos sociales particulares suelen ser válidos porque se basan en tales principios. Cuando las leyes violan esos principios, uno actúa de acuerdo con el principio. Los principios son principios universales de justicia: la igualdad de los derechos humanos y el respeto por la dignidad de los seres humanos como personas individuales.	La creencia como persona racional en la validez de principios morales universales y en sentido de compromiso personal con ellos.	Perspectiva de un punto de vista moral del que se derivan los acuerdos sociales. La perspectiva es la de cualquier individuo racional que reconoce la naturaleza de la moralidad o el hecho de que las personas son fines en sí mismos y como tal debe ser tratado.

(Scheler, 1942)

2.2.1.3. Altruismo

El hombre es un ser capaz de dar, se realiza como persona cuando extrae algo de su intimidad y lo entrega a otra persona como valioso, y ésta lo recibe como suyo. Yepes y Aranguren (2003) aseguran que no hay nada más “enriquecedor” que una persona con cosas que enseñar y qué decir, con una intimidad “llena” y rica.

Vicente y Choza (2002) aclaran que la diferencia entre una acción voluntaria y una involuntaria no se da por el *querer*. Una acción es voluntaria por ser originada por la persona de determinado modo. Las acciones voluntarias no son algo que suceda, no se puede tomar una actitud pasiva ante una acción voluntaria, ya que uno mismo la ejecuta. Una acción es voluntaria si es conscientemente originada por mí.

El término Altruismo fue introducido por Auguste Comte para expresar en qué debía fundarse la moral del positivismo o la moral de la nueva sociedad; que descansaba preferentemente sobre las emociones. Significa preocuparse del bienestar de los demás más que del de uno mismo, y se interpreta, por tanto, como generosidad llevada a cabo por motivos puramente racionales. (Cortés & Martínez, 1996)

2.2.1.4. Libertad

La persona es libre porque es dueña de sus actos y del principio de sus actos. Al ser dueña de sus actos, también lo es del desarrollo de su vida y de su destino: elige ambos. Se define lo voluntario como aquello cuyo principio está en uno mismo. Lo voluntario es lo libre: se hace si uno quiere; si no, no. (Yepes & Aranguren, 2003)

Para Vicente y Choza (2002) la libertad aparece no tanto como un valor social, sino como un logro personal que puede ser alcanzado o no; y en otras ocasiones no como un valor a conseguir sino como una propiedad que se posee, como algo que está dado, y se muestra como una característica de la voluntad, el hombre es libre porque puede elegir en cuanto que no todo le es dado necesariamente sino que hay un ámbito de acciones que depende de su libre decisión.

Sin embargo para estos autores existe otra perspectiva de la libertad como algo que constituye al ser humano, algo que es parte de su ser; y que es manifestado cuando expresa lo que hace con su vida o de ella.

El Libre Albedrío es la necesidad de autodeterminación de la voluntad o la libertad psicológica. Y esta puede ser más o menos racional, puede ser arbitraria, pero habitualmente responde a razones y acontece en el proceso de deliberación.

El hombre puede elegir porque es libre. Y la libertad psicológica establece un límite que cifra la dignidad humana; el hombre no puede degradarse al punto de perder su libertad constitutiva.

2.2.1.5. Amor

El Amor es la síntesis de todos los compromisos, y el más comprometedor es el de la vida. El amor se dirige a la persona por lo que es, no por lo que tiene o por lo que hace; es desinteresado y generoso, desea el bien de la persona amada por ella y para ella. La manifestación del Amor son las acciones que lo intensifican y refuerzan, no es una actitud pasiva, sino activa y comprometida. En medida que la persona ama, se autorrealiza.

El Cuidado y el Amor comprenden la energía física primaria y universal. El Cuidado y el Amor a menudo pasados por alto, son las piedras angulares de lo humano; y para nutrir estas necesidades se requiere humanidad. La capacidad de mantener el cuidado ideal y la ideología en la práctica, afectará el desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la Enfermería a la sociedad. El cuidado de uno mismo es prerequisite para el cuidado de los demás. Y sólo mediante relaciones interpersonales el cuidado humano se puede demostrar y practicar de manera eficaz. Las contribuciones sociales, morales y científicas de la Enfermería a la humanidad y a la sociedad se hallan en sus compromisos con los ideales del cuidado humano en la teoría, la práctica y la investigación. (Marriner & Raile, 2007)

Fromm considera que el Amor implica ciertos elementos básicos, comunes a todas las formas de amor:

- a) Cuidado: El Amor es la preocupación activa por la vida y el crecimiento de lo que amamos. Se ama aquello por lo que se trabaja y se trabaja por lo que se ama.
- b) Responsabilidad: En su verdadero sentido (Para Fromm) es un acto enteramente voluntario, que constituye las respuestas de una persona a las necesidades, expresadas o no, de otro ser humano. “estar listo y dispuesto a responder”. La persona que ama responde, “sentirse tan responsable por sus semejantes como por sí mismo”.
- c) Respeto: La capacidad de ver a una persona tal cual es, tener conciencia de su individualidad única; preocuparse por que la otra persona crezca y se desarrolle tal como es.
- d) Conocimiento: El que constituye este aspecto del Amor sólo es posible cuando se trasciende la preocupación por sí mismo y se ve a la otra persona en sus propios términos. No quedarse en la periferia, ir más allá.

Estos elementos son interdependientes, no se puede respetar a quien no se conoce, y es el respeto lo que impide que el cuidado y la responsabilidad se conviertan en dominio y posesividad. (Fromm, El Arte de Amar, 2000)

2.2.1.6. Compasión

Compasión no significa piedad o sensibilidad por el sufrimiento ajeno, ni sentir el dolor de otros como propio; la verdadera compasión hace que las personas se preocupen sinceramente por brindar felicidad a sus semejantes ayudándolos a liberarse de sus sufrimientos, comprendiendo que el dolor de los otros viene del miedo, de la ansiedad, de la ignorancia, de haberse olvidado de su chispa Divina. La compasión no es solo resultado de la intuición y la comprensión, es un camino de libertad, una respuesta natural y espontánea de un corazón abierto. (Ramón Pinto, s.f.)

2.2.1.7. Ecuanimidad

Energía de precisión, cordura, armonía y equilibrio. Imparcialidad, respuesta proporcionada, medio justo, ánimo estable entre las vicisitudes o adversidades, mente firme e imperturbable ante el elogio o el insulto, la ganancia o la pérdida, lo agradable y lo desagradable. La ecuanimidad es la visión equilibrada y clara que pone las cosas en su lugar y sabe ver, en el fondo de los eventos y fenómenos la acción de las leyes de la naturaleza; surge de asumir conscientemente o inevitable sin que el ánimo se turbe. (Cortés & Martínez, 1996)

2.2.1.8. Self “Sí Mismo”

Es la capacidad del organismo de hacer contacto con su ambiente de manera espontánea, deliberada y creativa. La función del Self es contactar con el ambiente (el “cómo” de la naturaleza humana). La terapia Gestalt estudia al Self como función del campo organismo/ambiente en contacto y no como una estructura fija, por la convicción de que la tarea de quien estudia la naturaleza humana es observar criterios que produzcan la espontaneidad, no los criterios que nos permitan esquematizar los comportamientos humanos. (Woldt & Toman, 2007)

Wold y Toman consideran al Self un sistema de contactos necesarios para la adaptación en un campo difícil, se contemplan algunas estructuras especiales que el Self crea para finalidades concretas; son un grupo de experiencias alrededor del cual se organizan aspectos específicos del Self. Estas tres funciones son capacidades de la persona para relacionarse con el mundo: el Ello es el fondo de la experiencia, lo que está dentro de la piel; la Personalidad es la asimilación de

contactos anteriores; el Yo es el motor que mueve las otras dos funciones y elige lo que le pertenece y aquello de lo que se enajena.

En el ámbito Enfermero, Roy describe el concepto de Sí mismo como el conjunto de creencias y sentimientos que se tienen sobre sí mismo en un momento dado. (Marriner & Raile, 2007)

2.2.2. Inculcación de Fe – Esperanza.

2.2.2.1. Virtudes

La virtud consiste en una disposición, capacidad, potencialidad de obrar cada vez más fácil y más perfectamente en un campo determinado, resultado de haber repetido muchas veces el acto. Pero además, que este hábito sea bueno, que por lo tanto perfeccione la obra y el agente que lo realiza, capacitándolo para actuar de acuerdo a la razón recta. (Horta & Rodríguez, 2003)

Las virtudes humanas son actitudes firmes, disposiciones estables, perfecciones habituales del entendimiento y de la voluntad que regulan nuestros actos, ordenan nuestras pasiones y guían nuestra conducta según la razón y la fe.

Fe

Latín *fides*, creer. Tener fe es aceptar la palabra de otro, entendiéndola y confiando que es honesto y por lo tanto que su palabra es veraz. El motivo básico de toda fe es la autoridad (el derecho de ser creído) de aquel a quien se cree. Este reconocimiento de autoridad ocurre cuando se acepta que él o ella tienen conocimiento sobre lo que dice y posee integridad de manera que no engaña. (Las Siervas de los Corazones Traspasados de Jesús y María, 2009)

Esperanza

Latín *spes*. La esperanza es el deseo confiado de obtener un bien futuro que es difícil de obtener. Reconoce la dificultad pero no pierde la confianza de que lo deseado se va a obtener. Por lo tanto, implica búsqueda y esfuerzo para vencer cualquier obstáculo. Diferente al temor, la esperanza no retrocede ante los sufrimientos. (Las Siervas de los Corazones Traspasados de Jesús y María, 2009)

2.2.2.2. Estar Presente

Woldt y Toman (2007) llaman Relación dialogal al diálogo genuino (proceso Yo – Tú que ocurre entre los seres humanos). (Woldt & Toman, 2007) Tiene 3 características:

1. Presencia: uno está presente cuando no trata de influenciar al otro para que vea la autoimagen de uno mismo; llevar la plenitud de uno mismo a la interacción. Permitirse ser tocado emocionalmente por la otra persona.
2. Comunicación genuina e incondicional: incondicional se refiere a la disposición de ser honesto y compartir aquello que es benéfico para crear las condiciones del diálogo (a pesar del temor de no saber cómo serán recibidas nuestras palabras). Esto no excluye el silencio, debe ser una respuesta genuina y no una forma de autoprotección o protección del otro. Se debe asumir el compromiso de expresar lo que le ocurre a uno durante el proceso de diálogo y lograr que la comunicación sea pertinente de acuerdo con la tarea que se está realizando, no ser impulsivo, pero al mismo tiempo ser libre de expresarse, reír, llorar, bailar, gritar o quedarse quieto, con la esperanza de que al estar presente y comunicarse genuinamente se tendrá una influencia en el otro.
3. Inclusión y Validación: inclusión es la formación de una imagen concreta de la realidad del otro dentro de uno mismo sin que se pierda la propia identidad. Validar significa percibir y reconocer al otro en su totalidad, requiere entrar en el mundo fenomenológico del otro sin juicios y sin perder de vista la propia identidad. En la terapia Gestalt se centra la atención en el proceso de experimentación o en el cómo de lo que se está experimentando, y cómo se interfiere en la propia experiencia.

La mayor relevancia y significación del diálogo, como método de conocimiento del otro, estriba en la naturaleza y calidad del proceso en que se apoya. A medida que el encuentro avanza, la estructura de la personalidad del otro va tomando forma en nuestra mente. (Martínez, 2007)

Comienza por las primeras impresiones, con la observación de los movimientos, sigue el oído de su voz, la comunicación no verbal (que es directa, inmediata, de gran fuerza en la interacción cara a cara y, frecuentemente, previa a todo control consciente) y toda la infinita gama de contextos verbales, por medio de los cuales se pueden clarificar los términos, definir los problemas, orientar hacia una perspectiva, patentizar los presupuestos, evidenciar la arracionalidad de una proposición, ofrecer criterios de juicio o suplir los hechos necesarios.

El contexto verbal permite, asimismo, motivar al interlocutor, elevar su nivel de interés, reconocer sus logros, prevenir una falsificación, reducir los formalismos, estimular su memoria, aminorar la confusión o ayudarlo a explorar, reconocer y aceptar sus vivencias inconscientes. Y en cada una de estas posibles interacciones también se puede decidir la amplitud o estrechez con que debe

plantearse el problema si una pregunta debe estructurarse plenamente o dejarse abierta y hasta qué punto es conveniente insinuar una solución o respuesta.

2.2.2.3. Subjetividad e Intersubjetividad

Schutz define al significado como la mediación entre el mundo y el actor, distinguiendo dos tipos de significado: “mi” significado y el significado del “otro”. El significado es la manera en que el yo considera su vivencia, reside en la actitud del yo hacia esa parte de su corriente de la conciencia que ya ha fluido hacia su “duración transcurrida”. (Hernández G. M., 2002)

El significado subjetivo se refiere a los procesos constituyentes que ocurren en la conciencia de la persona que produjo lo que es objetivamente significativo. Es la construcción mental que la persona hace, personalmente, de ciertos componentes de la realidad. Mientras el significado objetivo se refiere a contextos amplios de significados que existen en la cultura y que son compartidos socialmente.

El hombre comienza su labor cognoscitiva tomando conciencia de su mundo interno experiencial, de sus vivencias; “en el principio de la vida humana como tal existe la toma de conciencia”. Percibimos el mundo externo de acuerdo con nuestra realidad personal y subjetiva. El hombre vive subjetivamente. (Martínez, 2007)

Schutz considera que los hechos no son realidades externas, sino objetos ideales, en tanto son contruidos en nuestra conciencia. Es decir, que el significado se encuentra en relación de los actores con los objetos, y en esta relación el lenguaje es esencial, pues gracias a él el mundo externo es ordenado. Por lo que el significado se constituye intersubjetivamente, se construye considerando al otro y en interacción con el otro, lo que ocurre en el mundo de la vida cotidiana. (Hernández & Galindo, 2007)

2.2.3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás

Las emociones son parte de las personas y al reconocerlas y poseerlas, se pueden alcanzar nuevos niveles de sensibilidad, amor y autoconocimiento. (O'Connor, 1999)

Rogers (1992) manifiesta que la actitud de la persona que ayuda es importante para la estimulación o inhibición del desarrollo, por lo tanto afecta la experiencia. Cuando esta persona se comporta de manera expresiva y afectuosa, que se muestra respetuoso de su individualidad y de la del otro y cuida de las personas que se hallan a su cargo sin ser posesivo, facilita la autorrealización. La

comprensión de los significados y sentimientos del paciente es más una actitud de querer comprender, así como la sensibilidad hacia sus actitudes y un interés cálido pero exento de un compromiso emocional exagerado.

Lo importante son las actitudes y sentimientos de la persona que proporciona el cuidado y no su orientación teórica, sus procedimientos y sus técnicas; esto es de menor importancia que sus actitudes. La diferencia reside en la manera en que estas actitudes son percibidas, y que esta percepción es fundamental. “Si puedo percibir mis propios sentimientos y aceptarlos, probablemente lograré establecer una relación de ayuda con otra persona”. (Rogers, 1992)

Rogers también plantea que cuando se toma una actitud condicional, la otra persona no puede cambiar o desarrollarse en los aspectos que no se es capaz de aceptar. Esto normalmente es porque se siente uno temeroso o amenazado por alguno de los sentimientos de la otra persona. Si se desea brindar mejor ayuda, antes se debe desarrollar y aceptar esos aspectos de uno mismo.

Para Yepes y Aranguren la sensibilidad es la forma más elemental de conocimiento. Conocer es el modo más intenso de vivir, es una posesión inmaterial de la forma de otra cosa sin perder por ello la propia forma y sin afectar a la forma de lo conocido.

2.2.3.1. Espiritualidad

La Espiritualidad está relacionada con el significado, el propósito y el valor de la vida, puede o no incluir a un ser superior. Sperry afirma que la espiritualidad consiste en una búsqueda personal de sentido, de pertenencia y de los valores centrales que influyen el comportamiento. La espiritualidad debe ser endémica a todo ser humano y debe servir como una fuerza estimuladora de vida.

Wilber (2006) describe la espiritualidad como un camino de desarrollo que tiene distintos niveles de evolución. Y todo camino espiritual tiene aspectos exotéricos (formas externas, como credos, rituales y dogmas relacionados con las religiones y sus prácticas, como imágenes específicas de la Divinidad) y esotéricos (prácticas diseñadas para crear en el aspirante un encuentro directo con lo Divino o para generar experiencias específicas, como el hinduismo oriental, el budismo y el taoísmo).

La palabra espíritu procede del latín *spiritus*, el cual, originalmente se traduce como “soplo”, “aliento” o “exhalación”; sin embargo se ha usado asimismo para referirse a algo inmaterial y dotado de “razón”. (Ferrater Mora, s.f.)

La Terapia Gestalt comparte la filosofía de: 1. Mandato instrumental (práctica o experimento que establece que si se busca algo en particular, hay que seguir una

serie de pasos para alcanzarlo). 2. Percepción directa (experiencia inmediata que surge del compromiso del mandato). 3. Confirmación comunitaria (trasciende el sentido de la individualidad y puede compararse con la experiencia de otros). (Woldt & Toman, 2007)

Las prácticas espirituales ayudan a darle sentido al nivel de desarrollo actual y a transformarse a medida que la persona se mueve hacia otros niveles. Para Wilber la espiritualidad es el nivel más elevado de cualquier camino de desarrollo; sin embargo para Woldt y Toman es la fuerza vivificante del espíritu la que motiva la transformación y el crecimiento que conducen al siguiente nivel.

2.2.3.2. Alma

Es lo que constituye a un organismo vivo como tal, El alma no se opone al cuerpo, el ser vivo tiene dos dimensiones, una materia orgánica y un principio vital que organiza y vivifica esa materia. Para Yepes y Aranguren el alma es aquello por lo cual un ser vivo está vivo, lo que los hace ser y ser lo que son, la esencia del cuerpo.

Para Vicente y Choza el Alma es aquello que constituye al ser vivo como sustancia, es aquello por lo que el ser vivo es en absoluto, lo que constituye al organismo viviente.

Aristóteles consideraba el Alma como el primer principio de vida de los seres vivos y como acto primero del cuerpo que posee vida en potencia; en oposición a los planteamientos dualistas de que el hombre es un animal más un espíritu.

En cuanto a que el alma es una sustancia intelectual, es incorruptible, es el recipiente de una existencia propia, y por eso la muerte del hombre no es la muerte del alma, ya que ésta es inmortal, pero su inmortalidad no le da inmortalidad a la persona. (Vicente & Choza, 2002)

2.2.3.3. Ego

En el psicoanálisis, el ego o “yo” es la instancia psíquica consciente de la personalidad, que junto con el “ello” y el “superyó” forma el sistema profundo del psiquismo humano. (Cortés & Martínez, 1996)

El modelo de Freud describe la personalidad como un sistema dinámico regido por tres estructuras mentales: el ello (id), el yo (ego) y el superyó (superego). Según Freud los tres sistemas intervienen en la mayor parte de la conducta.

El Ello se constituye por los instintos e impulsos biológicos innatos. Es egoísta, irracional, impulsivo y totalmente inconsciente. Su funcionamiento se basa en el

principio del placer, trata de expresar libremente todo tipo de impulsos que buscan el placer. Su energía se denomina Líbido y en ella se basan los esfuerzos por sobrevivir, lo mismo que los deseos sexuales.

El Yo (Ego) encauza las energías aportadas por el “ello”. El yo adquiere poder para dirigir la conducta relacionando los deseos del “ello” con la realidad externa. Se rige por el principio de la realidad, pospone la acción hasta que sea factible o apropiada. Es el sistema que piensa, planea, resuelve problemas y decide; tiene el control consciente de la personalidad.

Según Freud entre las actividades o funciones conscientes que realiza el Yo está el ser el sujeto de la percepción y el pensamiento en sus diversas formas, y entre las inconscientes el desarrollar los correspondientes mecanismos de defensa ante el “ello”, el “superyó” y el mundo exterior. Su función fundamental es la conservación del individuo.

El superyó (superego) actúa como un juez o censor de los pensamientos y las acciones del yo. La conciencia es una parte del superego y refleja las acciones por las que el individuo ha sido castigado. Cuando no se cumplen los dictados de la conciencia, aparecen los sentimientos de culpa, como un castigo interno. (Coon, 2005)

2.2.3.4. Presencia Transpersonal

Existen varios tipos principales de líneas limítrofes entre lo que uno es y lo que uno no es, una de estas líneas está asociada con los fenómenos transpersonales. (Wilber, La Conciencia sin Fronteras. Aproximaciones de Oriente y Occidente al crecimiento personal., 2006)

El término *Transpersonal* significa que se está produciendo en el individuo alguna clase de proceso que, en cierto sentido, va más allá del individuo. Ejemplos de éstos son la percepción extrasensorial como telepatía, clarividencia, etc., las experiencias extracorporales, experiencias cumbre, etc.

Estas experiencias tienen en común una expansión del límite entre lo que uno es y lo que uno no es, se trasciende la frontera del organismo constituido por la piel; aunque las experiencias o vivencias transpersonales son, hasta cierto punto similares a la conciencia de la unidad pero no debe confundirse con esta, ya que en la conciencia de la unidad, la identidad de la persona es identidad con el todo, absolutamente con todas las cosas.

En las experiencias transpersonales la identidad de la persona no se confina al organismo, pero no se expande hasta la Totalidad. Un ser trascendente es un

centro y una expansión de conciencia que se separa creativamente de la mente, el cuerpo, las emociones, pensamientos y sentimientos de la persona.

“En el nivel transpersonal empezamos a amar a los otros, no porque ellos nos amen, nos afirmen, nos reflejen o den seguridad a nuestras ilusiones, sino porque ellos son nosotros”. (Wilber, La Conciencia sin Fronteras. Aproximaciones de Oriente y Occidente al crecimiento personal., 2006)

2.2.4. Desarrollo de una relación de ayuda – confianza.

Relación de Ayuda es toda relación en la que al menos una de las partes intenta promover en el otro el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos; mientras la otra parte puede ser un individuo o un grupo. (Rogers, 1992)

Las relaciones de ayuda tienen características que las distinguen de las que no lo son, relacionadas sobre todo con las actitudes de la persona que ayuda, por una parte, y con la percepción de la relación por parte del “ayudado” por la otra.

Rogers indica que la realidad que inspira confianza a los demás no exige una rígida estabilidad, sino que supone ser sincero y auténtico, “coherente”, ser tal y como se es en lo profundo de sí mismo. Ser absolutamente auténtico, si en una relación determinada soy coherente en una medida razonable, si ni uno ni otro, oculta sentimientos importantes para la relación, no cabe duda que se podrá establecer una adecuada relación de ayuda.

Con frecuencia tememos que si nos permitimos experimentar sentimientos hacia otras personas, nos veremos atrapados por ellos, lo que podría plantearnos exigencias o decepcionarnos, por lo que reaccionamos tratando de poner distancia entre nosotros y los demás, y creamos un alejamiento, una postura “profesional” y una relación impersonal. Ejemplo de esto es en el ámbito clínico se desarrollan diagnósticos elaborados en los que se considera a la persona un objeto, de esa manera se protege de los sentimientos de solicitud y cuidado que existirían si se reconociera que la relación se plantea entre dos personas.

Así mismo, señala que el concepto que Yo tenga del individuo limita lo que él puede ser en la relación. “Confirmar significa aceptar la total potencialidad del otro... puedo reconocer en él, conocer en él a la persona que ha sido... Creada para transformarse... Lo confirmo en mí mismo, y luego en él, en relación con esta potencialidad que... ahora puede desarrollarse, evolucionar”. Si, en cambio, lo

acepto como un proceso de transformación lo ayudo a confirmar y realizar sus potencialidades. (Rogers, 1992)

2.2.4.1. Comunicación

Los seres humanos tenemos la necesidad de comunicarnos con otros seres humanos para poder sobrevivir. El lenguaje es un rasgo que distingue al ser humano de los demás animales, y éste está influenciado por la cultura, la clase social de los individuos y a su vez influencia el pensamiento de las personas que lo utilizan. (Tazón, García, & Aseguinolaza, 2000)

Tazón, García y Aseguinolaza mencionan que independientemente del idioma que se utilice o el entorno en el que se encuentre, cada persona tiene tendencia a utilizar un sistema de comunicación peculiar dependiente de su visión del mundo, lo que en psicología se denomina “Estilo de Comunicación Interpersonal”. Este estilo depende de las características de la personalidad, experiencias infantiles durante los procesos de socialización, y reflejan la opinión de nosotros mismos, nuestra autoestima, de los demás y del mundo en general.

Este estilo puede modificarse dependiendo de la persona con la que se comunique, pero en general, tiende a repetirse, ya que satisface nuestras necesidades psicológicas profundas y permite que nos relacionemos con la gente de una forma en la que nos sentimos seguro

Estos autores proponen 4 estilos de comunicación profesional: el Modelo técnico, el Modelo Paternalista, el Modelo de Camaradería y el Modelo Cooperativo. De los cuales el que se recomienda a los profesionales del sistema es el cooperativo o contractual, ya que se adhiere al modelo biospsicosocial enfatizando las emociones del paciente pero sin imponer valores personales; valora la opinión del paciente y le pide que participe en sus cuidados, dando opiniones y eligiendo alternativas, pero en ningún momento renuncia a su función profesional y siempre ejerce como experto.

Definen la comunicación como el procedimiento por el cual se realiza la transmisión de una información entre dos fuentes diferentes: emisor y receptor. Y además consta de los siguientes elementos:

- Fuente de información: el origen del mensaje. Constituido por el cerebro o el aparato psíquico del individuo que inicia la comunicación e incluye sus conocimientos, habilidades y actitudes.
- Mensaje: información que se debe transmitir. En su forma primitiva es un pensamiento no verbal con representaciones visuales, auditivas, etc.

- Emisor: transforma el mensaje en una señal adecuada, apta para ser transmitida por el canal que va a ser utilizada. Implica las estructuras cognitivas necesarias para elaborar palabras o gestos y un aparato fonatorio o cinestésico que permita su realización.
- Código: sistema formado por un repertorio de señales (léxico) y unas reglas de combinación (sintaxis) que permiten las operaciones de codificación y descodificación. Debe ser común para los interlocutores, o sería imposible la comunicación.
- Canal: soporte físico utilizado para transmitir la señal del emisor al receptor.
- Señal: forma codificada del mensaje, capaz de utilizar la señal.
- Receptor: elemento que capta y decodifica la señal restituyendo el mensaje. Dependiendo del tipo de señal actuará el sistema auditivo o visual, etc.
- Destinatario: individuo a quien va dirigido el mensaje.

Para estos autores desde el punto de vista comunicativo el lenguaje no verbal es el más importante, ya que el 65 al 70% de la información transmitida en cualquier conversación es de este tipo. Siendo la comunicación no verbal aquella clase de eventos comunicativos que trascienden la palabra hablada o escrita.

Sugieren siete dimensiones de conducta no verbal relacionadas con la comunicación. Las cuatro primeras categorías (kinésica, tactésica, proxémica y paralingüística) son consideradas las más importantes y se describen en la mayoría de los tratados. Las otras tres dimensiones que se refieren al aspecto físico y la personalidad del individuo y al entorno que rodea la situación de comunicación, se consideran menores; ya que son difícilmente modificables, o para manejarlas de forma adecuada sólo se requiere ajustarse mínimamente a los valores sociales adoptados por el entorno cultural en que nos desenvolvemos.

2.2.5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.

Los Seres Humanos funcionan en la vida a diferentes niveles: la mente o intelecto, el nivel emocional o de sentimientos y el nivel físico. La salud holística es una filosofía que enseña a las personas a sintonizarnos con estas partes integrales de nosotros mismos y esforzarnos por conservar el equilibrio.

2.2.5.1. Sensación

La sensación capta cualidades sensibles o accidentes particulares de los cuerpos, pero no la naturaleza, esencia o totalidad de ellos. Son aspectos que

impresionan nuestros sentidos externos, captadas por un receptor especializado, que es el sentido externo respectivo. (Yepes & Aranguren, 2003)

Las sensaciones incluyen olores, imágenes, sonidos, sabores, equilibrio, tacto y dolor, datos puros de la experiencia. Una sensación se produce cuando una célula receptora en uno de nuestros órganos sensoriales es estimulada, si el estímulo es suficientemente fuerte, el receptor envía una señal a lo largo de los nervios sensoriales al área apropiada de la corteza cerebral.

2.2.5.2. Percepción y Sensación

La percepción es el proceso mental mediante el cual la información que llega a nuestros órganos sensoriales es clasificada, identificada y arreglada en patrones significativos. La sensación y la percepción son la base de la conciencia; en conjunto, nos dicen lo que sucede dentro y fuera de nuestro cuerpo.

La Percepción consiste en descifrar patrones significativos en la maraña de la información sensorial. Usando la información sensorial, el encéfalo crea experiencias perceptuales que van más allá de lo que sentimos directamente.

Ya que las sensaciones no se dan aisladas, sino relacionadas unas con otras, la percepción unifica las sensaciones, capta también el número, movimiento, reposo, figura, magnitud o cantidad, cualidades que se perciben por varios sentidos a la vez. (Yepes & Aranguren, 2003)

2.2.5.3. Pensamiento

La cognición es el procesamiento mental de la información. Definiendo cognición como el proceso de pensar o procesar mentalmente la información (imágenes, conceptos, palabras, reglas y símbolos). Los pensamientos pueden adoptar muchas formas: ensueños, solución de problemas, razonamiento, etc. (Coon, 2005)

En su nivel más elemental, el pensamiento es una representación interna (expresión mental) de un problema o situación. Las imágenes son representaciones mentales que poseen cualidades icónicas. El concepto es una idea general que representa una clase de objetos o hechos semejantes. El lenguaje consta de palabras o símbolos y de reglas para combinarlos. El pensamiento a menudo abarca las tres unidades.

Vicente y Choza (2002) interpretan el pensamiento como un proceso mental que acompaña al lenguaje, una sucesión – por ejemplo – de imágenes mentales que distinguiría el hablar reflexivo de un puro hablar sin pensar.

Mencionan también que si se hace del pensamiento un proceso mental, se lo convierte en un lenguaje mental, en un proceso articulado, en el cual en vez de palabras hay un misterioso componente psíquico. El pensamiento deviene así un hablarse a sí mismo, un hablar privado o interiorizado.

2.2.5.4. Sentimiento

Los Sentimientos son los modos como las cosas te afectan a ti. Los sentimientos sensoriales: se originan en virtud de la estimulación de los órganos sensoriales, y pueden provenir del ambiente o del interior del cuerpo. Las emociones son procesos y estados afectivos complejos que tienen su origen en las situaciones que una persona afronta en la vida. Los estados de ánimo son disposiciones mentales persistentes menos intensas y menos desorganizantes que las emociones. Los sentimientos son procesos afectivos basados en experiencias pasadas, las sensaciones sentimentales las provocan las palabras, los aromas, las fotografías y otras claves sensoriales que reviven sentimientos latentes. Son experiencias significativas, hasta cierto punto afines con los estados de ánimo. El proceso cognoscitivo incluye percepción, memoria, razonamiento, imaginación creativa, fantasía y cosas afines. (Young, 1979)

2.2.5.5. Emoción

Un *motivo* es una necesidad o deseo específico que activa al organismo y dirige a la conducta hacia una meta. Todos los motivos son desencadenados por algún tipo de estímulo: una condición corporal, una señal en el ambiente o un sentimiento, cuando un estímulo induce una conducta dirigida a una meta, decimos que ha motivado a la persona. (Morris & Maisto, 2005)

Una Emoción se refiere a la experiencia de sentimientos como el temor, la alegría, la sorpresa y el enojo. Activan e influyen en la conducta, pero es más difícil predecir el tipo de conducta a la que dará lugar una emoción particular.

El hipotálamo y el sistema límbico son componentes de la red neural que controla las emociones y motivaciones. Las emociones pueden ser ocasionadas por distintos estímulos que impacten los diferentes sentidos, el gustativo, el olfativo, el somestésico, el visual o el auditivo. Hay estímulos que por sus características generan una emoción con mayor facilidad que otros. Además el aprendizaje y las características individuales definirán en gran medida qué tipo de emoción y en qué intensidad será experimentada ante un estímulo determinado.

Las emociones también están vinculadas a variaciones en la función inmunológica y, por ende, a la enfermedad. (Morris & Maisto, 2005)

Una definición tentativa de emoción sería: “La emoción es una reacción subjetiva a un suceso sobresaliente, caracterizado por cambios de orden fisiológico, experiencial y patentemente conductual”. (Hernández G. M., 2002) Esto definiría emoción a través de los elementos que la componen: funcional, subjetivo – cognitivo, perceptual, conductual y fisiológico.

Así pues la emoción es un proceso continuo de cada instante de la vida, dentro de una cierta medida de carácter agradable o desagradable, formando un concepto propio de lo agradable y desagradable para cada persona; la continuidad de la experiencia emocional la suprimen en gran parte la conciencia y el autocontrol, como resultado de un aprendizaje a lo largo de la vida.

El Ser Humano tiende a expresar sus emociones, con cambios faciales, gestuales y tonales, con un componente verbal añadido y en una forma e intensidad de expresión individual, lo cual tiene un efecto sobre los que lo rodean. Cada persona presenta un estilo particular de expresar sus emociones, dentro de un contexto determinado.

Desarrollo Emocional en la Infancia (Tizón, 2004)

Edad	Capacidad y Expresión Emocional
Nacimiento	Interés, placer, sorpresa, disgusto, asco, malestar, sufrimiento
6 – 8 semanas	Alegría
3 – 4 meses	Ira
8 – 9 meses	Tristeza, temor
12 – 18 meses	Ternura, vergüenza
24 meses	Orgullo
3 – 4 años	Culpa, envidia
5 – 6 años	Inseguridad, humildad, confianza

Contención Emocional

1. Empatía: podemos conectar las emociones de la otra persona (introyectarlas) y sentir estas emociones dentro de nosotros (sentir algo similar, gracias a la acción de la identificación por proyección).
2. Identificación pasajera con el otro.
3. Sin llegar a la actuación, a pasar inmediatamente a intentar “poner remedio” a esas emociones.
4. Porque podemos sentir su impacto gracias a la solidaridad/amor que sentimos por el otro, gracias a nuestras características de personalidad basadas sobre todo, en la contención que nos soportó en la infancia.

5. Lo cual nos permite pensar y utilizar esas emociones para pensar. Eso es lo que nos ayuda a no actuar si no es indispensable.
6. Si se llega a la conclusión cognitiva o intuitiva de que hay que actuar (incluido decir, hablar, recomendar) se hará con elaboración o integración mayor que en los primeros momentos del impacto emocional.

La primera forma de mejorar la atención (prevenir y asistir) a los procesos de duelo consiste en poder difundir su realidad, su omnipresencia, sus características, la necesidad de la solidaridad como elemento fundamental de ayuda. Poder difundir el interés social, sanitario y económico de esas funciones de la solidaridad, más que de la confianza acrítica en la tecnología, la profesionalización y la mercantilización.

2.2.6. Solución Creativa de Problemas en el Proceso de Cuidado

Durante los momentos de cuidado, en una situación de cuidado la enfermera enfrenta situaciones que requieren una solución que además de inmediata es única para esa situación y momento, para llevar a cabo esa actividad el profesional de enfermería requiere una metodología como la que aporta el método científico, los conocimientos propios de la disciplina, además de la creatividad al tratarse de situaciones y momentos de cuidado que son exclusivos para esa persona está bajo su cuidado.

2.2.6.1. Método científico

Para Tamayo la Ciencia se presenta como una actividad metódica por medio de la cual se llega al conocimiento objetivo de la realidad; es el conjunto de conocimientos racionales, ciertos y probables, obtenidos metódicamente, sistematizados y verificables, que hacen referencia a objetos de una misma naturaleza. (Tamayo, 2004)

El método científico es un conjunto de procedimientos por los cuales se plantean los problemas científicos y se ponen a prueba las hipótesis y los instrumentos de trabajo investigativo. Lo más importante del método científico es determinar cuál ha sido el procedimiento para demostrar que un enunciado es así, ya que cada ciencia plantea y requiere de un método especial, según sea la naturaleza de los hechos que estudia, pero los pasos que se han de dar o seguir están regulados por el método científico.

Etapas del Método Científico

Tamayo propone 5 etapas para resolver un problema:

1. Percepción de la dificultad.
2. Identificación y definición de la dificultad.
3. Soluciones propuestas para el problema: hipótesis.
4. Deducción de las consecuencias de las soluciones propuestas.
5. Verificación de la hipótesis mediante la acción.

Relación con Enfermería

La aplicación del método científico en la Profesión de Enfermería es el Proceso Enfermero.

“El Proceso de Atención de Enfermería consiste en pensar como Enfermera”.
(Atkinson & Murray, 1996)

El Proceso de Enfermería es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona (o grupo de personas) responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud; con el fin de asegurar que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de Enfermería posible.
(Alfaro, 1988)

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera, que permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados. Es Humanista por considerar al hombre como un ser holístico que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos y capacidades, el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre. Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de Enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de

Enfermería. Y es interactivo por requerir de la interrelación humano – humano con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes.

Consta de 5 etapas relacionadas de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente, y a su vez cada una de estas etapas es equiparable a las etapas del método científico:

1. *Valoración*. Permite reunir la información necesaria referente al paciente, Familia y/o comunidad, con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas, así como los recursos y capacidades con los que se cuentan.
2. *Diagnóstico*. Consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del paciente, Familia y/o Comunidad.
3. *Planeación*. Desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.
4. *Implementación*. Consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos.
5. *Evaluación*. Permite determinar el progreso del paciente, Familia y/o comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias.

2.2.6.2. Creatividad

Para Zinker (2000) la creatividad es experimentar algo con novedad y frescura. Cada creación es el resultado expreso, conductual de multitud de imágenes, fantasías, reflexiones y pensamientos; es un proceso de desear una experiencia y una expresión más completa y aguda.

Para la terapia Gestáltica cada sesión terapéutica tiene un curso y una estructura intrínsecos; se inicia con mutuas tomas de conciencia que se estrechan y se resuelven en un tema significativo, el tema entonces es elaborado y se transforma en un nuevo concepto o en una nueva conducta.

La terapia es el proceso de cambiar la toma de conciencia y la conducta; la finalidad del proceso creativo es el cambio; es así como la creatividad y la psicoterapia se interconectan en la transformación, la metamorfosis, el cambio. Y contempla al terapeuta como un artista que utiliza su capacidad de invención para ayudar a la gente a modelar su vida, de manera análoga la enfermera ayuda al paciente a lograr una toma de conciencia que le permita cambiar sus hábitos nocivos por otros que sean salutogénicos.

El proceso creativo es terapéutico en sí, al permitir la expresión y examinar el contenido y las dimensiones de nuestra realidad interior. Se vive una vida plena en tanto se dispone de una serie de instrumentos que simbolicen, concreten y expresen nuestras experiencias. La profundidad, duración y alcance con que se cultiva cada medio de expresión, son otros factores significativos que definen la plenitud de la vida. (Zinker, 2000)

Así la enfermera en el momento y la situación de Cuidado debe establecer un mapa cognitivo que incluya la experiencia del cliente de sí mismo, y fijar los pasos que lleven a la solución del problema; se deben conocer las características del terreno para que la persona llegue a donde desea llegar, cuando esté preparada para hacerlo.

En la situación de Cuidado como en la psicoterapia Gestáltica, el proceso creativo depende de dos elementos:

- a) La relación de la enfermera con la integridad presente de la persona, es decir lo que ha desarrollado a lo largo de muchos años, maneras de actuar en el mundo que tienen unidad estructural y funcional para ella.
- b) El moldeo revolucionario: identificar los aspectos más radicales de la personalidad de la persona, aquella parte que espera permiso para ensayar maneras nuevas de experimentarse a sí mismo, como lo sería la modificación de un hábito que está profundamente arraigado.

Para que una persona trabaje, necesita energía, esa energía está encerrada en la rigidez muscular o sistémica (en sus resistencias), la persona es quien cree ser y su experiencia es la de cuidarse a sí mismo. Con la terapia se busca movilizar y modificar la energía para usarla en una conducta nueva, más adaptable y fluida.

El Salto Creativo constituye la culminación de las propias corazonadas clínicas y de una inventiva atrevida. (Zinker, 2000)

Todo movimiento, todo cambio, engendra resistencia; tratándose de un cambio interior, la resistencia puede sentirse como una renuencia a modificar mi propio modo de hacer las cosas y comportarme, ya que el yo mío permanece constante y me resulta cómodo.

2.2.6.3. Cuidado Individualizado

Vicente y Choza (2002) describen la individualidad supone una menor subordinación del individuo a la especie, el ser humano tiene un destino propio y es absolutamente irremplazable. No en el sentido de la materia como algo individual, sino el hombre individuado, ser individual significa para el hombre ser persona, es decir, disponer radical y libremente de sí.

La variedad de los cuidados es inmensa y requiere de todas las capacidades de la enfermera, ya que está obligada a buscar lo que tendría sentido respecto a lo que se conoce de la situación y a su evolución, y es por esto que el cuidado es individualizado, ya que ninguna persona pasa por la misma situación que otra, ni siquiera teniendo el mismo problema; el afrontamiento, entorno, capacidades, sentimientos y pensamientos son diferentes. Y a veces es necesaria la ayuda de un objeto o de otra persona que actúe en conjunto con la enfermera.

2.2.7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje transpersonal.

El método dialógico tiene una capacidad de autocorrección y perfectibilidad. A lo largo del proceso, en el dar y recibir continuo y recíproco de ambas personas, siempre hay una posibilidad de retroalimentación a nivel psíquico. Esta realidad, hace que el diálogo corrija sus fallas sobre la marcha, incremente sus logros y sea un proceso perfectible.

Una relación dialógica reubica a cada uno de los elementos importantes, pone de relieve las razones escondidas que dan sentido a lo que parece irracional, conduce al descubrimiento de la estructura psíquica de la persona estudiada y permite programar procesos de recuperación y de autorrealización.

2.2.7.1. Relación de Cuidado

La Relación de Cuidado transpersonal para Watson connota una “conexión” especial con la otra persona y con su existencia. En este sentido ve el cuidado como un ideal moral, donde la mayor preocupación de la Enfermería es la preservación de su humanidad y su dignidad.

Esta relación se inicia en el momento en que la enfermera entra al campo fenomenológico de la persona, entonces es capaz de percibir la condición de su Ser, y responde a su condición en un sentido subjetivo que le permite expresar sus pensamientos y sentimientos. Con lo que se da un flujo intersubjetivo de energía entre la enfermera y el paciente, lo que contribuye a que los pensamientos y sentimientos no armónicos, se conviertan en otros con más armonía para cada persona.

Cuando la enfermera entra al “espacio” de la otra persona con una intencionalidad, se detiene para observar Quién es ese ‘Ser’; detrás de la persona, detrás de la enfermedad, del diagnóstico o incluso del comportamiento ya sea aprobado o desaprobado. Y es entonces cuando la enfermera con su presencia, conciencia e intencionalidad crea un espacio abierto donde pueden pasar cosas

nuevas y mayores de las que pueden asumirse. Para Watson en este estado de Compasión y con esta conexión, la enfermera está ayudando al Paciente a encontrarse en la mejor condición para poder encontrar sus propios recursos internos para sanarse; dando lugar a sucesos más allá de lo que podría esperarse o considerarse como normal.

Una relación de Cuidado depende de varios factores: (Watson, 2012)

1. El compromiso moral de proteger y mejorar la dignidad humana, en la que una persona tiene permitido determinar su propio significado.
2. La intención y voluntad de la enfermera para afirmar el significado subjetivo y espiritual de la persona (honrando la relación Yo – Tú, en vez de la relación Yo – Ello).
3. La habilidad de la enfermera de detectar y darse cuenta de los sentimientos y de la condición interna del otro. Para buscar “ver” y conectarse con el otro. Esto a través del “estar presente” y tener la mente abierta con acciones, palabras, actos, conocimientos, lenguaje corporal, sentimientos, pensamientos, sensaciones, intuición, etc.
4. La habilidad de la enfermera de darse cuenta de la condición de la existencia del otro y sentir la conexión Humano – con – Humano. La enfermera debe ser capaz de expresar esta condición a través de varios significados, como el movimiento, gestos, miradas, actos, procedimientos, información, contacto, sonido, palabras, colores y formas, entre otros. La subjetividad del paciente es asumida como un todo y es válida de esta manera para la enfermera. Mutuamente es una base moral para la Ésta ya que si los factores anteriores están presentes, el Sujeto de Cuidado puede ser capaz de liberar algunos elementos no armónicos de su interior y comportarse de una manera más auténtica y libre, y expresar sus verdaderos sentimientos y necesidades, y con esto acceder a su propio proceso de sanación.
5. Cada enfermera tiene su propia oportunidad de desarrollar su conciencia, su madurez, es parte del crecimiento personal, cada Persona desarrolla su Conciencia Espiritual y la practica a su manera, el cultivo de la sensibilidad para sí mismo y para los demás, así como el cuidado compasivo, el cultivo del amor y la ecuanimidad, se da de manera personal.

Watson introduce que para brindar el Cuidado Transpersonal la enfermera debe verse como un Ser Entero, lo que como se ha mencionado antes, podría entrar en conflicto con formas más tradicionales de ver la Profesión enfermera donde se considera más conveniente no involucrarse con el Paciente, y se mantiene esta distinción entre el Profesional y el Paciente.

Establece que a pesar de que es posible que tanto la enfermera como el Paciente se involucren de igual manera en la Relación de Cuidado, siempre existirán diferencias entre ellos. El concepto de cómo se involucre el Profesional se refiere a la participación de su Ser Entero, y usar cada dimensión de la persona y sus características como un recurso en esta relación.

La participación del paciente debe ser en el sentido de estar presente y transpolar el efecto de su situación a su vida. Mientras que la enfermera debe experimentar y sentir sus sentimientos no en un modo de obtener ayuda del paciente, sino como parte de ser y hacer una conexión en la relación, en el momento; aunque esta relación no sea para obtener un beneficio para ella, puede ser beneficiada al permitir ser influenciada por el otro y obtener un nuevo significado para ella misma o incluso para sanar su propia condición.

Las perspectivas en esta relación serán diferentes, ya que la enfermera se involucra externamente, mientras el Paciente siente desde “adentro”. Y de esta forma la enfermera ayuda a integrar la experiencia subjetiva y las emociones, con la visión externa y objetiva de la situación.

En muchos momentos de la vida la gente se enfrenta a la concepción existencial y espiritual, sobre el propio significado de su vida. Dicha preocupación se incrementa cuando ésta se ve amenazada. Esto puede ocurrir en el aspecto psicológico, mental, espiritual o del ser; y al verse uno de estos aspectos amenazado, afecta a los otros. Al cuestionar el significado de la vida de la Persona o su forma de vivirla, se encuentra un significado de la experiencia que está pasando. Dado que el paciente tiene opiniones y significados ligados a su estado de salud o enfermedad, la enfermera puede facilitar la exploración de estos y en base a ello responder a la situación; es cuando la enfermera tiene la oportunidad de estar realmente presente, escuchar verdaderamente a la Persona y darle contención emocional, a su vez ayudar a encontrar su propio significado y su habilidad de autosanación.

Para Watson en una relación de cuidado transpersonal ocurre una unión espiritual entre dos personas, donde ambas son capaces de trascender su ser, el tiempo, el espacio y la historia de vida de cada uno. Cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico de la otra persona, se crea un nuevo campo que es

mayor que las dos personas, se conjuntan y esta experiencia crea su propia energía fenomenológica y se vuelve parte de un patrón de vida mayor, y más profundo.

El arte del Cuidado Transpersonal no es sólo dar rienda suelta a los sentimientos cada vez que se experimentan. El arte del Cuidado cuando la enfermera experimenta o se da cuenta de los sentimientos del otro, y es capaz de detectar estos sentimientos y expresarlos de una forma en que la persona sea capaz de experimentarlos más plenamente y soltarlos como ha esperado poder hacerlo. Este arte es provocado por la interacción entre la enfermera y el paciente en un proceso de relación Humano – a – Humano, y evoca en la enfermera un sentimiento; una vez que lo experimenta, por medio de movimientos, contacto, sonidos, palabras, colores y formas, la enfermera transmite este sentimiento para que la otra persona experimente el mismo sentimiento, así es como se da para Watson el arte del Cuidado Transpersonal Humano.

Esta teórica señala que esta actividad consiste en que la enfermera conscientemente, por medio de signos, expresiones no verbales, conciencia, intencionalidad, presencia auténtica y compasiva, transmita sentimientos que ella ha experimentado y de los cuales ha aprendido al otro.

La enfermera es capaz de crear una unión profunda de Humano – a – Humano y una conexión Espíritu – con – Espíritu en un nivel que trascienda lo físico y preserve la subjetividad y psicología de la persona sin reducirlos a un nivel de objeto.

Esto debe ser de una forma sincera y auténtica, pues si la otra persona percibe que realmente no se están experimentando estos sentimientos y sólo se está sobrellevando la situación, se rompe la confianza y se obtiene una respuesta falsa y superficial, que contribuye a su estado de desarmonía.

2.2.7.2. Momento de Cuidado

El cuidado transpersonal humano y las relaciones de cuidado humano son aquellos actos y respuestas científicas, profesionales, éticas, estéticas, creativas y personalizadas entre dos personas (la enfermera y el paciente) que permiten el contacto entre el mundo subjetivo de la experiencia de la persona (a través de rutas psicológicas, mentales o espirituales o una combinación de estas). El momento de Cuidado transpersonal y sus conexiones incluyen la conciencia, intencionalidad y la presencia auténtica de la enfermera, con el uso completo de movimientos, sentidos, tacto, sonidos, palabras, colores y formas en que pueda transmitir o reflejar la condición del paciente.

Él o Ella hace esto de una forma que permite liberar y fluir sus sentimientos intersubjetivos y sus pensamientos; este momento es trascendental, esta conexión puede ayudar a restaurar la armonía interna lo cual es el objetivo del Cuidado, a la vez que contribuye a restaurar el significado de la experiencia del Paciente y de la enfermera. En este proceso la enfermera se preocupa por la dignidad de la persona como un fin importante. Definiendo dignidad como que un Ser tiene dignidad cuando se da a sí mismo su significado y crea integridad para sí mismo.

El contacto con el mundo subjetivo tiene el potencial de ir más allá del contacto físico o mental – emocional, y alcanzar un sentido espiritual mayor de sí mismo o del alma. En este sentido el cuidado transpersonal ocurre en un nivel Yo – Tú, y puede desatar poder interior y fuerza que ayude a la persona a ganar un sentido de armonía interior, este contacto genera un potencial de autosanación.

Los dos individuos involucrados en el momento del cuidado, se encuentran en un proceso de ser y llegar a ser, cada uno tiene consigo una historia de vida y un campo fenomenológico, y ambos se ven influenciados y afectados por la naturaleza de la relación y de la conexión, que en su lugar se vuelve parte de su historia de vida de cada persona. En este sentido el momento de Cuidado es algo más que una técnica interpersonal y conlleva un compromiso con un fin particular. El fin de proteger, fortalecer y preservar la humanidad y dignidad de la persona, lo que ayuda a restaurar su armonía interior, su totalidad y su potencial de sanación.

Este momento se da como un punto en el tiempo y el espacio en que la experiencia y la percepción toman lugar, cada persona con su propia historia de vida y su propio campo fenomenológico, tiene una conexión que forma un campo más grande que la propia ocasión, y este proceso se vuelve un aspecto de la propia historia de vida de cada persona, sin embargo se da en el presente.

En el momento de establecer esta conexión, tanto la enfermera, como el paciente, deciden cómo involucrarse en esta relación y qué hacer en ese momento, y esto marca si el momento de Cuidado es transpersonal y permite la expansión de la capacidad humana de cada persona lo que abre la oportunidad de nuevos sucesos.

Esta idea de intersubjetividad y conexión Espíritu - Espíritu entre la enfermera y el paciente se basa en la creencia de que aprendemos unos de otros cómo ser humanos al identificarnos a nosotros mismos en los otros, aprendemos a reconocernos a nosotros mismos en los otros.

En una relación Transpersonal la enfermera entra a la experiencia del otro y el otro entra a la experiencia de la enfermera, ambos se involucran. Los valores y puntos de vista de uno son tan importantes como los del otro, la subjetividad de

cada uno se conecta con la del otro, y el reducir a uno al nivel de objeto, sería reducir al otro también.

Este momento no se localiza en un punto en el tiempo, la experiencia se relaciona en el campo fenomenológico de la subjetividad interna y crea una relación entre el pasado, el presente y emerge como un futuro para cada persona; de esta forma trasciende el tiempo, el espacio y el estado físico; cada momento afecta al siguiente y por consiguiente la vida de cada persona.

2.2.7.3. Yo – Tú

Buber señala las “palabras fundamentales” como pares de vocablos: Yo – Tú, Yo – Ello (Él/Ella). Y para él, estas palabras no significan cosas, sino que indican relaciones, no expresan algo que pudiera existir independientemente de ellas, sino que una vez dichas, dan lugar a la existencia. (Buber, 2002)

Así mismo dice que toda relación es recíproca, y ésta existe aunque al que se le denomine Tú no lo sepa. El pronunciar la palabra primordial Yo – Tú, implica al Ser entero. Y esta relación significa elegir y ser elegido, en un encuentro activo y pasivo. Me realizo al contacto del Tú, al volverme Yo, digo Tú.

Donde hay una cosa hay otra y cada ello confina a los otros. El hombre posee una experiencia del mundo al que pertenece, experimenta al mundo de forma interna o externa. El mundo no tiene parte en la experiencia, sólo se deja experimentar. El Ello se da cuando adjudicamos características, tiempo, piezas, partes, cuando somos conscientes del Ello, como un objeto. La persona puede convertir el Tú en un Ello, pero entonces deja de ser Tú y pierde sus características.

Buber menciona que entre el Yo y el Tú no se interponen fines, ni placer, ni anticipación; y el presente no se da en términos del tiempo transcurrido, sino el instante presente y pleno sólo existe si hay presencia, encuentro y relación. La presencia nace cuando el Tú se torna presente.

Establece que la relación directa implica una acción sobre lo que me confronta. La coexistencia adquiere su sentido en el encuentro. El acto esencial que crea la inmediatez lo frecuentemente interpretado como un sentimiento (Amor). Pero este Amor señala Buber es un hecho que se produce, el hombre habita en su Amor, el Amor es un sentimiento que se adhiere al Yo de manera que el Tú es su contenido y objeto y el Amor está entre el Yo y el Tú. El Amor es la responsabilidad de un Yo por un Tú.

2.2.7.4. Contacto

La función que sintetiza la necesidad de unión de separación es el contacto. A través del contacto, cada persona tiene oportunidad de encontrarse nutricionalmente con el mundo exterior. (Polster & Polster, 1997)

En la frontera de uno mismo se rechazan los peligros, se superan los obstáculos y se selecciona y apropia lo asimilable; esto es siempre nuevo, el organismo subsiste asimilando lo nuevo mediante el cambio y el desarrollo. Vive en su medio manteniendo sus diferencias y asimilando el medio a sus diferencias.

El contacto es la conciencia de las novedades asimilables y el comportamiento correspondiente a éstas o el rechazo de la novedad que no es asimilable. Mientras el cambio se da como producto del contacto.

Para Polster el contacto ocurre en una frontera donde se experimenta el yo en relación con lo que no es el yo. La frontera del ser humano – la frontera del yo – está determinada por las experiencias en la vida y las aptitudes adquiridas para asimilar nuevas experiencias. Y a su vez esta frontera delimita la capacidad de contacto admisible para la persona. Define sus actos, ideas, valores, escenarios, imágenes, recuerdos y todo aquello que una persona quiere y puede elegir en un compromiso total con el mundo exterior. Y comprende los riesgos que está dispuesta a afrontar allí.

De acuerdo a Polster si el Sujeto enfrentara algo que excediera sus límites de su experiencia admisible puede contrarrestar el colapso que lo amenaza interrumpiendo el contacto; ya sea con pérdida de la conciencia en casos de shock intenso, o bloqueos más sutiles como las fallas de la memoria para los acontecimientos ingratos.

La selectividad para el contacto determinada por la frontera del yo define el estilo de vida de un individuo, incluso en la elección de sus amigos, trabajo, residencia, fantasías, amores y experiencias psíquicamente relevantes para su existencia.

Aunque las experiencias de contacto se centralicen en cualquiera de los otros cuatro sentidos, siempre implican de algún modo ser tocado. Y para que los modos de contacto no continuo tengan la misma efectividad que el tacto, el sujeto debe aportarles resonancia. De esta capacidad de resonar ante la experiencia dependerá que un individuo tome contacto con ciertos acontecimientos y otro prive de importancia e intensidad a hechos aparentemente equiparables.

2.2.7.5. Sanación

El significado de la sanación existe para restaurar el nivel de energía a su estado original o encontrando la causa de la interrupción de su flujo.

La sanación expresa la personalidad de la persona y su nivel de desarrollo espiritual.

1. La fuerza de la energía vibracional y su pureza corresponden al nivel de desarrollo espiritual de la persona que canaliza (sanador) y en ello estriba el éxito y la rapidez de la sanación.
2. Hay que convertirse en un ser puro como canal de luz y transmisor de la energía universal, a través de la práctica del reiki con la guía de un maestro experimentado. (Moraga, s.f.)

2.2.8. Provisión del entorno correctivo, de apoyo y protección, mental, físico, sociocultural y espiritual.

Debido a la capacidad de conciencia y simbolización, si el ambiente social en que se desenvuelve una persona es agradable, no amenazante, pacífico y acogedor, se desarrollará en la misma un movimiento que deja de usar todo tipo de defensas perceptivas, no distorsionará la realidad y tendrá una gran apertura hacia sus auténticas vivencias.

Un clima vivencial plenamente auténtico y genuino, una comprensión empática profunda, una aceptación y un aprecio incondicionales, crean una atmósfera cálida y acogedora que desvanecen poco a poco las actitudes defensivas – porque ya no tienen razón de ser – y permiten un acceso a las vivencias más profundas, volviendo así consciente lo que antes no lo era, con lo cual se facilita el relato de un informe más fidedigno, “objetivo” y realista. (Martínez, 2007)

2.2.8.1. Ambiente de Cuidado

Es el ambiente que un individuo requiere desde su ingreso a un medio hospitalario, ya sea para diagnóstico o tratamiento, debe como parte de un sistema, estar formado por una serie de elementos que en forma coordinada tiendan a lograr un máximo de eficiencia y eficacia en su atención, a través de recursos tanto humanos como físicos. (Rosales & Reyes, 2004)

Se denomina así al conjunto de condiciones que favorecen la recuperación del paciente en su aspecto físico, psicológico y social, sin generarle nuevas lesiones o problemas de salud. Es el conjunto de elementos físicos y humanos que

comprenden la interacción del personal de la institución de salud con el paciente y familiares para estimular al primero hacia su salud o rehabilitación.

Sus objetivos son prevenir infecciones intrahospitalarias, satisfacer las necesidades y problemas de salud, desarrollar relaciones interpersonales y de comunicación, ayudar al paciente a integrarse al medio hospitalario y reintegrar al paciente a su hogar, en condiciones óptimas de vida, estudio y trabajo. (Rosales & Reyes, 2004)

El ambiente físico o estático incluye desde la planeación arquitectónica de la institución, departamentos o servicios clínicos acordes con las necesidades de salud más que al aspecto estético, que proporcionen comodidad, seguridad y atención al paciente, familiares y equipo de salud.

La construcción debe ser de materiales no flamables, que eviten radiaciones, ruidos y malos olores, de fácil limpieza para evitar fauna nociva; de colores tenues que ofrezcan tranquilidad; instalaciones varias (eléctricas, hidráulicas, para gases, que controlen el aire, etc.): mobiliario y equipo funcional y de fabricación sencilla, de fácil manejo y limpieza, requerido según el nivel de atención que preste; ventilación e iluminación natural y artificial; agua; temperatura ambiente acorde a la unidad y paciente tratado en ese servicio; humedad entre 30 y 40%; sistemas de comunicación; mecanismos para eliminar o disminuir la contaminación por residuos infecciosos, no infecciosos o tóxicos según su origen, capacidad de degradación, propiedades físicas, químicas o biológicas, tratamiento, su disposición final y efectos sobre la salud y el ambiente.

Como ambiente humano o dinámico se consideran los integrantes del equipo de atención de salud, que independientemente de la disciplina o actividad que ejerzan deben poseer actitudes de interés, respeto y responsabilidad, así como realizar actividades específicas para lograr una situación armónica que permita una interrelación e interacción y repercutan en el estado de salud o enfermedad del paciente y familiares.

Tomando en cuenta lo anterior y la departamentalización hospitalaria, Rosales y Reyes (2004) establecen que el personal que integra este ambiente abarca El personal administrativo médico, paramédico, servicios generales y otros.

Los indicadores de la adecuación del ambiente hospitalario incluyen: limpieza, seguridad, confort, es libre de riesgos físicos (accidentes, injuria física, infección, dolor o daño corporal, distorsión o desfiguración corporal, reacción antígeno anticuerpo desfavorables) y emocionales (libertad de sentimientos de desánimo, miedo, ansiedad, pérdida de dignidad, ridículo, crítica, frustración, soledad,

inseguridad, culpa, pérdida de dominio, pérdida de la individualidad, fatiga emocional, conflictos y fracasos).

2.2.8.2. Energía

Todas las criaturas vivientes tienen una energía latente. Nosotros la llamamos, energía bioeléctrica. Esta energía sea mucha o poca, tiene la capacidad de resplandecer fuerte o débilmente, dependiendo de la capacidad del sistema nervioso del individuo, el cual se considera como una máquina que emite energía en forma de ondas.

Desde el punto de vista de la energía universal y humana y dentro de su alcance, el cuerpo humano se forma de moléculas con carga negativa (yin) y con carga positiva (yang). Cuando estas moléculas se combinan o se unen, producen más moléculas diferentes, y éste número se multiplica indefinidamente.

La energía humana es la influencia real o imaginaria que se da cuando una persona produce un efecto sobre otra o sobre su entorno, por medio de la transferencia de energía. (Ramón Pinto, s.f.)

La capacidad de irradiar fuerza magnética, ya sea fuerte o débil, depende del grado de perfección del sistema nervioso del cuerpo. Es decir, la acumulación de fuerza vital o energía vital, depende parcialmente del estado físico y psicológico de una persona. Cuando los pensamientos se concentran, el sistema nervioso entero se moviliza hacia un único propósito, entonces la intensidad de corriente eléctrica, llamada energía humana, estimulará y transformará su entorno.

La supervivencia del cuerpo es de primordial importancia, cuando una criatura viva está en peligro, su interés principal es salvar la vida. La energía de ese cuerpo se genera para satisfacer las necesidades identificadas por su sistema nervioso.

El ser humano vive gracias a lo que come y bebe. El alimento se transforma en energía que nutre su cuerpo. No sólo en el sentido biológico, el ser humano percibe de su ambiente exterior, y lo vuelve propio, se alimenta constantemente de las energías de su entorno, transformándola en su energía.

2.2.8.3. Conciencia

Vicente y Chozza (2002) definen la conciencia como lo que de más humano hay en el hombre, lo “específicamente humano” o bien como lo más profundo e íntimo que el hombre posee y es.

Relatan que a lo largo del tiempo se ha dado una “evolución” en la toma de conciencia, el hombre ahora no sólo tiene conciencia de sí como miembro de la especie humana, de su posición única en el cosmos; toma conciencia de su propia conciencia y del carácter extramundano de ésta; el hombre no es una cosa o un algo, sino un sujeto o un alguien. Tiene subjetividad, una conciencia, que lo distingue y contrapone al universo. “El hombre no sólo sabe, sino que sabe que sabe”.

“Sólo en cuanto yo sé que sé puedo comparar lo sabido con lo real. Para que pueda decirse que yo sé algo, es preciso que yo sepa que lo sé, y que sepa que mi saber es verdadero. Saber que se sabe permite comparar lo sabido con lo real y comprobar que el conocimiento es verdadero.” (Vicente & Choza, 2002)

Wilber (1993) propone un modelo del desarrollo de la conciencia. Menciona dos grandes tipos de estructuras u organizaciones en el desarrollo psicológico, las básicas y las estructuras de transición (que se ramifican en diversas líneas evolutivas. Las estructuras básicas una vez que emergen perduran como unidades o subunidades relativamente autónomas a lo largo del desarrollo subsiguiente; mientras que las estructuras de transición son estructuras específicas de fase, provisionales, que tienden a ser empleadas totalmente por las siguientes fases del desarrollo.

Para Wilber las estructuras básicas, o niveles de conciencia, poseen un rasgo distintivo ya que una vez que emergen siguen perdurando durante el resto del desarrollo evolutivo del individuo. Y constituyen lo que llama La Gran Cadena del Ser (Wilber, Psicología Integral, 1993), que propone en 10 jerarquías:

1. Sensorio físico: el dominio de la materia, la sensación y la percepción.
2. Fantásmico emocional: el nivel emocional – sexual, la forma más sencilla de representación mental que opera exclusivamente sobre la base de imágenes.
3. Mente representativa: mente representativa, el estadio del pensamiento Preoperacional, se desarrolla en dos estadios; el de los símbolos de los 2 a los 4 años y el de los conceptos de los 4 a los 7. Un símbolo va mucho más allá de una simple imagen, ya que mientras las imágenes representan pictóricamente a los objetos, los símbolos por su parte, no los representan de manera figurativa sino verbal, constituyendo una operación cognitiva superior, más compleja y más sofisticada que la simple representación sobre la base de imágenes. Un concepto es un símbolo que no sólo representa un objeto o un acto, sino una clase de objetos o de actos e incluso tareas

cognitivas más complejas y difíciles. Los símbolos denotan mientras que los conceptos connotan.

4. **Mente regla-rol:** corresponde al pensamiento operacional concreto. Puede comenzar a asumir el rol de los demás, se trata de la primer estructura que realmente puede llevar a cabo operaciones regladas tales como la multiplicación, división, clasificación, jerarquización.
5. **Mente reflexivo formal;** corresponde fundamentalmente al pensamiento operacional formal; se trata de la primer estructura que no sólo puede pensar sobre el mundo sino que puede pensar sobre el pensamiento. Es, por consiguiente, la primera estructura claramente autorreflexiva e introspectiva. También puede llevar a cabo el pensamiento hipotético-deductivo o proposicional, lo cual le permite asumir puntos de vista más plurales y universales.
6. **Visión-lógico:** este nivel ha sido denominado como dialéctico, integrado o sintético creativo, si bien la mente formal establece relaciones, el nivel visión-lógico establece redes de relaciones. De este modo aprehende una red masiva de ideas, y sus relaciones e interrelaciones mutuas. Esta estructura constituye, el inicio de una capacidad verdaderamente superior de sintetizar, establecer conexiones, relaciones verdaderas, coordinar ideas e integrar conceptos.
7. **Psíquico:** en este nivel las capacidades perceptuales y cognitivas del individuo son tan amplias y universales que van mucho más allá de las estrechas perspectivas y preocupaciones personales del individuo. Según la mayor parte de las tradiciones contemplativas, en este nivel el individuo aprende a operar sobre las capacidades perceptuales y cognitivas de la mente y, en esa misma medida, comienza a trascenderlas.
8. **Sutil:** es el asiento de los arquetipos reales, de las formas platónicas, de los sonidos sutiles, de las iluminaciones audibles y de los éxtasis trascendentes. Considera este nivel como el hogar de la deidad-forma personal, un estado meditativo, una mente intuitiva.
9. **Causal:** es la fuente no manifestada, el sustrato trascendente de todas las estructuras inferiores. Según Aurobindo es la Supermente, donde la predominancia de la sensación de identidad central se subordina, se pierde, por así decirlo, en la vastedad del ser, hasta que finalmente queda abolida y es reemplazada por una percepción cósmica expandida y por la sensación

superior e ilimitada del Self universal. Una conciencia de unidad sin fronteras que todo lo impregna, un ser que es esencialmente uno con el Self Supremo.

10. Último: después de atravesar el estado de cesación o de absorción causal en lo no manifestado, la conciencia despierta finalmente a su morada previa y eterna como Espíritu Absoluto radiante y omnipenetrante, uno y muchos, único y todo, integración e identidad completa entre la forma manifiesta y lo sin forma no manifestado.

De estos niveles, los primeros 5 se alcanzan de manera normal, para alcanzar los otros 5 es necesaria la voluntad de la persona para tener este desarrollo de la conciencia.

2.2.8.4. Holismo

El hombre se considera como un Ser Humano íntegro constituido por las dimensiones: biológica, psicológica, espiritual, sociocultural, sociológica y cultural; que se encuentran en constante interacción.

La teoría holística describe al hombre como un todo unificado, más allá de la suma de sus partes, el desequilibrio en una de estas partes ocasiona un desequilibrio en todo el sistema hombre. Entendiendo así el concepto de hombre como un ser biopsicosocial.

Maslow afirma en su primera proposición que el individuo es un todo integrado y organizado; Él lo toma en cuenta como una realidad experimental y teórica para hacer posible su teoría y experimentación consistentes de la motivación, donde establece que “todo el individuo está motivado y no sólo una parte de él”. A lo que nosotros podemos cambiar como que “todo el individuo está enfermo y no sólo una parte de él”.

“El Enfermo es un ser social con creencias, costumbres e ideas propias acerca de la salud y la enfermedad (conceptos que se aplican a quien otorga cuidados). Tanto la enfermera como el paciente son afectados por el entorno que los rodea; por ello, el cuidado enfermero es un proceso que incorpora los elementos del alma o del espíritu que se manifiestan a través del cuerpo y mente”. (Navora, 2000)

El Cuidado de Enfermería con calidad incluye: una dimensión ética que se refiere a los aspectos de la relación interpersonal, es decir, el establecimiento de la empatía y el respeto a la dignidad humana en contextos culturales diferentes; una dimensión científica y tecnológica que comprende la prestación del cuidado pertinente según los avances científicos, técnicos y disciplinares; y una dimensión

perceptiva que incluye la capacidad de comprender las necesidades del paciente y las formas de satisfacerlas. (Gaviria, 2009)

2.2.8.5. Dignidad

“Actúa de tal suerte que trates a la humanidad tan bien en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre al mismo tiempo como un fin y nunca simplemente como un medio”. (Canto-Sperber, 2001)

Todo hombre, todo ser racional, como fin en sí mismo, posee un valor no relativo, superior a todo precio y, que por tanto, no permite equivalencia alguna; ya que lo que tiene un precio puede ser sustituido por cualquier cosa equivalente. Sustancialmente la Dignidad de un ser racional consiste en el hecho de que él “no obedece a ninguna ley que no sea instituida también por el mismo” existe una moralidad como condición de esta autonomía legislativa, por lo tanto, es la condición de la Dignidad del hombre y moralidad y humanidad son las únicas cosas que no tienen precio. (Abbagnano, 1980)

La Dignidad supone la presencia de una conciencia o de una voluntad legisladora, exige que uno se considere a sí mismo como sometido a exigencias morales que sean razonables para todos e interiormente apremiantes, sirvan o no al interés personal. (Canto-Sperber, 2001)

“El dominio de los instintos mediante la fuerza moral es la libertad del espíritu, y la expresión de la libertad del espíritu en el fenómeno se llama Dignidad”. (Abbagnano, 1980)

2.2.9. Asistencia en la gratificación de las necesidades Humanas.

2.2.9.1. Necesidades Humanas (Pirámide de Necesidades de Abraham Maslow)

Abraham Maslow basa su teoría en que hay necesidades más “fuertes” que otras, y que conforme se satisfacen las necesidades más básicas, los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados (Maslow, 1943); de esta forma creó una jerarquía en forma de pirámide con 5 bloques:

- a) Necesidades Fisiológicas: respirar, beber agua, alimentarse; mantener el equilibrio del pH y la temperatura corporal; dormir, descansar y eliminar desechos; y evitar el dolor y tener relaciones sexuales.
- b) Necesidades de Seguridad y Protección: cuando las necesidades fisiológicas están “compensadas” entran en juego estas necesidades.

Seguridad física y de salud; seguridad de empleo, ingresos y recursos; Seguridad moral, familiar y de propiedad privada; sentirse seguro y protegido; e incluso estructura, límites y orden.

- c) Necesidades de Afiliación y Afecto: cuando las necesidades fisiológicas y de seguridad se completan, entran en escena las terceras necesidades: de amistad, de pareja, de niños, relaciones afectivas en general, incluyendo la sensación general de comunidad, aceptación, participación y asociación. Por el lado negativo nos volvemos exageradamente susceptibles a la soledad y a las ansiedades sociales.
- d) Necesidades de Estima: dividida en dos versiones: la baja es la del respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, gloria, reconocimiento, atención, reputación, apreciación, dignidad e incluso dominio. El alta incluye respeto por uno mismo, sentimientos como la confianza, competencia, logros, maestría, independencia y libertad.

Maslow definía estos cuatro niveles como necesidades de déficit. Si no tenemos demasiado de algo (sólo las necesidades no satisfechas influyen en el comportamiento de la persona, pues la necesidad satisfecha no genera comportamiento).

También se manejan estos niveles en términos de Homeostasis, el cual es aquel principio por el que opera nuestro cuerpo cuando falta una sustancia, desarrolla ansia por ella, cuando logra conseguir suficiente entonces se detiene el ansia.

Se sugiere que preguntando a la persona sobre su “filosofía del futuro” cuál sería su ideal de vida o del mundo, podríamos conseguir información suficiente sobre cuáles de sus necesidades están cubiertas y cuáles no.

- e) Necesidad de Autorrealización o Autoactualización: motivación de crecimiento o necesidades de ser. Estas necesidades una vez logradas, continúan haciéndonos sentir su presencia. Comprenden aquellos continuos deseos de llenar potenciales, a “ser todo lo que pueda ser”. Es una cuestión de ser el más completo, de estar autoactualizado:

“La autorrealización consiste en la necesidad de sacar mejor partido de las propias capacidades físicas, mentales, emocionales y sociales, con el fin de sentir que se está siendo el tipo de persona que se desea ser”. (Fernández, Garrido, Santo Tomás, & Serrano, 2000)

- Centrado en la realidad: diferenciar lo que es falso o ficticio de lo que es real y genuino.

- Centrado en el problema: enfrentar los problemas de la realidad en virtud de sus soluciones, no como problemas personales insolucionables o ante los que se someten.
- Percepción diferente de los significados y los fines: los fines no necesariamente justifican los medios, los medios pueden ser fines en sí mismos y los medios son con frecuencia más importantes que los fines.
- Independientes de la cultura y el entorno: apoyándose más en sus propias experiencias y juicios.
- Valores democráticos: apertura a la variedad étnica e individual.
- Aceptación de sí mismo y de los demás: aceptar a los demás como son, en vez de querer cambiarlas.
- Espontaneidad y simplicidad: preferencia por ser uno mismo antes que pretencioso o artificial.
- Frescura en la apreciación: habilidad para ver cosas, incluso ordinarias, como preciosas.
- Creatividad: inventiva y originalidad. La creatividad es la habilidad para producir ideas u objetos novedosos y socialmente valiosos que abarcan de la filosofía a la pintura, de la música a las trampas para ratones. La condición es que se trate de ideas u objetos novedosos. (Morris & Maisto, 2005)
- Plenitud: vivir con intensidad las experiencias.



(Maslow, 1943)

Las necesidades más elevadas no surgen en la medida en que las más bajas van siendo satisfechas. Las necesidades se entrelazan, no se separan, pero las básicas predominarán sobre las superiores.

2.2.9.2. Intencionalidad

Proviene de los vocablos in = hacia y tendere = estar tendido. Es el movimiento propio de la existencia ya que el emerger es siempre hacia algo. La conciencia humana es siempre conciencia de algo, no hay objeto sin conciencia ni conciencia sin objeto. La intencionalidad revela la naturaleza relacional de la realidad humana, la unidad entre el exterior y el interior.

Como una doctrina escolástica sostiene que todos los hechos de conciencia poseen y manifiestan una dirección u orientación hacia un objeto. Esta orientación, que se afirma de todo pensamiento, volición, deseo o representación consciente en general, consiste, por un lado, en la presencia o existencia del objeto que se conoce, quiere o desea y, por el otro, en la referencia de este hecho mental a un objeto en principio real. (Cortés & Martínez, 1996)

Por tanto tiene un sentido doblemente reversible, en cuanto se aplica al modo de existencia mental que un objeto real tienen la conciencia humana por el hecho de ser conocido, o en cuanto existe intencionalmente en la conciencia y en cuando se aplica a la referencia a lo real que todo hecho de conciencia posee.

Franz Brentano desarrolló la idea de intencionalidad como característica propia de todos los fenómenos mentales y sus estudios influyeron en el desarrollo de la fenomenología.

2.2.10. Permisión de las Fuerzas existenciales – fenomenológicas y espirituales.

En el reino de la relatividad no podemos pensar, hablar o actuar a no ser que coloquemos una cosa yuxtapuesta a la otra. Es la manera de comprender lo que es fenoménico. En el ámbito de la multiplicidad nos vemos encarando a cada paso complejos enigmas, y por lo tanto tenemos que seguir un proceso analítico de selección de las partes componentes en cada caso, identificarlas individualmente y relacionarlas la una con la otra, para poder comprender algo de ello en el plano de los sentidos y del intelecto.

2.2.10.1. Fenomenología

Hegel aplica este término como el camino vivencial que recorre la conciencia hasta llegar al saber absoluto o ciencia, como el “devenir de la ciencia o el saber” o “ciencia de la experiencia de la conciencia”.

“La fenomenología es el estudio de la estructura de la experiencia inmediata subjetiva”. (Huguet, 2005) Sustentando que el principio de la observación fenomenológica se realiza en el campo en el que acontecen los hechos, y acotando que es la persona que brinda el cuidado su mejor herramienta, ya que a través de la toma de conciencia del propio proceso vivencial en el encuentro con el paciente, es que se puede obtener información relevante para la intervención que se está llevando a cabo. Al pasar a ser parte integrante del campo en el que se proyectan y transfieren muchos de los asuntos de los pacientes y al permitirse sentir y entrar en contacto con cada una de las sensaciones experimentadas, se entra de esta forma en contacto con toda una serie de figuras emergentes que van orientando en la búsqueda de la comprensión acerca de los factores o pautas de interrelación subyacentes en el proceso.

La fenomenología mira la conducta humana, lo que la gente dice y hace, como un producto del modo en que define su mundo. (Taylor & Bogdan, 1987) En este sentido la fenomenología ayuda a la enfermera para aprender el proceso de interpretación e intentar ver las cosas desde el punto de vista de las otras personas.

Cada encuentro que se mantiene con los pacientes es único e irrepetible, por lo que no es posible guiarse por reglas de comportamiento predeterminadas, ni por clichés de actuación que se apliquen de forma estandarizada, es necesario conducirse en la labor como prestadores de cuidado a través del propio darse cuenta, ser conscientes del sentir propio para poder encontrar los cauces de intervención y modos de relación que lleven el cuidado a un buen fin.

Se entiende por fenomenología como una teoría filosófica que permite describir el sentido de las cosas viviéndolas como fenómenos de conciencia. Experimentar las cosas como hechos de conciencia teniendo una intencionalidad.

El método fenomenológico se lleva a cabo según una sucesión de pasos:

1. Reducción fenomenológica: poner entre paréntesis la actitud natural, la creencia de la realidad del mundo, el cuestionamiento de si lo percibido es real, los supuestos teóricos que lo justifican; teniendo como resultado el residuo fenomenológico, las vivencias o fenómenos de la conciencia (el contenido de conciencia y el acto con que se expresa este contenido).

2. Reducción eidética: la realidad fenoménica revela una esencia constante e invariable. La razón pone entre paréntesis todo lo que no es fenómeno y del fenómeno todo lo que no constituye su esencia y su sentido.
3. Reducción trascendental: resultado de la acción fenomenológica no es sólo la aparición de lo que se da conocer a la conciencia sino el que todo es conciencia.
4. Mundo e intersubjetividad: el mundo está presente en la conciencia, la fenomenología lleva al descubrimiento y análisis de los objetos del mundo y al descubrimiento y análisis de los demás.

La fenomenología se considera la ciencia de las esencias, y se identifica como el idealismo trascendental. (Cortés & Martínez, 1996)

2.2.10.2. Existencialismo

“La mente y las emociones de una persona son ventanas hacia el alma... El cuerpo de una persona está encerrado en el tiempo y en el espacio, pero su mente y su alma no están encerrados en el universo físico...” (Marriner & Raile, 2007)

“La única realidad que un ser existente puede captar de modo distinto a un conocimiento (abstracto), es la suya propia, a saber, el hecho de que existe, y esta realidad constituye su absoluto interés” Kierkegaard.

El existencialismo es un conjunto de tendencias filosóficas modernas, que entienden por existencia no sólo la mera actualidad de unas cosas o el simple hecho de “existir” sino aquello que constituye la esencia del hombre, el individuo humano en su absoluta singularidad. Se relaciona con este tema debido a que la Gestalt retoma el existencialismo para trabajar en el “Aquí y Ahora”.

Existencialismo y Fenomenología se entrelazan pues a la primera le interesa la segunda, no el ser o las cosas en sí, sino el fenómeno.

Vicente y Choza (2002) mencionan que para Kierkegaard la toma de conciencia por la profundización en la propia existencia se trata de comprenderse a sí mismo y de comprenderse existiendo. Esta necesidad de comprenderse a sí mismo revela el carácter de la subjetividad humana porque *sujeto es el ser que no sólo existe en sí, sino que existe para sí y que está dado a sí mismo.*

Así mismo mencionan que Heidegger señala que el mantenimiento de una relación con el propio ser caracteriza al existente humano, el hombre mantiene una relación consigo mismo, que es una comprensión del ser, se cuestiona a sí mismo y adopta una postura respecto de sí, y es en esto en lo que estriba la existencia.

El enfoque fenomenológico – existencial tiene como tema la subjetividad humana, analiza mediante la reflexión la subjetividad humana. Lo cual es importante para la enfermera, para entender la subjetividad de la persona a quien cuida y establecer esa relación de intersubjetividad.

2.2.10.3. Vida y Muerte

“El cuerpo humano es materia individualizada, como el espíritu que está oculto en él parece ser un espíritu individualizado. Al momento de la muerte, el cuerpo, al estar compuesto de diferentes elementos, se disuelve y regresa al depósito cósmico de sustancias, fusionándose finalmente en la única sustancia primordial y el alma regresa a Dios.” (Singh, 1995)

Un hombre viviendo no es algo independiente ni está separado del Poder Supremo que fluye en él. Es un producto del Poder Supremo, que actúa en el plano material por medio de un cuerpo organizado de ondas que producen un estado de consciencia en él. Mientras el Poder Supremo se encuentra en el hombre y circula por su cuerpo, éste existe; cuando el Poder se retira deja de ser una entidad viviente, y sólo queda materia inerte.

“Somos Espíritus teniendo una experiencia Humana, no Humanos teniendo experiencias Espirituales”.

Singh menciona el ciclo cósmico como prueba de la vida eterna, ya que ésta es un proceso sin fin que continúa sin cesar, asumiendo diferentes formas, una tras otra, en series interminables, cambiantes. A ese proceso transformador es a lo que denominamos “muerte”; que viene a ser muerte de una forma en un lugar y nacimiento en otra forma en otro lugar o en otro plano.

La muerte y la vida son términos correlativos en el plano terrenal únicamente; pero en realidad no hay diferencia entre los dos y uno no puede distinguirse del otro por el contraste de calidades opuestas, ya que la muerte no se puede tragar a la vida, y tampoco puede ponerle fin a la vida. Es un proceso de intercambio. La muerte es solo un cambio de consciencia de un plano de existencia a otro. La vida es por el contrario un proceso continuo que no conoce fin.

2.2.10.4. Duelo

“La vida es mosaico de distintos tiempos. Todo tiempo está medido por algo que se deja o por algo que se descubre. Todo tiempo conduce a la separación de lo que será, para aventurarse hacia lo que se puede llegar a ser. Hay un tiempo para buscar un tiempo para perder. Toda separación es una pérdida, un morir a un modo de ser, de vivir, de estar en relación para abrirse a nuevos modos de ser, a nuevas relaciones, a nuevos desafíos... La biografía de toda persona está llena de

una miríada de pérdidas que recuerdan continuamente lo precario y provisorio de todo vínculo y de toda realidad... El crecimiento de una persona está ligado a su capacidad de manejar de manera constructiva las pérdidas de la vida.” (Ramos, Sánchez-Caro, & Sánchez-Caro, 1982)

El término “duelo” proviene del latín *dolus* (dolor) y es la respuesta emotiva natural a la pérdida de alguien o algo. Se manifiesta en el proceso de reacciones personales que siguen a una separación. El término “luto” del latín *lugere* (llorar) es la aflicción por la muerte de una persona querida: se manifiesta con signos visibles externos, comportamientos sociales y ritos religiosos.

El duelo reúne la respuesta a las separaciones de ambientes, bienes materiales, roles sociales, valores religiosos, lazos afectivos, la salud y la separación de las personas queridas. Y tiene tres características:

1. Es inevitable: las pérdidas, reales o simbólicas, están constantemente presentes y deben afrontarse, aunque sea sólo en la periferia de nuestra existencia; ya que una condición indispensable para el crecimiento es el cambio, y éste no sucede sin separaciones, y toda separación produce reacciones más o menos atenuadas de duelo, concluyendo que el duelo es una dimensión necesaria de la vida.
2. Conlleva sufrimiento: el duelo es un proceso, la reacción ante una pérdida incluye altibajos, regresiones, recaídas, no sólo mejorías. Lo importante es que la persona esté en movimiento y no permanezca inmovilizada por el dolor.
3. Es portador de crecimiento: no se puede crecer sin sufrir.

El duelo sigue un patrón predecible, aun cuando cada Ser Humano es diferente y cada Ser Humano siga éste patrón a su propio modo. El dolor psicológico es tan importante como cualquier herida física observable; el proceso de duelo ayuda a recuperar la estabilidad y “sanar” esa herida.

Todos los cambios significativos en la vida implican un proceso de duelo, ya que se despide a una parte del antiguo ser, a viejas formas, a caminos familiares. Se ha dividido la elaboración de duelo en cinco etapas identificables, las cuales se viven con una intensidad, duración y orden diferente, de persona a persona.

- a) *Negación*: es un estado de entumecimiento e incredulidad; es un estado protector que aísla al afligido de la angustia que se presentará en los siguientes meses para alcanzar la aceptación. Tiene el efecto benéfico de movilizar los recursos internos de la persona para enfrentar la realidad de la nueva situación.

- b) *Enojo*: se puede expresar externamente como rabia, o internalizarse y experimentarse en forma de depresión; en el fondo es temor. Temor a poder satisfacer las propias necesidades, a tomar decisiones, el miedo a no ser capaz de manejar la sobrevivencia financiera, emocional y física. Se puede expresar externamente, proyectarse a otras personas, culpándolas de lo que sucede. La culpa proviene de la idea de algo que hicimos o dijimos y que deseamos no haber hecho, o de algo que pensamos que debimos haber dicho o hecho y no lo hicimos.
- c) *Negociación*: prosigue en nuestras mentes como una ayuda para ganar tiempo antes de aceptar la verdad de la situación.
- d) *Depresión*: se define como el enojo dirigido hacia adentro, incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia; es una perturbación del ánimo. También intervienen sentimientos de soledad, tristeza y decepción. Una persona deprimida suele alejarse de la gente y las actividades, pierde la capacidad para sentir placer o gozo y evita las situaciones agradables que experimentaba en la vida; y es posible que sienta malestar físico en forma de dolores, indisposiciones, fatiga, mala digestión y perturbaciones del sueño.
- e) *Aceptación*: es la etapa final, gradual de reconexión con la vida diaria; se acepta y se experimenta la realidad de la pérdida. No es una etapa precisamente feliz, en un principio está casi desprovista de sentimientos, comienza a sentirse cierta paz, y posteriormente un sentimiento de bienestar al estar solo o acompañado.

De todas las separaciones, la muerte es la más temida sea que se refiera a nosotros mismos o a una persona querida. El don del nacimiento conduce a lo inevitable de la muerte como parte integrante de la vida.

La persona que ignora o niega las emociones fuertes y dolorosas, con el tiempo, se derrumbará emocionalmente y sufrirá ataques de ansiedad, estallidos irracionales de enojo u otros síntomas neuróticos o psicóticos.

2.2.10.5. Concepción Biopsicosocial del Duelo

Cada pueblo, cultura o civilización tiene su propia concepción de la muerte y paralelo a ella, desarrolla un sistema en el que integra todos sus contenidos significativos: costumbres, actos, ritos, valores, creencias. Aproximarse a la muerte implica penetrar en el contexto de cada sistema cultural, en su religión, filosofía, psicología, política, economía, etc.

Los ritos funerarios tienen como fin primordial demostrar al muerto que no será pronto olvidado, pero, al mismo tiempo, suponen en ocasiones una demostración de temor ante el posible regreso del difunto. Estos ritos responden en general, tanto a determinadas creencias como a la necesidad vital de manifestar el afecto que se tiene al difunto, sin olvidar el temor respetuoso ante la realidad inevitable de la muerte.

Esta misma polivalencia tienen las costumbres de duelo que encontramos en otras culturas, prácticamente en todas. El duelo está generalmente regido por un estricto protocolo y es al mismo tiempo un deber religioso y social, su expresión externa certifica ante el difunto la certeza de que no está olvidado, creando a la vez una nueva relación con los antepasados muertos y fortaleciendo en consecuencia la unidad social, que sufrirá un debilitamiento si faltasen los ritos del luto con toda su tremenda carga de significados.

Las manifestaciones públicas ante la muerte han cambiado a lo largo de la historia y culturas humanas y están cambiando cada vez más. Tan solo en el hecho del duelo está pasando a ser algo más privado y familiar; cada vez tiene menor representación en el espacio colectivo. Y al mismo tiempo ha tenido su auge la “Profesionalización” del duelo y de la muerte, ya que alguien tiene que hacerse cargo del dolor y del sufrimiento cuando el individuo y los allegados no lo hacen.

Es la misma “intimidad” con que se lleva el duelo la causa y consecuencia de la profesionalización de la muerte y el duelo, ya que actualmente mucha gente pasa sus últimos o sus únicos días en una institución, sobre todo en un hospital. El productivismo limita drásticamente el tiempo que puede dedicarse a actividades espirituales, religiosas, morales, sociales. (Tizón, 2004) Sin mencionar que la búsqueda sistemática de las causas de la muerte y la tendencia a la intelectualización, la racionalización y el operacionalismo hacen casi imposible la antigua muerte natural.

No sólo hacia la muerte ha cambiado la concepción social; la forma de aceptar y enfrentar las pérdidas afectivas y los duelos, pone en primer lugar la superación sin pedir ayuda, solidaridad o protección, siendo lo más importante volver al servicio del productivismo, y la aflicción y el duelo se consideran asuntos superfluos y vergonzosos, por lo que se ocultan y aíslan. Mientras se tecnifica y maquiniza el cuidado del sufrimiento, el dolor, la aflicción y la muerte.

Como seres humanos todos tenemos el deber de ayudar en los duelos de los demás en la medida de nuestras fuerzas (biopsicosociales). La principal ayuda

para el duelo es la que pueden proporcionar los núcleos vivenciales naturales de la persona en duelo y su red social.

Pero se deben tomar los principios de respetar la intimidad, la autonomía (protegiendo su salud) y la capacidad de elaboración de los individuos y sus núcleos vivenciales habituales.

2.2.10.6. Duelo en los Niños

En el caso de las pérdidas y duelos importantes, es imprescindible que el niño sea acompañado y contenido por seres que le proporcionen mayor contención y defensas externas que precisará para la elaboración. Los duelos afectan más a los niños porque inciden en un ser cuyas defensas, cuyo Yo, no están completamente desarrollados e integrados.

En la evolución normal del duelo existe la posibilidad de que, si se ofrecen oportunidades y una situación adecuada, el niño comienza a buscar nuevas relaciones.

El duelo en los niños puede esquematizarse de la siguiente forma: (Tizón, 2004)

- I. Ante la pérdida de una figura de apego fundamental, de forma sostenida o con amenaza de serlo, la primera reacción conductual del niño normal y normalmente atendido, suele ser un llanto más o menos furioso, acompañado de acciones más o menos agresivas: golpear a la puerta por la que el padre se fue, las paredes, diversos objetos, se golpea a sí mismo mientras protesta.
- II. Ahora bien, como decíamos, si el progenitor no vuelve, poco a poco este llanto violento va dejando paso a un llanto más suave pero más continuo, que comunica más directamente la pena, la tristeza, la nostalgia. Si el niño ya puede hablar, tal vez nos pregunte el porqué de la marcha de su objeto amado, cuándo volverá, si él ha tenido algo que ver con que el progenitor se fuera, etc.
- III. Si el abandono es suficientemente prolongado y no adecuadamente sustituido, se va instaurando una tristeza “espesa”, continua, que a veces se entremezcla con momentos de ira y de desapego total por el mundo. El niño está des-esperando, des-esperanzándose: su esperanza y su confianza básicas se están viendo socavadas por el abandono, excesivo para sus capacidades de autocontención.
- IV. Si los padres no regresan, si el niño se pasa días o semanas abandonado por ellos y sin una sustitución adecuada, el des-apego se

instaura en toda su actitud vital y relacional. El vínculo se ha mostrado tan frustrante que el niño puede romper, incluso activamente, todos los demás vínculos. Pasará horas y horas en un rincón, tal vez agarrado a un objeto inanimado, rechazará activamente los acercamientos de los demás, rechazará incluso a sus padres cuando vuelvan.

El mundo interno del niño, tiende a estar dominado, por un lado, por el egocentrismo y la omnipotencia megalomaniaca, y, por otro, por la magnitud del impacto que las frustraciones producen en su mundo interno, bien diferente que en los adultos.

Lo que piensan los niños de la muerte dependerá pues de su edad, de sus experiencias vitales, de las experiencias vitales de la familia, de lo que los niños oyen y sienten a su alrededor, de su grado de madurez, de su capacidad de conceptualizar (de realizar operaciones formales), etc.

Respuestas de los Niños en la adquisición de la idea de la muerte según la investigación: (Tizón, 2004)

- a) Antes de los 5 meses: La muerte es sólo una palabra. Una actitud familiar (emocional), que tiene que ver con la separación, las angustias ante la separación.
- b) Menores de 5 años: Ignorancia del significado de la palabra muerte y un interés por la palabra; concepción errónea o limitada.
- c) Menores de 8 años: Ignorancia del significado de la palabra muerte, un interés por la palabra con concepción errónea o limitada, y una definición según los fenómenos asociados secundarios, y/o sólo referida al género humano.
- d) Punto crucial 7 a 8 años: Todos los niños (normales) dan una respuesta de definición según los fenómenos asociados secundarios, y/o sólo referida al género humano.
- e) Entre los 8 años y la adolescencia: Definición correcta en lo fundamental aunque aún limitada, y/o una definición correcta a nivel lógico y biológico.

Debido al egocentrismo que domina su conceptualización primitiva, el niño tiende a sentir que es el responsable de la muerte, o, al menos, de sus repercusiones desagradables. La muerte de un allegado tiende a vivirse como un castigo por las propias maldades, reales o fantaseadas, o bien como el cumplimiento de un deseo inducido en el niño por la ira o por el odio. El componente egocéntrico de su concepción ante la muerte debe ser confrontado

prudente pero firmemente: hay que discutir las perspectivas egocéntricas de la culpabilidad y omnipotencia negando esa posibilidad y ofreciendo ejemplos y muestras prácticas de lo contrario.

La infancia está llena de duelos y pérdidas. Es gracias a la separación y pérdida (momentáneas) de la madre o los cuidadores, que el niño desarrolla sus capacidades de pensamiento, comunicación, deambulación; ya que así se obliga a la representación mental del objeto, a comunicarse con él (en el mundo interno y externo) para intentar remediar la separación o evitar otras posteriores. Cada nueva fase en el desarrollo del niño supone una pérdida o separación mayor de sus cuidadores y una pérdida de modelos de vivir y relacionarse más o menos trabajosamente.

En los niños, las pérdidas afectivas importantes y no sustituidas ni real, ni simbólicamente resultan especialmente graves porque afectan a un psiquismo aun insuficientemente estructurado o estable como es el de un niño.

Manifestaciones más comunes del duelo en niños. (Tizón, 2004)

Afectivas	Parece estar triste y desapegado. Se muestra irritable y malhumorado. Sentimiento de indignidad, autoestima disminuida.
Quejas somáticas	Dificultades para dormir. Pérdida del apetito. Molestias y quejas gástricas o abdominales. Quejas de "dolor de cabeza".
Otros problemas emocionales	Retraimiento excesivo. Hiperactividad. Trastornos por estrés postraumático. Trastornos de conducta. Trastornos por ansiedad excesiva.
Alteraciones de la adaptación social y educativa	En general, más propensión a dificultades de concentración, problemas escolares, quejas de falta de memoria, etc.
Otras manifestaciones equivalentes a las de los adultos	Depresión, Distimia y otros trastornos psicopatológicos.

Es necesario formar a los profesionales sanitarios de todos los niveles en las tareas de comunicación y relación con familiares y niños que se enfrentan a la muerte. Hay razones de tipo humano, asistencial y gerencial bien documentadas para ello.

Los patrones de vinculación (apego) de los niños se enraízan en las programaciones genéticas, pero se modifican mediante la experiencia. La vinculación o apego es una importante fuente de seguridad a lo largo de toda la vida.

Se puede ayudar a los niños a elaborar las pérdidas, tanto con objetos reales (sustitutorios) como con objetos simbólicos (sustitutos simbólicos). Pero hay que tener en cuenta que los niños no reaccionan como los adultos; su vida psicológica está menos dominada por la lógica que la nuestra; se sienten apenados, pero no pueden mantenerse afligidos largo tiempo; y tienden a expresar su pena más con el cuerpo y el comportamiento que con las palabras.

Comprensión de la muerte por los niños a diferentes edades. **(Tizón, 2004)**

Lactantes y preescolares (0 – 2 años)	<ul style="list-style-type: none"> - No hay comprensión cognitiva de la muerte. - Pero son sensibles a los cambios en la organización y cuidados, a las emociones intensas negativas de los padres o cuidadores. - Ansiedades ante la separación, importantes y frecuentes.
Párvulos (3 – 5 años)	<ul style="list-style-type: none"> - Creen que la muerte es temporal y reversible, no real. - Más tarde, el egocentrismo les lleva a considerar que la muerte es un castigo o el cumplimiento de un deseo. - Pueden creer que causaron la enfermedad o la muerte. - Creen que la enfermedad terminal es contagiosa: ellos o sus padres pueden morir. - Noción de insensibilidad post mortem en construcción.
Escolares (6 – 10 años)	<ul style="list-style-type: none"> - Conciben progresivamente la muerte como real, con insensibilidad e irreversibilidad. - Comprensión progresiva de las diferencias entre vivir y no-vivir. - Noción de universalidad no adquirida: NO son capaces de comprender su propia mortalidad.
Preadolescentes (11 – 13 años)	<ul style="list-style-type: none"> - Consideran que la muerte es real, con insensibilidad, irreversible y universal. - Comprenden la diferencia entre vivir y no vivir. - Están interesados en los aspectos biológicos de la enfermedad y en detalles del funeral. - Comprenden mejor su propia mortalidad (y puede producirles mucha angustia).
Adolescentes (14 – 18 años)	<ul style="list-style-type: none"> - Comprenden las consecuencias existenciales de la muerte a medida que adquieren las capacidades para el pensamiento formal y abstracto. - Comprenden la propia muerte y pueden fantasear con ella (con más o menos angustia). - A medida que maduran emocionalmente pueden negar su propia mortalidad a través de conductas de riesgo, actuaciones y provocaciones.

2.3. Teorías del Desarrollo

La psicología del desarrollo estudia el crecimiento humano mental y físico desde el periodo prenatal hasta la niñez, adolescencia, adultez y vejez; interesándose en los patrones universales de desarrollo como en las variaciones culturales e individuales.

2.3.1. Teoría Psicosexual del Desarrollo. Sigmund Freud.

Freud llamó psicosexuales a sus etapas de desarrollo debido a que les asigna un papel preponderante a los instintos sexuales en la formación y desarrollo de la sexualidad, para él el mejor camino para entender el significado de la sexualidad, particularmente en la infancia y en la niñez, es compararla con cualquier placer sensual. El desarrollo de la personalidad consiste en el desenvolvimiento o despliegue de los instintos sexuales.

Ésta teoría se concentra en órganos, que son denominados zonas libidinales.

Para esta corriente, los principios de la Relación materno – infantil son:

- Causalidad: la madre es la causa del movimiento de energía.
- Economía: equilibrio.
- Placer: “ello”.
- Realidad: cuando el niño empieza a diferenciarse y tener conciencia del “yo”.
- Nirvana: relajación absoluta, contacto con el cosmos.

a) Etapa Oral: Recién Nacido a los 2 años de edad ⇒ Represión de la madre.

Mecanismo de Defensa: Introyección y Fijación.

Zonas Libidinales: boca, lengua, carrillos y labios.

El placer que obtiene el niño en estas zonas al chupar, morder y vocalizar, es restringido por sus cuidadores, es criticado y castigado si no se somete, y es recompensado por hacerlo. El niño es motivado y se encuentra interesado únicamente por las actividades orales; se encuentra por primera vez con el poder de la autoridad, que limita su búsqueda de placer. Y la manera en la que se satisface al niño, determina la formación de rasgos que moldean su personalidad posteriormente.

Se experimentan trastornos en el recibir y el tomar como resultado de esta etapa; el recibir fallido puede tomar la forma de dependencia pasiva, mientras el tomar fallido resulta en manipulatividad, envidia y avaricia.

- b) Etapa Anal: 1 ½ a 2 ½ años de edad ⇒ control y maduración: Bipedestación, control de esfínteres, saltos, subir escaleras.

Mecanismo de Defensa: Proyección.

Objeto Libidinal: Heces.

Aunque las necesidades orales continúan activas en esta etapa son menos prominentes y las sustituyen las preocupaciones anales. Durante esta etapa el niño aprende la posesión de las cosas y el desprendimiento de las mismas; estas orientaciones pueden distorsionarse o exagerarse, según Freud es la sobrevaloración de los productos anales lo que inicialmente engendra el rasgo de personalidad.

- c) Etapa Edípica o Fálica: 2 ½ a 5 ½/6 años ⇒ Identificación de roles.

Mecanismo de Defensa: Identificación y Sublimación.

En esta etapa los órganos genitales se vuelven una fuente destacada de placer, aflora la curiosidad respecto al cuerpo; el niño encuentra con asombro sus manos y sus pies, y posteriormente sus genitales, donde se hacen mucho más intensas las tensiones y placeres. El niño nota y comenta las diferencias entre los hombres y las mujeres, dicha curiosidad es difusa debido a que el niño no conoce todavía a menos que ya las haya observado, las diferencias reales de los órganos genitales de uno u otro.

Según Freud en esta etapa el niño siente una atracción sexual por su madre y compite con su padre por la atención de esta, mientras la niña siente atracción por su padre y se enfrenta a su madre por la atención de éste. Si el desarrollo durante esta etapa es normal, es decir hay un equilibrio apropiado entre la satisfacción y el control, sin que exista mucha frustración ni demasiada indulgencia, en sus relaciones con los demás, una persona no será ni demasiado altanera ni indebidamente modesta, es decir alcanzará un equilibrio.

- d) Etapa de Latencia: 6 a 11/12 años ⇒ El erotismo y lo libidinal se inhiben.

Esta etapa implica la consolidación y la elaboración de rasgos y habilidades previamente adquiridos, sin aparecer nada dinámicamente nuevo. El niño mantiene un desarrollo rápido pero los patrones siguen líneas establecidas en etapas previas.

La Catexis es el movimiento de energía, la cantidad de energía que se mueve.

La Contracatexis es la represión en la etapa oral, donde no se da cuenta el niño; se produce cuando el niño no percibe la satisfacción de sus necesidades.

2.3.2. Teoría Psicosocial. Erik Erikson.

Erikson sostiene que los niños se desarrollan en un orden predeterminado, sin embargo él centra su teoría en cómo éstos socializan y cómo esto afecta su sentido de identidad personal. Su teoría está formada por ocho etapas distintas, cada una con dos resultados posibles; la terminación exitosa de cada etapa da lugar a una personalidad sana y a interacciones acertadas con los demás, mientras que el fracaso puede dar lugar a una capacidad reducida para terminar las otras etapas y por lo tanto, a una personalidad y un sentido de identidad menos sanos, sin embargo estas etapas pueden resolverse con éxito en el futuro.

- a) Confianza Básica contra Desconfianza: Recién Nacido a los 2 años de edad.

Logro: Esperanza y Fe

El niño comienza a desarrollar la capacidad de confiar en los demás basándose en la consistencia de sus cuidadores. Si la confianza se desarrolla con éxito el niño gana confianza y seguridad en el mundo a su alrededor y es capaz de sentirse seguro incluso cuando está amenazado. No completar con éxito esta etapa puede dar lugar a una incapacidad para confiar, y por lo tanto, una sensación de miedo por la inconsistencia del mundo, ansiedad e inseguridades.

- b) Autonomía contra Vergüenza y Duda: 1 ½ a 2 ½ años de edad.

Logro: Voluntad

El niño comienza a afirmar su independencia, caminando lejos de su madre, escogiendo con qué jugar, haciendo elecciones sobre lo que quiere usar para vestir, lo que desea comer, etc. Si se anima y apoya la independencia creciente de los niños se vuelven más confiados y seguros respecto a su propia capacidad de sobrevivir en el mundo. Al contrario si se los critica y controla excesivamente o no se les da la oportunidad de afirmarse, comienzan a sentirse inadecuados en su capacidad de sobrevivir y pueden volverse excesivamente dependientes de los demás, carecer de autoestima, y tener una sensación de vergüenza o dudas acerca de sus capacidades.

- c) Iniciativa contra Culpa: 2 ½ a 5 ½ años de edad.

Logro: Identificación de Roles

Los niños se imponen o hacen valer con más frecuencia, inventan juegos, inician actividades con otras personas. Si se les da la oportunidad, los niños desarrollan una sensación de iniciativa, y se sienten seguros de su capacidad para dirigir a otras personas y tomar decisiones. Inversamente, si esta tendencia se ve frustrada con la crítica o el control, los niños

desarrollan un sentido de culpabilidad, pueden sentirse como un fastidio para los demás y por lo tanto, seguirán siendo seguidores, sin iniciativa.

- d) Industriosidad contra Inferioridad: 5 ½ a 11/12 años de edad.

Logro: Aprendizaje de Reglas y la Capacidad de Cuestionarlas

Los niños comienzan a desarrollar una sensación de orgullo en sus logros. Inician proyectos, los siguen hasta terminarlos, y se sienten bien por lo que han alcanzado, durante este tiempo, los profesores desempeñan un papel importante para el desarrollo del niño. Si se anima y refuerza por su iniciativa comienzan a sentirse trabajadores y tener confianza en su capacidad para alcanzar metas. Si esta iniciativa no se anima y es restringida por los padres o profesores, el niño comienza a sentirse inferior y no desarrolla todo su potencial.

- e) Identidad contra confusión de roles: 12 – 19 años de edad.

Logro: sentido de la identidad.

La transición de la niñez a la edad adulta es importante. Los niños se vuelven más independientes, comienzan a mirar el futuro en términos de carrera, relaciones, familias, vivienda, etc. Durante este período, exploran las posibilidades y comienzan a formar su propia identidad basándose en el resultado de sus exploraciones. Este sentido de quiénes son puede verse obstaculizado y dar lugar a una sensación de confusión sobre sí mismos y su papel en el mundo.

2.3.3. Teoría Psicogenética del Desarrollo Cognoscitivo. Jean Piaget.

La teoría genética sostiene que los estadios son comunes a todos los individuos de la especie, es decir, que todos los seres humanos están genéticamente dotados para tener este desarrollo; el cual se adquiere siempre en el mismo orden, esto significa que no pueden saltarse etapas.

- a) Etapa Sensorio – Motriz: Recién Nacido a 2 años.

Esquemas Innatos tipo Reflejo (Conductas más complejas):

En este estadio el niño pasa de la indiferenciación entre el mundo externo y la propia acción perceptiva y motora a la construcción de un universo estable de objetos permanentes, cuyo movimiento y organización están regidos por las leyes del grupo de desplazamiento.

- b) Etapa Preoperacional: 2 a 7 años.
Funciones simbólicas o del pensamiento:
La función simbólica es la capacidad para actuar sobre los objetos no sólo físicamente sino también a través de mecanismos mentales mediante la utilización de mecanismos de acción representativos o interiorizados.
- c) Etapa de Operaciones Concretas: 7 – 11 años.
En esta etapa el niño logrará emplear operaciones como la clasificación, seriación, conservación del número, mantenimiento de un orden espacial y temporal y avanzará en la comprensión de fenómenos externos y la causalidad. El Pensamiento concreto se adhiere a lo real, tiene una lógica de clases y relaciones, las operaciones que realiza son de primer orden, es decir directamente sobre los datos de la realidad.
- d) Etapa Proposicional o de Operaciones Formales: 11/12 – 14/15 años.
El potencial cognitivo se amplía no sólo respecto a acciones interiorizadas sino que también a enunciados puramente formales e hipotéticos, lo que significa que el razonamiento no se produce únicamente sobre lo concreto, sino también sobre lo posible. En el pensamiento formal se da una lógica de proposiciones que permite formular y constatar hipótesis; y se realizan operaciones de segundo orden sobre las proposiciones que a su vez están basadas en datos de la realidad.

2.3.4. Desarrollo Neuropsicológico. Arnold Gesell.

Gesell estudia la interacción entre el desarrollo físico y mental, concluyendo que se produce una secuencia definida, sostenía que cada niño es único, con un código genético individual heredado con la capacidad de aprender. Su teoría es biológica considerando que el aprendizaje depende de la biología y fisiología del desarrollo y no a la inversa.

Tomó en cuenta los siguientes aspectos:

- Motor: se encarga de las implicaciones neurológicas, capacidad motriz del niño, el cual es el punto de partida en el proceso de su madurez; se compone por movimientos corporales y coordinaciones motrices.
- Adaptación: está a cargo de las adaptaciones sensorio – motrices ante objetos y situaciones, comprende la habilidad para utilizar adecuadamente la dotación motriz en la solución de problemas

prácticos, la coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos y la capacidad de adaptación frente a problemas sencillos.

- Lenguaje: usando el término en un sentido amplio, incluye toda la forma de comunicación visible y audible, también compuesta por imitación y comprensión de lo que expresan otras persona. Sus componentes son la comunicación visible y audible, la imitación y comprensión y el lenguaje articulado.
- Personal – social: son las reacciones personales del niño ante el medio en el que vive, sus componentes son los factores intrínsecos del crecimiento: el control de esfínteres, higiene, independencia, colaboración, etc.

2.3.5. Campos de la Conducta.

- a) Conducta Adaptativa: Precursor de la inteligencia.
 - Organización de estímulos.
 - Percepción de relaciones.
 - Descomposición de totalidades en partes que las componen.
 - Reintegración de éstas en modo coherente.
 - Coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular un objeto.
 - Utilizar habilidades motrices para soluciones prácticas.
 - Ante problemas simples, realizar nuevas adaptaciones.
- b) Conducta Motriz Gruesa: Sistema músculo esquelético.
 - *Reacciones posturales
 - Sentarse
 - Gatear
 - Equilibrio de la cabeza
 - Pararse
 - Caminar
- c) Conducta Motriz Fina: Dedo pulgar e índice.
 - *Uso de las manos y los dedos para aproximar, prensar y manipular un objeto
 - Tomar un objeto pequeño con el dedo pulgar e índice

- Lo primero de ésta conducta es el reflejo de presión (Toma la báscula al nacer)
 - Manipular la pelota o sonaja
 - *Rascado
- d) Conducta del Lenguaje: Comprensión e imitación para transmitir mensajes.
- *Organización del Sistema Nervioso Central
 - Toda forma de comunicación verbal o no verbal: gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases y oraciones
 - Se establece el significado del “No” en el lenguaje
 - Comunicación lógica y analógica
- e) Conducta Personal Social: Reacciones personales ante cultura.
- *Moldeadas por el ambiente
 - Determinadas por función del sistema nervioso y determinación genética
 - Habilidades relacionadas con control de micción y defecación, caminar, jugar, aprendizaje de actitudes
 - Lograr relaciones interpersonales
 - “mamá, aunque me caiga, me puedo levantar”

III. Diseño de la Investigación

Esta investigación es cualitativa ya que tiene como marco referencial básico la fenomenología, el constructivismo, el naturalismo y el interpretativismo. Se toma como punto de partida que hay una realidad que descubrir, construir e interpretar; existen varias realidades subjetivas que varían en su forma y contenido, por lo cual “el investigador cualitativo parte de la premisa de que el mundo social es relativo y sólo puede ser entendido desde el punto de vista de los actores estudiados, el mismo investigador construye el mundo”. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006)

Ya que este enfoque admite subjetividad, tiene como metas describir, comprender e interpretar los fenómenos, a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes, se realiza de manera participativa y se aplica la lógica inductiva (de lo particular a lo general – de datos a generalizaciones y teorías).

Así como lo describen Hernández, et. al. (2006), en esta investigación la posición de quien la realiza es explícita, se reconocen sus propios valores y creencias, formando parte del estudio; se interactúa de forma próxima, habiendo contacto e involucramiento, llevando una relación (la Relación de Cuidado) de forma interdependiente.

El planteamiento del problema en el enfoque cualitativo es abierto, libre, no delimitado y muy flexible; la teoría es un marco de referencia; no se fundamenta en estudios anteriores, sino que se genera o construye a partir de los datos empíricos obtenidos y analizados. En este caso la literatura provee de dirección en un principio, sin embargo, durante el proceso de investigación se identifican los conceptos clave del estudio y su relación; a su vez durante el trabajo de campo se redireccionan algunas partes del diseño original de la investigación pues este es abierto y flexible.

Con esta investigación no se pretenden generalizar los resultados obtenidos en la muestra a una población, en este caso la muestra es un caso individual, que no es representativo desde el punto de vista estadístico. El investigador actúa como instrumento de recolección de datos, auxiliándose de diversas técnicas que van desarrollándose durante el estudio, aprendiendo por observación y descripciones de los participantes y concibiendo formas para registrar y organizar la presentación de los datos, siendo el mismo investigador un participante.

La perspectiva del investigador en el análisis de los datos es interna, involucra el análisis de sus propios antecedentes y experiencias, así como la relación que tuvo con los participantes del estudio; por lo que en los reportes se utiliza un tono personal y emotivo.

Para hacer el diseño de la investigación se toman como base las 4 fases del proceso de investigación cualitativa que proponen Rodríguez, et. al. (1999):

a) Fase preparatoria:

- Etapa Reflexiva: gracias a los conocimientos adquiridos en 4 años de formación profesional, y la experiencia de 1 año de servicio social, se ha observado que el cuidado enfermero repercute en la mejora, mantenimiento y recuperación de la salud de las personas, y que éstas, al ser un Ser Entero, deben ser observadas de manera holística, por lo que se propone el cuidado transpersonal como una alternativa para brindar cuidados holísticos a la persona. Con este fin se buscó una filosofía, teoría o modelo de enfermería que tomara en cuenta el cuidado de esta manera, encontrándose la Teoría de “La Ciencia del Cuidado Humano” de Jean Watson; en base a la cual se esquematizaron los conceptos del marco teórico referencial, se elaboró un cuadro sinóptico que ilustrara el orden de los elementos de cada uno de los factores de la teoría de Jean Watson dentro del mismo marco.
- Etapa de Diseño: teniendo definido el tema de la investigación y el marco teórico referencial, se establecieron los objetivos de la investigación, se vio la necesidad de elaborar una guía de observación para los 10 factores de cuidado, en cada uno de los factores se encuentran aquellos elementos que es importante incluir para realizar la observación, el análisis de datos y el establecimiento de significado para cada factor; así mismo para el uso de esta guía de observación se incluye una tabla comparativa de las etapas de desarrollo cognitivo, conductual, moral, espiritual y de la construcción del concepto de muerte de acuerdo a la edad cronológica; dichas etapas sólo se tomaron en cuenta de acuerdo al rango de edad establecido previamente, por lo que no se mencionan las etapas posteriores, ni las teorías que no abarcan este rango; por lo que es importante señalar que el cuadro para el caso de su uso en niños está completo, sin embargo, si se quisiera aplicar en otras etapas de desarrollo (adolescencia o adultez) deberá completarse con la información faltante.

Se decidió realizar el trabajo de campo con un paciente pediátrico ya que debido al marco teórico referencial se sabe que el desarrollo de la conciencia de quien lleva a cabo esta investigación es mayor que la del participante y por lo tanto es posible observar más claramente los cambios que éste último experimente; tomando en cuenta la experiencia de haber trabajado 1 año con niños lo que a su vez favorecería la observación y comprensión de su comportamiento. Se delimitó el rango de edad de 8 a 11 años, con la finalidad de tener una mayor facilidad de interacción, expresión y entendimiento con el niño; que no tuviera padecimientos neurológicos, y no se encontrara dentro de algún protocolo de cuidados paliativos para que no se vieran afectados los resultados o las observaciones por alguna terapia psicológica o paliativa anterior.

- b) Trabajo de Campo: Se solicitó autorización en el Instituto Nacional de Pediatría para llevar a cabo el trabajo de campo, para lo cual se asignó el servicio de neumología. Una vez que encontré un paciente que tuviera las características antes mencionadas, me presenté con él y su familiar responsable (su papá), explicando los objetivos de mi investigación y solicitando el consentimiento informado al Padre del niño y al niño, para realizar el trabajo de campo con el paciente, a lo cual accedieron ambos.

Se inicia la relación de cuidado con el niño y se realiza el trabajo de campo durante 8 días hábiles, en un turno de 8 horas cada día; en los que se utilizó la observación participante y el diario, como instrumentos de recolección de datos. Durante 2 días se trabajó en el área de hospitalización, el día 3 se permanece con el niño en el preoperatorio inmediato y es llevado a quirófano; se tuvo la oportunidad de continuar con el trabajo y estar con el niño durante su recuperación en el servicio de Terapia Intensiva un día; y a su regreso al servicio de hospitalización 4 días más. Llevando a cabo intervenciones de enfermería y siguiendo la guía de observación, se lleva un diario de campo durante la estancia en la institución, en el cual se detalla todo lo ocurrido durante cada día, sin ser analizado. El día 7 se inicia el cierre para concluirlo el día 8.

- c) Fase analítica: Rodríguez, et. al. (1999) afirman que la necesidad de contar con una investigación con datos suficientes y adecuados exige que las tareas de análisis se inicien durante el trabajo de campo. Por lo que al terminar cada jornada de trabajo se hizo una revisión de los hallazgos y una evaluación para identificar el estado del niño, avances, retrocesos o

reconocer factores que permanecieran invariables y planear una manera de abordarlos al día siguiente.

Cada día al salir del hospital se repasan las observaciones realizadas al niño con la Asesora, con el fin de encontrar factores no cubiertos con las intervenciones realizadas y buscar las estrategias que permitieran el abordaje de los mismos y de esta manera apoyar el restablecimiento de la Armonía Interna (Watson, 2012) del niño.

Al concluir el periodo de trabajo de campo se esquematizó un cuadro donde se redactó un resumen de este periodo, separando lo registrado en el diario de campo por cada factor de cuidado que propone Jean Watson. A pesar de que todos los factores se relacionan entre sí, se realiza esta separación con fines didácticos. Este formato de registro (instrumento) consta de 6 columnas: primeramente se anotó lo observado (de acuerdo a cada factor siguiendo la guía de observación), para posteriormente realizar un análisis de los datos con base en el cual se les daba un significado (ya no diagnóstico), la planeación e implementación (que se registran para fines educativos, pues se llevaron a cabo en el “aquí y ahora” de acuerdo a lo que se identificaba y que en ese momento tenía relevancia) y por último una interpretación por cada factor (10 en total).

En esta fase se retoma la propuesta de Lessard, et. al. (2010) que afirma que los comportamientos idénticos desde un punto de vista físico pueden corresponder a significados diferentes y cambiantes desde una perspectiva social.

Esta investigación interpretativa está basada en un postulado dualista, da valor a los comportamientos observables, en cuanto que están relacionados con significados creados y modificados por el espíritu.

Frederick Erickson en (Lessard - Hébert, Goyette, & Boutin, 2010), propone que la creación de significados tiene que ser realizada por los actores.

Tomando la invitación de Erickson para estudiar los significados en dos niveles de contexto; se realiza un análisis en un nivel inmediato (proximal) durante el trabajo de campo, ya que se realiza en el aquí y ahora, y al término de este se hace una interpretación de resultados por cada factor. Y un análisis en un nivel mediato (distal) posterior al cual, se realizan las conclusiones. En el plano temporal los significados son construidos e incesantemente reconstruidos en tiempo real, para interpretar los

significados del paciente – enfermera como componentes intrínsecos del proceso de cuidado.

Durante la observación, al realizar el análisis distal, me di cuenta de que este tipo de investigación permite satisfacer las 4 necesidades que propone Lessard, et. al. (2010):

- Necesidad de comprender situaciones particulares por medio de una documentación basada en pormenores concretos de la práctica, en este caso la atención al niño, que debido a su edad y las etapas de desarrollo en que se encuentra requiere educación en muchos sentidos.
 - Necesidad de tener en consideración los significados que los acontecimientos adquieren para las personas de un medio dado, de esta forma, acontecimientos aparentemente idénticos pueden construir significados diferentes conforme al medio, que en este caso es la hospitalización.
 - Necesidad de comprender las diferentes relaciones del participante con cada jerarquía o con los diferentes profesionales en el medio hospitalario, como son los médicos, las enfermeras, otros pacientes, las supervisoras, etc.
 - Necesidad de contar “la invisibilidad de la vida cotidiana”, ya que los cuidados de “rutina” se tornan familiares y por tanto se dejan de ver las desviaciones que impactan negativamente la calidad de cuidado.
- d) Fase informativa: en esta fase se organizan con el marco teórico referencial, un resumen del trabajo de campo y los datos obtenidos durante éste, para su presentación formal, así mismo se integra la interpretación y reporte de los resultados, las conclusiones generales, las propuestas y los anexos, en un informe final.

3.1. Aspectos Éticos

En los Estados Unidos Mexicanos estos aspectos son tomados en el Libro Quinto de La Ley General de Salud, en los artículos: 100°, 101° y 102°.

Artículo 100 (sólo serán tomados en cuenta 5 puntos). La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en los que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.
- II. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.
- IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél.
- V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.

El personal responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

IV. Resultados

A continuación se describen las características del escenario en que se realizó el trabajo de campo, así como del participante principal del mismo; posteriormente se encuentra el formato de registro de los datos obtenidos y los resultados.

4.1 Escenario

El trabajo de campo de esta investigación se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Pediatría, el cual es una institución gubernamental que brinda cuidados especializados a pacientes pediátricos y adolescentes, procedentes de toda la República Mexicana. En el servicio de neumología donde se trata a pacientes con afecciones del sistema respiratorio.

Esta institución tiene normas establecidas en relación a los horarios de visita y de estancia de los familiares, los cuales son de 8:00 a 13:30 horas en el turno matutino, y de 15:00 a 19:00 horas en el turno vespertino. Pudiendo modificarse estos horarios de acuerdo a la situación del estado de salud del paciente (en caso de que éste se agrave o se encuentre en una intervención quirúrgica los familiares pueden permanecer en la sala de espera del servicio correspondiente o con el paciente, el tiempo que sea necesario a criterio del médico tratante).

A su vez existen normas concernientes al cuidado que se brinda, ya que en algunos servicios el cuidado de enfermería es integral, mientras que en otros se divide por funciones, como es el caso del servicio en que se encontraba el participante; sin embargo para este estudio se autorizó a la investigadora brindar el cuidado integral.

La dieta que llevan los pacientes es establecida por el servicio de nutrición. Los alimentos que consumen los pacientes son preparados en el hospital y son repartidos a cada servicio en horarios determinados: 8:00, 13:00 y 18:00 horas.

Las soluciones y los medicamentos son preparados en el cuarto clínico del servicio, en el que además se encuentra el material de consumo y el equipo necesario para la atención a los pacientes.

4.2 Participante

El participante principal en esta investigación es un niño de 11 años de edad, de 1.45 metros de estatura y 68kg de peso. Miembro de una familia nuclear integrada por padre, madre y una hermana menor; de nacionalidad mexicana, procedente de Colima.

El participante ingresa al hospital con un diagnóstico médico de aspiración de cuerpo extraño, obesidad mórbida e hiperinsulinismo. Fue sometido a una neumonectomía derecha y al momento del trabajo de campo aún tenía una sonda de drenaje torácico, fue intervenido nuevamente debido a una fístula bronquial y se continuó su cuidado posteriormente a su intervención.

Los cuidadores primarios del niño son sus padres, quienes se alternaban para estar con él en los horarios de visita en el hospital y que a su vez colaboraron con esta investigación.

4.3 Contexto

El ambiente en que se encontraba el participante consta de 4 camas, cada una con tomas de oxígeno y de aire, un buró y una mesa; además cada paciente tiene un cómodo y un orinal. Este ambiente tiene ventanas amplias, y luz eléctrica que permiten su adecuada iluminación, sin embargo no se puede decir lo mismo de la ventilación.

En el servicio hay sanitarios para niños y para niñas que son exclusivos para el uso de los pacientes. Y también un área recreativa común para todos los servicios que se encuentran en el mismo piso, donde los pacientes reciben clases de acuerdo a su nivel escolar, o realizan actividades como juegos de mesa o dibujos.

Con relación al personal hay un equipo multidisciplinario conformado por el médico tratante (pediatra), médicos especialistas (en este caso neumólogo y cirujano), enfermeras, trabajadora social, nutriólogos y dietistas.

Al iniciar el turno la jefa de enfermeras asigna a la enfermera los pacientes que serán su responsabilidad, posteriormente el equipo multidisciplinario pasa visita y se actualizan las indicaciones médicas y de enfermería.

Cabe mencionar que la mayor parte del personal de enfermería del servicio y del turno en que se realizó la investigación, se apega para brindar cuidado únicamente a las indicaciones médicas, y a los cuidados de rutina.

4.4 Cuidado Transpersonal

A continuación se presenta el formato en el que se resumen los datos obtenidos. Watson considera 10 factores para brindar el Cuidado Transpersonal, sin embargo es importante mencionar que al realizar la observación, ésta se hace a un todo, ya que la Persona es un Ser Entero, no se puede fraccionar, cada factor se relaciona con el otro de alguna u otra manera, partiendo de esa observación es en el registro donde se hace la división para clarificar qué datos corresponden a cada factor, con fines didácticos e ilustrativos.

1. Formación de un Sistema Humanístico – Altruista de Valores					
Observación	Análisis de los Datos	Significado	Objetivos y Planeación	Implementación	Interpretación
<p>Se observa que L. controla sus movimientos corporales, es diestro, coordina ojos y manos, mantiene su equilibrio aunque se mueve con dificultad debido a la sonda de drenaje torácico. Habla español, su lenguaje es claro, en ocasiones comenta refranes y frases como "todos cometemos errores". Sigue las instrucciones que se le dan fielmente, contesta congruentemente a lo que se le dice o pregunta. Resuelve problemas matemáticos con moderada dificultad. Identifica y acata reglas. Es compartido con los demás, los invita a jugar con él (juegos de mesa); cuando su Papá se encuentra presente se torna un poco más serio. Se observa reservado y callado. Sigue las indicaciones que le da el personal médico, de enfermería o su papá. Se muestra dócil y condescendiente ante las peticiones que se le hacen. L. tiene obesidad mórbida e hiperinsulinismo, al tener su dieta de medio día, su papá hace un comentario refiriéndose a un paciente caquéxico cercano a L. para darle un ejemplo e instarlo a comer "Tú quisieras estar como él, y él ya quisiera estar como Tú" a lo que L. sólo agacha la mirada, sin negarlo o afirmarlo. Sin embargo en otra ocasión su mamá hace un comentario sugiriéndole que coma y después vomite para que pese menos, a lo cual él responde riendo.</p> <p>Con el transcurrir de los días se observa que L. pide las cosas por favor y da las gracias, trata de ayudar a los demás cuando ve que puede hacerlo y sin que se lo pidan; cuando le piden algo que es suyo prestado, él lo presta. Le expresa verbalmente a su mamá que "la Ama Mucho", quien mientras está ahí interactúa constantemente con él, en algunas ocasiones le dice cómo debe comportarse, lo que debe de hacer o no o cómo debe de hacerlo por ejemplo en el caso de los ejercicios de rehabilitación, que Ella le indica cómo debe de llevar su respiración o que no se olvide de hacerla, y él le obedece. En el caso de su papá se observa más enérgico con él, e incluso L. llega a hacer referencia de que es muy "duro, estricto y enojón"; su papá le dice que debe seguir las indicaciones que le dan los médicos o las enfermeras y L. lo hace, aunque en ocasiones lo llega a contradecir en algunos comentarios que hace por ejemplo respecto a su tratamiento o a encargos que le dejó hacer su mamá.</p> <p>En alguna ocasión sin que estuvieran sus padres presentes, el Paciente de enfrente de la cama de L., no quería que le bajaran el respaldo de su cama a pesar de que esto era necesario, L. por iniciativa propia le dijo que si él bajaba su respaldo, él también lo haría, y lo convenció de que ambos lo hicieran.</p> <p>En cierta ocasión tras estar platicando con las mamás de otros pacientes, la mamá de L. comenta que su hijo es muy niño para tener novia, pues aún juega con carritos, y muñequitos como dinosaurios y soldados. Además en su escuela hay niñas que le mandan cartitas que él nunca lee o incluso no se da cuenta de que las tiene, ya que ellas las meten en su mochila, él se observa indiferente ante este comentario.</p>	<p>L. se encuentra en la Etapa de Latencia según Freud, su Super Yo se observa definido; en la etapa de Industriosidad vs. Inferioridad de Erickson en la que se observa que identifica reglas; en la Etapa de operaciones concretas de Piaget, relaciona lo que hace con la realidad.</p> <p>Se encuentra en la Etapa Convencional de Relaciones, expectativas interpersonales mutuas y conformidad interpersonal del desarrollo moral, ya que trata de ser bueno y comportarse como considera que los demás esperan que lo haga.</p> <p>Y se observa que se encuentra en el cuarto nivel del desarrollo de la conciencia, ya que desempeña el rol de hijo y el rol de paciente en su momento, no cuestiona las reglas y repite los refranes y frases que le dicen sus padres o los adultos que lo rodean. Así mismo asume el rol de los demás al solidarizarse con los demás pacientes.</p> <p>Tiene buenos modales y ayuda a los demás sin esperar que los demás hagan algo a cambio, hace cosas para ayudar a los demás (como cuando convenció al otro paciente de bajar su respaldo). Y muestra respeto por sus mayores, guardando silencio mientras ellos hablan y dirigiéndose a ellos de manera respetuosa.</p> <p>Se aprecia cierta contradicción en la actitud de los padres de L. respecto a su peso corporal, pues en ocasiones lo instan a comer porque está perdiendo peso y en ocasiones le recuerdan que tiene que bajar de peso. Sin embargo, L. se observa neutral al respecto, las razones que da cuando no quiere comer algo son que la comida no le gusta o la ha comido demasiado pues es repetitiva la comida del hospital; e incluso en una dinámica de cuenta cuentos refirió que su cuento favorito fue el que predicaba "Soy como soy, me amo como Soy".</p> <p>El Paciente adopta actitudes más infantiles en algunos momentos, principalmente al encontrarse su mamá con él.</p>	<p>L. tiene un comportamiento bien organizado y controlado, su desarrollo cognitivo y moral concuerda con su edad cronológica.</p> <p>En el período de aplicación del Instrumento se observó que en su escala de valores son importantes el Amor, la Familia y la Amistad. Además se percibe que es solidario en el sentido de que se solidariza en lo que tiene que hacer o pasar el otro.</p> <p>L. tiene un buen concepto de sí mismo, una buena autoestima.</p> <p>El comportamiento infantil que llega a presentar el paciente puede ser ligado a la dinámica familiar en la que él se encuentra, al entorno en el que se ha desarrollado y a su formación.</p>	<p>Responder en el aquí y ahora de acuerdo a la situación observada y experimentada en ese momento, para fortalecer su Self y reforzar su Autoestima. Predicar con el ejemplo para su formación de nuevos valores o madurez de los ya adquiridos, por ejemplo el respeto, la tolerancia, compasión, etc.</p>	<p>En el momento que fue posible, se platicó con el Paciente acerca de que cada persona es única y especial como es, y que es importante cuidarse a uno mismo llevando a cabo acciones como comer bien, tener buena higiene, dormir bien y hacer ejercicio. Que en su caso por lo que le pasó tendrá que llevar unos cuidados especiales pero que puede tener una buena salud y eso no lo hace menos valioso.</p> <p>Se acompañó al Paciente a participar en una actividad de "Cuenta Cuentos" de la cual después se conversó con él, donde él refirió que el cuento que más le gustó fue uno en el que se trataba la autoestima y autoaceptación.</p> <p>Se le agradece cuando ofrece su ayuda y cuando la brinda y cuando contribuye en la atención a otros pacientes.</p>	<p>El Paciente sí tiene un sistema humanístico y de valores, el cual debido a su edad aún se encuentra en desarrollo, por lo que muchos valores están en un proceso de descubrimiento y/o de maduración. Sin embargo en la relación de cuidado y con la observación se aprecian los valores más sobresalientes de acuerdo a la situación, como el Amor, la Familia y la Amistad, así como la solidaridad con los pacientes que se encuentran dentro de su mismo ambiente. A su vez en este mismo factor se observa que el Paciente tiene un buen concepto de sí mismo, a pesar de que no se encuentra sano físicamente y de que él lo sabe; sin embargo se le hicieron algunas sugerencias sobre consultar a la dietista del servicio antes de retirarse para que le orientara sobre la dieta más adecuada para él, haciendo hincapié de que es por su salud y no por su apariencia.</p>

2. Inculcación de Fe y Esperanza					
Observación	Análisis de los Datos	Significado	Objetivos y Planeación	Implementación	Interpretación
<p>Al iniciar la relación de Cuidado se observan imágenes religiosas a un lado de la cama de L., con el paso de los días se percibe que la creencia religiosa de su familia es católica, se habló poco con él al respecto, únicamente refirió que él cree en un Dios, y que asiste a misa los domingos por convicción propia.</p> <p>L. conoce y narra los acontecimientos desde el inicio de su padecimiento hasta la actualidad. Y al hablar sobre ello refiere “tener esperanza” de salir pronto del hospital, aunque ya no quiere hacerse muchas ilusiones pues la última vez que lo iban a dar de alta le detectaron una infección; al 3er día del trabajo de campo, L. fue intervenido quirúrgicamente nuevamente, un día antes de su intervención refirió creer que todo saldría bien, haciendo alusión a su creencia religiosa con frases como que Dios lo iba a ayudar a que todo saliera bien. Posteriormente a la intervención en conjunto con sus padres decía “tener la esperanza” de que pronto se fuera a casa pues ya se sentía mejor.</p> <p>Durante este período el papá de L. le promete llevarlo a pescar, al zoológico y a otros lugares a pasear en cuanto salga del hospital. Al preguntarle qué opina al respecto, él dice que le parece bien y que ya quiere hacerlo. Mientras, su mamá lo alienta a “echarle ganas” para que se recupere pronto y regresen con su familia a Colima.</p>	<p>L. sigue las mismas creencias religiosas que su familia.</p> <p>L. tiene esperanza en recuperar pronto su salud, para regresar a su casa; e incluso en crecer y estudiar lo que él quiera estudiar (Biología).</p> <p>Las personas en las que L. tiene fe son principalmente sus padres.</p>	<p>Debido a que L. se encuentra en la etapa convencional de relaciones, expectativas interpersonales, mutuas y conformidad interpersonal del desarrollo moral; es adecuado para su edad que L. siga las creencias de sus padres sin cuestionarlas, ya que para él es importante estar a la altura de lo que espera la gente que está cerca de él y “Ser Bueno”, por ejemplo al seguir las creencias que ellos tienen y le inculcan.</p> <p>La esperanza que él manifiesta viene dada en gran parte por el apoyo que le brindan sus padres, y lo que ellos le dicen al respecto.</p> <p>Por la etapa de desarrollo cognitivo en que se encuentra se considera normal que tenga fe en sus padres.</p>	<p>Respetar las creencias religiosas del Paciente y de su familia.</p> <p>Estar auténticamente con el Paciente, en el Aquí y Ahora respetando su Subjetividad, y reforzar su esperanza.</p>	<p>Durante el periodo de aplicación del instrumento, se respetan las creencias del paciente y de su familia, así como sus formas de expresión a este respecto, sin limitar estas últimas.</p> <p>Cuando se dio el momento oportuno y se platica con el Paciente respecto a su esperanza, se le alienta a continuar con el tratamiento médico prescrito, y a llevar a cabo prácticas que apoyen la mejoría y conservación de su salud, tales como llevar una alimentación adecuada, continuar con la fisioterapia respiratoria, etc. Además de alentar a esforzarse para lograr sus propósitos futuros (si lo que le gusta a él es la biología, continuar haciendo lo que le gusta para que llegue a ser lo que él quiere ser, biólogo).</p>	<p>El paciente además de tener una Fe en el sentido religioso, es capaz de tener fe en otras personas, en este caso sus padres. Así mismo el paciente tiene esperanza en la recuperación de su salud, la cual se reforzó y se fomentó para que continuara con ella y de ser posible la amplíe a otros aspectos de su vida como su propio desarrollo. Se tuvo una conexión intersubjetiva con el paciente al compartir sentimientos, pensamientos, ideales, etc., durante la relación de cuidado.</p>

3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y los demás

Observación	Análisis de los Datos	Significado	Objetivos y Planeación	Implementación	Interpretación
<p>El día que se inició la aplicación del instrumento, se conoce que la familia de L. y él mismo, practican la religión católica. Ese mismo día, durante la narración del proceso patológico en que se encuentra evita mencionar sus propios sentimientos, haciendo alusión únicamente de los sentimientos de sus padres y el sentir físico que tenía (cansancio, dificultad para respirar). Y también comenta que su materia favorita en la escuela es la Biología ya que es como un viaje, con cada palabra conoces nuevos lugares, animales y cosas, y que cuando crezca quiere ser Biólogo.</p> <p>Al segundo día de interacción con él, al tomarle muestras sanguíneas se observa que al momento de la punción L. tensa todo su cuerpo y comienza a temblar, sin emitir sonido alguno, ni manifestar verbalmente dolor; el mismo día fue necesario recanalizarlo y L. tuvo la misma reacción durante la punción, fijando la mirada al frente, tensando su cuerpo y apretando su puño libre; la venoclisis se infiltró, sin embargo la Enfermera continuó tratando de que la solución pasara, y en ese momento L. la miró y le dijo que le dolía demasiado, la Enfermera hizo una mueca y lo reprimió por no cooperar y le advirtió que lo seguiría puncionando si no cooperaba.</p> <p>El día que intervinieron quirúrgicamente a L. se le instaló un catéter subclavio derecho por lo que en días posteriores no fue necesario que se le volviera a puncionar.</p> <p>Antes de la intervención quirúrgica, que tuvo lugar durante el trabajo de campo, la mamá de L. se encontraba de viaje, ella regresó el día de la misma intervención. Cuando el padre de L. se encuentra presente y es necesario realizarse algún procedimiento, le repite a su hijo que es muy fuerte y que ha sido muy valiente, que los tratamientos que le realizan no son nada comparado con lo que ya pasó así que no debe de llorar, sino ser valiente como siempre, por lo que L. cooperaba activamente en los tratamientos, y a pesar de que algunos sean dolorosos, no llora, ni se queja. Al encontrarse con su mamá, L. se observa menos tolerante al dolor pj. Al realizarle las curaciones del sitio de colocación de la sonda de drenaje torácico y a la manipulación, incluso un poco menos cooperador pues no ayuda tanto al momento del baño de esponja, prefiere que todo lo haga su mamá, a menos que ella le diga que lo tiene que hacer. Y al no estar ninguno de sus padres, L. se muestra más expresivo (después del 3er día de interacción) e incluso cooperador.</p> <p>Otro día durante la jornada, no se encontraban los padres de los niños del ambiente de L. y él propuso jugar Lotería, ellos accedieron, por lo que me pidió que sacara su lotería y les dio a elegir las tarjetas, dijo que por ser suyo el juego él sería quien barajeara y cantara las cartas, nadie se opuso, ganó 3 juegos seguidos, a lo que uno de los niños ya no quiso jugar y el otro insinuó que hacía trampa, él contestó que no, pero quiso seguir siendo él quien barajeara las cartas.</p>	<p>El Paciente se encuentra en el 4to Nivel del Desarrollo de la Conciencia, su mente opera concretamente sobre su experiencia sensorial, adopta roles, no cuestiona las reglas y es autocéntrico. Sigue las creencias religiosas de su familia; y su meta personal es ser biólogo, probablemente por seguir el ejemplo de su mamá pues ella estudió algunos semestres de la Licenciatura en Ciencias.</p> <p>Se observa que al preguntar acerca de su sentir, el Paciente refiere lo expresado por sus padres o únicamente lo que siente físicamente.</p> <p>Se hace distinción, cuando L. se encuentra con su papá se vuelve más callado, es más tolerante al dolor que cuando se encuentra con su mamá con quien es más expresivo y tiende a comportarse de una forma más infantil. Cuando no se encuentra ninguno de sus padres, él coopera con los procedimientos y tiene más tolerancia a la manipulación y al dolor durante los mismos.</p> <p>En ocasiones al sentir mucho dolor el paciente por los procedimientos realizados (como la toma de muestras o la instalación de venoclisis) se aliena de la situación. L. trata de sobresalir en algunas actividades, quiere ser el que manda y establezca las reglas en las actividades.</p>	<p>La etapa de Desarrollo de la Conciencia en que se encuentra es congruente con su edad cronológica. Y por la etapa de desarrollo Cognoscitivo en que se encuentra es "normal" que siga un rol y trate de hacer algo que a su mamá le agrade (biólogo).</p> <p>Dependiendo de la persona que se encuentre presente y su relación con esta persona, está determinado el nivel de sensibilidad que demuestra para consigo mismo.</p> <p>Debido a los acontecimientos en la vida del Paciente a lo largo de su padecimiento, ha sentido dolor en diversas ocasiones y debido al miedo que éste le ocasiona, como mecanismo de defensa adopta posturas como la de fijar la mirada, temblar y tensar su cuerpo; él teme sentir más dolor por lo que prefiere alienarse de la situación como un mecanismo de defensa.</p>	<p>Promover la sensibilidad hacia sí mismo y hacia los demás, sin distinción de quién se encuentre presente.</p> <p>Proteger y fortalecer la autoestima del Paciente y fomentar una armonía entre los distintos factores de su personalidad.</p>	<p>De acuerdo a la situación, se brindaba apoyo al paciente durante los procedimientos que se le realizaban, expresando que era bueno que manifestara su sentir físico y su sentir emocional (sin hacer distinción de quién se encontrara en ese momento presente, ya fuera su papá, su mamá u otra persona), además de proporcionar alternativas por ejemplo para el manejo del dolor, como concentrarse en otras áreas de su cuerpo que no le dolieran en ese momento. Cuando se suscitó el incidente del juego de mesa se sugirió que otra persona también tuviera la oportunidad de barajear y cantar las cartas para que no surgieran dudas respecto a la legalidad del juego, a lo cual todos accedieron.</p>	<p>De acuerdo a Ken Wilber, las 5 primeras etapas del Desarrollo de la conciencia son innatas y no requieren esfuerzo de la persona, las siguientes etapas requieren una búsqueda voluntaria e intencionada para alcanzarlas. Debido a su madurez el desarrollo de la conciencia del niño va de acuerdo a su edad. Al finalizar el trabajo de campo se observa que el paciente se expresa más libremente respecto a lo que quiere y lo que no, lo que le agrada y desagrada, y lo que le duele, utiliza las técnicas para el manejo del dolor ocasionalmente, sobre todo si se encuentra su mamá o la persona que se las enseñó (la investigadora).</p>

4. Desarrollo de una relación de ayuda y confianza

Observación	Análisis de los Datos	Significado	Objetivos y Planeación	Implementación	Interpretación
<p>L. no siempre hace contacto visual con quien le habla, a menos que lleve ya algunos días de conocerlo o le tenga confianza; cuando algo lo incomoda o se pone nervioso se rasca el pliegue del brazo izquierdo, en la periferia de la venoclisia o la cabeza. L. se observa diaforético, el sudor le escurre por la frente y la cabeza, por lo que constantemente se seca con una toalla.</p> <p>Cuando su Papá le habla no lo mira fijamente, algunas veces sólo guarda silencio, pocas ocasiones lo cuestiona si no está de acuerdo en lo que le dice, levantando ligeramente la voz; cuando él se encuentra presente trata de obedecer todas las indicaciones que se le dan, sin objetar, se muestra cooperador y tolerante.</p> <p>Si la que está presente es su mamá, L. le pide ayuda para casi todo, le pide que le sostenga el oxígeno, que lo ayude a moverse, al realizar el baño de esponja le pide a ella que sea ella quien lave todas las zonas de su cuerpo (Excepto sus genitales) pero en especial sus glúteos y espalda baja. Cuando le tienen que realizar algún procedimiento y ella está presente se muestra más ansioso y menos tolerante al dolor y a la manipulación. En su presencia tiende a jugar más con carritos y muñequitos de dinosaurios y soldaditos.</p> <p>Al retirarse uno o ambos de sus padres, L. se observa tranquilo, con un comportamiento algo más relajado, coopera en los procedimientos que se le tienen que realizar, sigue las indicaciones que se le dan, tolera el dolor y la manipulación, y participa activamente en lo que puede participar.</p> <p>Al principio se observa que L. no interactúa mucho con los demás pacientes que se encuentran en el mismo ambiente, conforme se va avanzando en la relación se observa que convive un poco más, sobre todo cuando no se encuentran sus padres. Platica con las mamás de los demás pacientes y sus familiares sobre diversos temas como comida, deportes, el servicio médico, etc., bromea con algunas las enfermeras, les cuenta chistes y les sigue las bromas que ellas le hacen, con otras no interactúa tanto, se muestra serio y se queja de que son enojonas, estrictas y poco accesibles y amables. Cuando no está su mamá la mayoría de las ocasiones intenta hacer las cosas por sí mismo, sin pedir ayuda, por ejemplo se sostiene él mismo el oxígeno mientras come pues tiene que quitarse la mascarilla, y él mismo se lava los glúteos y sus genitales durante el baño de esponja. En ocasiones cuando le tienen que hacer algún procedimiento a alguno de los pacientes del ambiente (incluido él), se apoyan entre ellos. Un día que deciden jugar Lotería, al estar cantando las cartas uno de los Pacientes, que tiene un padecimiento neurológico comienza a gritar, a lo que L. responde gritándole también que se callara, estableciendo un círculo vicioso pues cuando uno gritaba, el otro gritaba más. El 6to día de trabajo con el Paciente lo invitan a salir al área de recreación del servicio, a lo que él se muestra animado y dado que se encontraba mejor físicamente, se le permitió salir; en esta área se sientan todos los niños juntos y realizan actividades como dibujos y pinturas, y cuenta cuentos; que les pone una maestra. Mientras se encuentra afuera, L. convive con los demás niños en principio un poco distante, posteriormente más activamente; cuando se encuentra su mamá con él, ella se pone a realizar las actividades con él, muchas veces indicándole cómo hacerlas o haciéndolas ella misma, y él da prioridad a su convivencia con ella, a su convivencia con otros pacientes.</p> <p>El 8vo día la mamá de L. le comenta que un niño de otro ambiente, con el que a veces convive J. otro niño del ambiente, tiene lombrices y que son "contagiosas", por lo que le dice que ya no va a salir al área recreativa, a lo que él responde quejándose y le pide que ya no conviva ni con J. ni con el otro niño. A lo que L. después de quejarse, accede.</p>	<p>Al principio de la relación L. se muestra tímido y aislado, con el paso de los días se nota un cambio en su conducta pues se muestra más comunicativo incluso con las demás personas que lo rodean.</p> <p>Su relación con sus padres es diferente, con su papá tiene una relación un poco menos comunicativa, se vuelve muy serio y trata de hacer las cosas bien para que no le llamen la atención; mientras con su mamá su relación es más estrecha, se comporta de una manera más infantil y se expresa abiertamente, sin embargo no se muestra ansioso cuando ella o su padre están ausentes o tienen que salir del ambiente, se comporta de una manera relajada y tranquila, incluso más cooperadora con el personal de salud.</p> <p>Con algunas Enfermeras L. tiende a bromear y jugar, les da su opinión respecto a algunos procedimientos y hasta les cuenta chistes, mientras con otras Enfermeras no se relaciona mucho y cuando no se encuentran presentes se queja de su trato.</p> <p>Con los demás Pacientes tiene una relación de solidaridad y compañerismo, aunque espera que todos se comporten de la manera que él quiere sin hacer distinción de su edad o su patología (por ejemplo en el caso del niño que estaba gritando es menor que él y con un padecimiento neurológico que altera su comportamiento).</p>	<p>L. se acepta a sí mismo como es, es capaz de entablar relaciones con otras personas y de adquirir confianza en ellas dependiendo del trato y la convivencia.</p> <p>Demuestra sentirse ansioso, principalmente con asuntos relacionados con su estado de salud y el progreso en su condición. Además de cuando se le plantean temas que lo hacen sentirse incómodo de alguna manera, como sus sentimientos.</p> <p>Su relación con sus padres es inherente a su dinámica familiar, a lo que él ha observado y por lo tanto aprendido.</p> <p>Su relación con otras personas tales como el personal médico y de enfermería, es de acuerdo al trato que éstos le brinden y la forma en la que se acerquen o no para ganarse su confianza.</p> <p>No se observa que tenga problemas para estar solo, ni que sea dependiente de la compañía de alguna persona en específico para sentirse seguro. La mayor parte del tiempo es autónomo, salvo cuando está su mamá.</p> <p>Utiliza todas las formas de comunicación que su etapa de desarrollo le permitan, su lenguaje es claro, se comunica verbalmente, puede utilizar señas en caso necesario para apoyar sus explicaciones.</p>	<p>Reforzar la capacidad del paciente para establecer relaciones con otras personas, y su autonomía, a través de la conversación o el modelaje (ejemplo).</p>	<p>Para realizar los registros, se le pide ayuda al paciente para hacer una pequeña entrevista el 5to día del Trabajo de Campo:</p> <p>E: ¿Qué es la confianza para Ti?</p> <p>L: Mmm no sé cómo explicarlo.</p> <p>E: ¿Cómo sabes cuándo confiar en alguien?</p> <p>L: Porque empezamos a ser amigos.</p> <p>E: ¿Cómo empiezan a ser amigos?</p> <p>L: Empezamos a hacer cosas juntos y a llevarnos bien.</p> <p>E: ¿Qué tiene que hacer una persona para empezar a ser tu amigo y ganarse tu confianza?</p> <p>L: Tiene que ser poco a poco y ganarse mi confianza, tratarme bien.</p> <p>E: ¿Cómo sabes cuando no puedes confiar en alguien?</p> <p>L: Porque no me llevo bien con esa persona.</p> <p>E: ¿Y podrías considerar por ejemplo a las Enfermeras como tus amigas?</p> <p>L: No a todas, a Ti sí.</p> <p>E: Pero con ellas hacer actividades y convives mucho.</p> <p>L: Pero es diferente, no me tratan igual.</p> <p>Después de esta pequeña entrevista se conversa con el Paciente para decirle que lo que los médicos o las Enfermeras le piden que haga o le dicen, aunque a él no siempre le guste o le duela o le cueste trabajo, son cosas que tiene que hacer para que se recupere o para que no empeore su estado.</p> <p>Durante el período de trabajo de campo, se fomentan las actividades recreativas que puedan incluir a todos los Pacientes del ambiente, no sólo a L. cuando se encuentra en la situación de que está gritando E. lo que se hizo fue acercarse a él e incluirlo en el juego, a su manera, con lo que él se calmó y los demás niños pudieron seguir jugando.</p>	<p>El paciente tiene una buena capacidad de socialización, aunque ésta se ve influida en parte por su mamá, quien decide si una relación es conveniente o no para él; corresponderá al desarrollo personal del paciente si esto cambia en el futuro.</p> <p>Sin embargo, se observa que es capaz de establecer sus propias relaciones sin problemas, y de distinguir cuándo confiar en una persona o en otra de acuerdo al trato que tenga con ellas.</p> <p>Además, así como su sistema de valores se encuentra aún en construcción, y requiere aún del modelaje de otros para hacerlos suyos, como es el caso de la tolerancia.</p>

5. Promoción y Aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos

Observación	Análisis de los Datos	Significado	Objetivos y Planeación	Implementación	Interpretación
<p>Cuando el papá de L. está presente, él se comporta más serio, sonríe menos, es más callado y reservado en sus respuestas. Al Preguntarle sobre sus sentimientos en determinadas ocasiones pj. al momento de saber lo que tenía en su pulmón, sólo responde que sintió preocupación; al preguntarle qué sintió cuando supo que lo tenían que operar respondió que su mamá se preocupó por "cómo iba a vivir con un solo pulmón" y que él también se preocupó un poco. Al preguntarle qué siente en este momento refiere que se siente "bien" y que cree que va a salir pronto del hospital, aunque no quiere hacerse muchas ilusiones. Tiene un juego de mesa en su buró el cual le pregunta a la paciente de a lado (de 17 años de edad) si quiere jugar con él, Ella acepta y juegan juntos, al parecer lo han hecho antes pues ambos conocen bien el juego. Cuando el paciente de enfrente le hace preguntas, también le responde. Bromea con la mamá de éste y con las Enfermeras que a veces le hacen bromas. Cuando se le hacen preguntas sobre sus sentimientos tiende a bajar o desviar la mirada. En ocasiones permanece con la mirada fija, como pensativo. Al preguntarle qué piensa algunas veces refiere sentirse preocupado por su estado, que está aburrido o que ya se quiere ir a su casa (Colima) porque ya ha estado mucho tiempo en el hospital.</p> <p>Cuando el médico tratante le dijo al papá de L. que tenía que hablar con él respecto a la intervención quirúrgica que tenían que realizarle (sin mencionarle que era sobre esto) y éste se fue con él. L. se puso serio y distraído, realizó su fisioterapia manteniendo la mirada fija, obedeciendo las indicaciones que le daban sin cuestionar ni aportar nada. Se observaba callado y distante, cuando su papá regresó inmediatamente le preguntó qué le había dicho el médico a lo que su papá le respondió que aunque no quería que lo supiera, consideraba justo decirle la verdad, que tendrían que intervenirle al siguiente día pues se le había hecho una fístula y estaba drenando pus. L. no dijo nada, únicamente asintió con la cabeza; su papá le dijo que no se preocupara, que no era su trabajo preocuparse, que esa era tarea de él, L. ya no comentó nada más, y siguió con las actividades normales, aunque en ocasiones mantenía fija la mirada en algún punto de su cama.</p> <p>Cuando su papá entra en la visita, no se mantiene cerca de L., se asoma por la ventana o prefiere salir a comparar algo de comer, lo saluda con un beso en la cabeza y se despide de la misma manera, cuando salió de la intervención quirúrgica y estaba en el servicio de hospitalización nuevamente, su papá le expresó que lo quería mucho y le dio un abrazo, pegando su frente con la de L. Cuando es su mamá la que entra, al saludarlo lo abraza, lo besa y le dice que lo ama, a lo que L. responde de la misma manera, acariciando su rostro, tomando su mano y diciéndole que la ama.</p> <p>Cuando se le pregunta a L. qué siente, responde lo que siente físicamente, ya sea cansancio, dolor, sueño, etc. Si se le especifica sobre sus sentimientos, él responde que se siente bien.</p> <p>En una ocasión cuando tiene que hacer rehabilitación, expresa que no quiere hacerlo porque le duele, tras insistir un poco, la fisioterapeuta le explica que es por su bien, que sí le dolerá pero que es para que se recupere pronto, L. accede a realizar los ejercicios y aunque llora un poco los continúa haciendo.</p> <p>En otra ocasión que L. quería salir a la sala de recreación y la Enfermera no se lo permitió, él se puso a llorar, su mamá lo estuvo consolando y una Dama voluntaria se acercó también, y le comentó que estaba bien que llorara, que a veces es algo bueno hacerlo.</p>	<p>El Paciente no es muy expresivo respecto a sus sentimientos, únicamente describe con facilidad lo que siente físicamente. Muchas veces no hace una distinción entre una cosa y otra. Incluso en una situación como la que se presentó de tener que someterse a una nueva intervención quirúrgica no refiere verbalmente lo que piensa o siente.</p> <p>En su relación con sus padres, se observa que su papá es poco expresivo con él en cuanto a sentimientos, salvo ocasiones especiales como cuando salió de su intervención quirúrgica. Por lo que cuando L. está con él, se comporta de la misma manera. Contrariamente su mamá es muy expresiva con él y él tiende a abrirse y comportarse más abiertamente cuando está con ella.</p> <p>En su relación con las demás personas distingue cuando otro niño se siente mal y no quiere hablar, por lo que él tampoco le habla o trata de animarlo en su caso.</p> <p>Con el personal médico depende de qué persona sea y qué tanta confianza le tenga para expresar cuando quiere algo, cuando algo le gusta, no le gusta, le duele o le molesta.</p>	<p>Por la etapa de desarrollo en la que se encuentra, L. debería ser capaz de identificar sus sentimientos, aunque es probable que no lo haga dependiendo de lo que ha aprendido dentro de su núcleo familiar.</p> <p>Puede ser que no exprese sus sentimientos porque no reconoce el sentimiento que está experimentando o en ese momento y/o que no sepa cómo expresarlo.</p> <p>Además es normal que dependiendo del nivel de confianza que tenga en la otra persona sea lo que él le exprese o cómo se comporte.</p>	<p>Ayudar a L. a reconocer sus sentimientos y cómo manifestarlos.</p> <p>Fomentar su confianza para que lo pueda hacer tanto con él mismo como con otras personas,</p>	<p>Se pide la colaboración del Paciente para platicar un poco mientras él se encontraba coloreando un dibujo.</p> <p>E: ¿Qué es para Ti el miedo?</p> <p>L: Como cuando alguien te asusta o estás nervioso por algo.</p> <p>E: ¿Qué sientes cuando tienes miedo? ¿Cómo sabes que lo que sientes es miedo?</p> <p>L: Porque me siento como ansioso, volteo a ver hacia la puerta, como si sintiera que algo va a pasar.</p> <p>E: ¿Cómo sabes que es miedo y no nervios?</p> <p>L: Porque con el miedo sientes como una amenaza.</p> <p>E: Cuando te rascas tu brazo o tu cabeza lo haces ¿por miedo o por nervios?</p> <p>L: Por nervios</p> <p>E: ¿Qué es para ti la Alegría?</p> <p>L: Cuando estás muy contento por algo, cuando algo te hace feliz.</p> <p>E: ¿Qué sientes cuando estás Alegre?</p> <p>L: tengo ganas de hacer muchas cosas, y estoy más activo, y sonrío.</p> <p>E: ¿Qué es para ti la tristeza?</p> <p>L: Cuando pasa algo malo y te sientes mal.</p> <p>E: ¿Y qué sientes cuando estás triste?</p> <p>L: no tengo ganas de hacer nada, me siento irritable y me pongo serio.</p> <p>E: ¿Crees que cuando alguien está triste llora?</p> <p>L: Si.</p> <p>E: ¿Tú lo haces?</p> <p>L: Si, a veces.</p> <p>E: ¿Y qué es para ti estar enojado?</p> <p>L: cuando estás irritable pro algo.</p> <p>E: ¿Tú qué sientes cuando estás enojado?</p> <p>L: me siento muy irritable y me pongo serio.</p> <p>E: Y ¿Cuál es la diferencia cuando estás triste y cuando estás enojado?</p> <p>L: Que cuando me enojo grito, grito a la primera persona que se me atraviese.</p> <p>E: ¿Aunque no tenga la culpa de que estés enojado?</p> <p>L: Si.</p> <p>E: ¿Cómo te sientes después de gritar?</p> <p>L: Si no tenía la culpa a veces mal, pero si la tenía no. Además después de gritar me siento bien, como desahogado y se me quita el enojo.</p> <p>E: ¿Sabes qué es Afecto?</p> <p>L: Si, cuando sientes que quieres a alguien.</p> <p>E: ¿Qué sientes cuando quieres a alguien?</p> <p>L: Me siento tranquilo con esa persona, así como relajado, me siento bien. Hablo con él, respecto a que cada persona siente diferente, lo que una persona siente cuando se enoja puede ser diferente de lo que otra persona siente cuando está enojada, cada quién lo demuestra a su manera. Y a veces, nosotros queremos a una persona y creemos que esa persona no nos quiere, pero esto no siempre es cierto, sino que esa persona tiene su propia manera de demostrar lo que siente por nosotros, en vez de usando besos y abrazos, preocupándose o diciéndonos lo que es mejor para nosotros. Que es importante saber lo que estamos sintiendo pj. Cuando se pone nervioso, para que pueda saber por qué se siente así, y cómo debe de expresarlo, porque no es malo que lo haga, si se siente triste, puede llorar, y si se siente nervioso por algo puede platicarlo con alguien o tratar de resolver eso que lo pone nervioso. Pero el rascarse es algo que lo lastima y le causa un riesgo porque puede infectarse.</p>	<p>Los primeros días de convivencia con el paciente, se observó que tenía dificultades para identificar y comunicar sus sentimientos, a diferencia de los últimos días de convivencia con él, en los que se observa que tiene una mayor apertura para expresar lo que siente. Dejó de rascarse cuando se sentía ansioso con lo que la dermatitis de su brazo y sus piernas remitieron.</p> <p>Corresponderá a él tomar para su vida lo aprendido durante esta relación, por ejemplo en el caso de aprender que no todos expresamos lo que sentimos de la misma manera.</p>

6. Solución creativa de problemas en el Proceso de Cuidado

Observación	Análisis de los Datos	Significado	Objetivos y Planeación	Implementación	Interpretación
<p>L. relata detalladamente el curso de su enfermedad, comentó que inició un año atrás, cuando él estaba en la escuela jugando con el remache de un botón en la boca que sin querer aspiró y comenzó a ahogarse, por lo que su maestro le dio agua para que se lo pudiera "pasar" creyó que se lo había tragado, pero a partir de ese momento empezó a tener mucha tos, sus papás lo llevaron con diferentes médicos que le dieron desde tratamiento para infección en vías respiratorias, para alergias y para asma, pero continuaba con los ataques de tos. Hasta que comenzó a "toser sangre" lo llevaron al Hospital Civil de Guadalajara, donde le sacaron una placa y se dieron cuenta de que lo que tenía era que había aspirado un cuerpo extraño; le dijeron que no podían tratarlo ahí y lo mandaron al D.F. para que lo trataran. Aquí le hicieron una broncoscopia y determinaron que necesitaban quitarle 2 partes del pulmón derecho, pero al hacer la cirugía no pudieron salvar la otra parte y se lo extrajeron completo. Y le dejaron el drenaje pleural que tiene para que terminara de drenar la sangre que quedó adentro de la cavidad en que antes estaba su pulmón.</p> <p>Observé que tenía eritema en la parte posterior de sus muslos y en sus glúteos, lo que él me explicó que se le formó por estar hospitalizado en la terapia intensiva ya que no podía moverse.</p> <p>Así mismo me refirió que una de las dos venoclisis que tenía instaladas estaba "dura" y me pidió que se la quitara, porque no le estaban pasando nada por ahí y en la otra tenía sólo la morfina.</p> <p>Dentro de las indicaciones médicas se encuentra que debe conservar el oxígeno por nebulizador a un 35% constante, él no se queja de tener que portar la mascarilla todo el tiempo, se la retira para comer pero siempre mantiene hacia él el tubo de oxígeno.</p> <p>Cuando se le realiza baño de esponja propone que para cambiar sus sábanas cuando no se puede levantar de la cama es más fácil si él se sienta en vez de colocarse en decúbito lateral ya que esto le duele.</p> <p>Cuando es la hora de la comida y no le han dado su medicamento, él le recuerda a la Enfermera que se tiene que tomar su pastilla con los alimentos.</p> <p>Cuando le realizan curaciones de su catéter o de su sonda, recuerda las fechas para que no se las realicen nuevamente antes de tiempo, o avisa cuando tiene despegados los parches o sucias las gasas. Así mismo describe cómo le hacen las curaciones.</p> <p>Los días anteriores a su intervención quirúrgica la mamá de L. no se encontraba, sólo su papá, el servicio de estomas le proporcionó una espuma y un ungüento que se debía aplicar en sus muslos y glúteos, explicándole el procedimiento a su papá. Cuando su mamá regresa, es el Paciente quien le dice que tiene que aplicarse la espuma y el ungüento después de bañarse y le explica de qué forma debe de hacerlo.</p>	<p>L. conoce su padecimiento, sus implicaciones y su tratamiento.</p> <p>Conoce la dinámica del servicio en el que se encuentra y de los procedimientos que se realizan normalmente en el hospital. Se muestra participativo y opina respecto a lo que le parece mejor para su propio tratamiento y para realizar los procedimientos que se tienen que realizar con él, demostrando así interés en su estado de salud y en el tratamiento para su mejoría.</p>	<p>Ya que el paciente se encuentra en la transición de una etapa de desarrollo a otra, comienza a tener un razonamiento hipotético lo que le permite reflexionar sobre cómo desempeñar algunas actividades.</p> <p>El paciente tiene una participación activa en su tratamiento, propone cómo podrían realizarse las actividades o los procedimientos para tener un mejor resultado, se realicen con mayor facilidad o le provoquen menos molestias. Sin embargo el personal médico y de enfermería no siempre toma en cuenta sus opiniones o sus propuestas.</p>	<p>Promover la participación activa del Paciente en su tratamiento y que a través de sus comentarios y sugerencias brindarle un cuidado individualizado, de acuerdo a lo que sea suscitado en el aquí y ahora.</p>	<p>Se escuchan activamente las opiniones del Paciente respecto a su tratamiento y a los procedimientos que se le realizan, por ejemplo cuando él refiere dolor en el área circundante a la venoclisis, se le retira y se le coloca en otro lugar, tomando en cuenta sus sugerencias de dónde le duran más tiempo o dónde es más fácil "encontrar" sus venas.</p> <p>Cuando se encontraba en la terapia intensiva el Paciente refería dolor a la movilización, para darle baño de esponja, cooperaba moviéndose tanto como podía, además de sugerir cómo se podría cambiar su ropa de cama sin que él se pusiera en posición decúbito lateral, colocándose en posición fowler. A lo que entre los dos buscamos una forma de cómo podría tomar su brazo sin lastimarlo o provocarle dolor y asistirlo en su movilización.</p> <p>En el mismo servicio el médico neumólogo avisa que va a recortar la sonda pleural, L. me refiere que no quiere que la acorten ya que si la tiene más corta no puede moverse con facilidad, lo que yo le informo al médico para que lo tome a consideración, llegando a un acuerdo del largo más adecuado de la sonda para permitirle tener libertad en sus movimientos y a su vez disminuir el riesgo de que ésta se salga de su lugar por tener un largo excesivo.</p> <p>Cuando el Paciente refería que no quería comer ya que no le agradaban los alimentos, buscaba la forma de que comiera, ya fuera preguntando en la cocina si era posible cambiarlos o negociando con él que se comiera sólo una parte.</p> <p>Al detectar la necesidad de mejorar la higiene del Paciente se busca la forma de que pueda lavar sus manos sin levantarse de su cama, acercándole jabón y un lebrillo con agua.</p> <p>Se realiza la curación del sitio de colocación de la sonda torácica, mientras el Paciente enumeraba los materiales utilizados para este fin y cómo realizaban el procedimiento los médicos del servicio u otras enfermeras y mencionando cómo le parecía mejor a él o cómo le provocaba menos dolor.</p> <p>Al sentirse mejor físicamente, se le permitió al Paciente salir al área recreativa a realizar actividades, para lo que se llega a un acuerdo de las condiciones en que debe salir (con cubrebocas y sentarse en una silla de rueda) y se moviliza con el sello de agua (ya que no tiene succión) y con un tripie para sus soluciones.</p> <p>Durante el trabajo de campo, de acuerdo a la situación se pregunta al Paciente su opinión respecto al o que se realiza o se pide que aporte ideas, se realizan intervenciones de acuerdo a la situación del momento, buscando la mejor alternativa.</p>	<p>Durante el momento de cuidado se logra tener una participación del paciente para la mayoría de los procedimientos o actividades, salvo algunas ocasiones que se mostraba reticente por el dolor que suponía realizarlas, por ejemplo durante la fisioterapia. A pesar de lo cual se logró dar un cuidado individualizado de acuerdo a la situación de ese momento, lo que requirió un proceso creativo de parte mía incluso para lograr el acercamiento al paciente.</p>

7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje transpersonal

Observación	Análisis de los Datos	Significado	Objetivos y Planeación	Implementación	Interpretación
<p>Llegué a presentarme con L. y con su papá, les expliqué que acababa de terminar mi servicio social, que estaba haciendo una tesis para titularme y que quería aplicar un instrumento de cuidado, para lo que necesitaba un niño, expliqué brevemente de qué se trataba la teoría en la que está basado y le pedí permiso a su papá para hacerlo a lo que él me respondió que entre mejor cuidado estuviera su hijo era mejor para él, y posteriormente le pedí permiso a L. para trabajar a lo que él sólo asintió con la cabeza. El primer día L. no me miraba fijamente, respondía a mis preguntas pero no hacía preguntas él, se mostraba algo tímido y distante, yo le hablé un poco más de lo que se trataba mi proyecto, y le dije que para mí era importante conocer lo que él pensaba y lo que él sentía, cuando algo no le pareciera o cuando quisiera agregar algo, a lo que él dijo que estaba de acuerdo.</p> <p>Al segundo día la interacción fue similar, pero ya había un poco más de contacto, dado que nos informaron de que L. sería intervenido quirúrgicamente nuevamente se tuvo la oportunidad de platicar con el paciente acerca de lo que pensaba de la cirugía y sobre sus sentimientos, se hizo mención de algunas creencias personales tales como que cada persona es especial e importante, y que lo que sucede tiene una razón de ser y que era importante que él tuviera fe en sí mismo para seguir adelante.</p> <p>Durante su estancia en la terapia intensiva acompañé a L. le pedí que compartiera conmigo cómo se sentía, sus inquietudes y necesidades.</p> <p>En los días posteriores pudimos convivir un poco más ya que no siempre se encontraban sus papás y podíamos platicar sobre los temas que me ayudó a integrar en mis reportes, además de otros temas que a él le gustaban como los animales y la biología. También se realizaron actividades como colorear dibujos, juegos de mesa y se observó cómo tenía más apertura para expresar lo que le gustaba, lo que le desagradaba, para pedir las cosas o compartir sus pensamientos. A la vez que se iba dando este acercamiento en la interacción se iba notando su mejoría física, pues él ya tenía más fuerzas para moverse y para realizar otras actividades, el dolor iba disminuyendo y cada vez él se notaba más activo.</p> <p>Ya para hacer el cierre de la relación, se observaba un poco triste, pero se le agradeció todo lo compartido y se intercambiaron buenos deseos.</p>	<p>Durante la relación de cuidado se realizaron actividades que abarcaran el aspecto nutricional, higiénico, de identificación y expresión de sentimientos y emociones, de desarrollo y aceptación de la sensibilidad propia y hacia los demás, se fomentó la tolerancia, la comunicación asertiva, la colaboración con los otros, se enseñó la forma de respirar para gastar energía y se identificó la etapa de duelo que vive, con sus características para definir cómo manejarlo.</p>	<p>Debido a la edad cronológica del Paciente y la etapa de desarrollo en la que se encuentra, el Paciente tiene algunas necesidades, se encuentra en formación y aprende principalmente a través de modelaje. El padecimiento del paciente, encontrarse lejos de su entorno normal y su estancia en una institución hospitalaria, hacen que necesidades que en una situación distinta estarían satisfechas, se encuentren alteradas. Cada momento de cuidado requiere atender la necesidad prioritaria del momento.</p>	<p>Tener una relación de Cuidado transpersonal, y estar presente en el momento de Cuidado.</p>	<p>Se implementa el estar presente en cada momento de cuidado, poniendo atención a la necesidad prioritaria de acuerdo a la situación.</p> <p>En los horarios de desayuno y de comida, se negocia con el Paciente para que ingiera sus alimentos aunque no sean de su agrado. Y se promueve una nutrición balanceada.</p> <p>Vigilar el adecuado aporte de oxígeno, la presencia o ausencia de datos de dificultad respiratoria, asistir al Paciente en las actividades que requería un esfuerzo físico mayor como bajar y subir de la cama, así como la deambulacion.</p> <p>Asistir al Paciente en su movilización, en su aseo personal, así como la promoción de una higiene adecuada, el lavado de manos antes de ingerir los alimentos y después de usar el cómodo o el orinal.</p> <p>Se promueve la expresión de los pensamientos, sentimientos y emociones, a través de la escucha activa, sin emitir juicios morales, haciendo modelaje respecto al trato tolerante a las demás personas.</p> <p>Se participa en la rehabilitación física y la fisioterapia respiratoria. Recibiendo capacitación del personal de rehabilitación y buscando en conjunto la mejor forma en que el Paciente puede eliminar las secreciones sin lastimarse.</p> <p>Se plantea al Paciente la importancia de seguir su tratamiento, de cuidar su alimentación, de realizar los ejercicios de rehabilitación y fisioterapia respiratoria indicados a pesar del dolor, de la comunicación de sus sentimientos y de mantener una buena higiene personal.</p> <p>Se realizan actividades recreativas con él y con otros Pacientes en su ambiente.</p>	<p>Con base en la teoría de Watson que refiere que una relación de cuidado transpersonal connota una "conexión" especial con la otra persona y con su existencia, como un ideal moral donde la mayor preocupación de la enfermera es la preservación de la humanidad y la dignidad del otro. Y que en esta relación ocurre una unión espiritual entre dos personas, donde ambas son capaces de trascender su ser, el tiempo, el espacio y la historia de vida de cada uno; se logró cumplir el objetivo de vivir una relación de cuidado transpersonal con el paciente. Se observó el cambio en la relación con el aumento de la confianza y cómo puede esto ayudar a conocer las verdaderas necesidades del paciente. Además se notó la diferencia de la relación entre el paciente y yo, y entre el paciente y los otros integrantes del equipo de salud.</p>

8. Provisión de un entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual					
Observación	Análisis de los Datos	Significado	Objetivos y Planeación	Implementación	Interpretación
<p>El ambiente donde se encuentra L. es amplio, hay 4 camas, 2 de cada lado. La cama de L. tiene sus 2 barandales pero no se sube el del lado derecho porque está su sonda pleural, además tiene 2 manijas con las que se puede ajustar el respaldo y la parte inferior de su cama para darle posición; la altura de la cama le permite bajarse y subirse de esta con ayuda de un banco de pie. A su lado izquierdo están las tomas de oxígeno y de aire, de aquí está conectado su nebulizador. Así mismo de este lado tiene un buró, donde se guardan sus cosas personales. Tiene una mesita con ruedas propias, que utiliza para comer y para realizar las actividades como dibujos o juegos. Para que no tengan que levantarse al sanitario los pacientes en cada cama hay un orinal y un cómodo, de uso personal.</p> <p>El ambiente tiene ventanas amplias y grandes que dan hacia la calle pero que no pueden abrirse, hacia el pasillo solo tiene una entrada, sin puerta, con ventanas transparentes, que tampoco se abren. Cuando sale el sol, su luz se refleja directamente hacia el ambiente, con lo que se eleva la temperatura a pesar de que se cierran las cortinas. No hay aire acondicionado.</p> <p>Los horarios de visita son de las 8:30 a 13:30 y de 15:30 a 19:30. Dando tiempo para que los padres de los pacientes estén con ellos cuando se les dan sus dietas, y al mismo tiempo tengan tiempo de ir a comer. Sin embargo estos horarios son modificables de acuerdo a la situación del paciente, pudiendo tener un pase de 24 horas cuando su condición es muy delicada.</p> <p>El personal de intendencia pasa constantemente por los ambientes haciendo el aseo cuando es necesario. L. se relaciona con los demás pacientes y con sus familiares de forma constante, haciendo bromas, o dándose apoyo. Se observa que constantemente c. el paciente que se encuentra en frente de L. expresa tristeza y llora, a lo que ni el personal de salud, los demás pacientes o sus familiares, hacen alusión.</p>	<p>El ambiente proporciona los aditamentos necesarios para que el Paciente reciba su tratamiento y para que se realicen los procedimientos necesarios para el mismo propósito. Los horarios de visita permiten que el Paciente conviva con sus padres y comparta con ellos los momentos del desayuno, comida y cena, además de que pueden ayudar en algunos procedimientos como el baño de esponja, y permanecer con él gran parte del día.</p> <p>El ambiente en el que se encuentra el Paciente es muy caluroso y al no contar con aire acondicionado es difícil modular su temperatura a pesar de que se cierran las cortinas para que no dé el sol directamente.</p> <p>El ambiente se observa con una limpieza adecuada.</p> <p>El entorno emocional está libre de juicios si alguno de los Pacientes o sus familiares manifiesta algún sentimiento, en la mayoría de los casos los demás se vuelven solidarios en cuanto a que ellos mismos también se encuentran fuera de su entorno normal y conocen el estrés de estar hospitalizados.</p>	<p>El ambiente y mobiliario en general son adecuados para la atención a la salud del niño, salvo la temperatura. Los horarios de visita están establecidos por la Institución en base a estudios y experiencias de que son los más convenientes para los niños.</p> <p>El encontrarse en situaciones parecidas hace que las personas se solidaricen y se muestren empáticos y comprensivos con las otras personas, lo cual suele suceder en las Instituciones de salud entre familiares y pacientes.</p> <p>El entorno permite el desarrollo espiritual en el sentido de no emitir juicios al respecto y no existir prohibiciones explícitas del ejercicio de sus creencias.</p>	<p>Proveer un entorno que ayude a corregir la desarmonía del Paciente, en el que se le brinde apoyo y se sienta protegido tanto física como mental, sociocultural y espiritualmente. A través de estando auténticamente presente, y preservar su integridad y dignidad.</p>	<p>En todo momento de cuidado se trató de aprovechar lo que el ambiente hospitalario provee para la atención y cuidado del Paciente, cuidando los recursos y haciendo un uso adecuado de ellos, desde la cama para darle posición a la hora de tomar sus alimentos o para su descanso pues no puede permanecer en decúbito dorsal, los insumos al momento de ministrarle sus medicamentos, cambiar sus soluciones parenterales o realizarle las curaciones necesarias.</p> <p>Se limpia el buró donde el Paciente guarda sus objetos personales el paciente y su mesa diariamente, y cada vez que es necesario.</p> <p>La ropa de cama se cambia diario también. Se procura mantener el ambiente en orden, incluyendo sus cosas personales dentro de su buro. Los orinales y cómodos limpios.</p> <p>Así como se promueve la expresión de los sentimientos del Paciente, sin juzgarlos, se promueve la expresión de los demás Pacientes y se trata de crear un entorno positivo, realizando actividades como juegos, que permitan que los pacientes y sus familiares se distraigan, se cuentan chistes y se hacen bromas, entre todos, para mejorar el estado de ánimo de todos.</p>	<p>El ambiente terapéutico en el que el niño se encontraba era de apoyo y protección sobre todo en el área física. Y me da cuenta que cualquier cambio en el estado anímico de alguno de los pacientes modifica todo el entorno terapéutico y también pude percatarme que gracias a la solidaridad que tienen entre todos se dan apoyo y son solidarios entre sí, con ello se rompen las tensiones con actividades que dan un giro positivo al ambiente. Así mismo es difícil permanecer con un solo paciente sin interactuar con los que se encuentran en el mismo ambiente, se intenta integrarlos cuando es posible a las actividades, recordando que para lograr una armonía es necesario armonizar el ambiente externo ya que influye directamente en el interno. En lo que no es posible influir es en la temperatura del ambiente, ya que no tiene aire acondicionado y no es posible disminuir esta temperatura, por lo que las intervenciones se realizan buscando que con sus vestimentas los pacientes se mantengan frescos y también se trata de que mantengan un adecuado estado de hidratación. Al encontrarse en un ambiente hospitalario, el paciente tiene riesgo de adquirir una infección cruzada, a pesar de las medidas de seguridad, es un riesgo del que se informa a los padres y al paciente, para que ellos también cumplan con las medidas de higiene y seguridad implantadas para disminuirlo.</p>

9. Asistencia en la gratificación de las Necesidades Humanas					
Observación	Análisis de los Datos	Significado	Objetivos y Planeación	Implementación	Interpretación
<p>L. fue operado de una neumonectomía derecha para remover un cuerpo extraño alojado en su pulmón derecho desde un año antes, permanece con un aporte de oxígeno constante por mascarilla y nebulizador al 35%. Se cansa si realiza mucho esfuerzo, si habla mucho o se sienta en posición fowler o se recuesta en decúbito dorsal. Al 3er día del periodo de aplicación el instrumento, L. es intervenido quirúrgicamente nuevamente para cerrar una fístula bronquial que se le había formado y que estaba drenando por la sonda pleural que tenía colocada. Cuando sale de la intervención se informa que la cirugía fue exitosa y sale con otra sonda pleural que sólo drena contenido serohemático. La comida refiere que tiende a ser muy repetitiva y muchas veces no le gusta, es alérgica a los mariscos. L. tiene obesidad mórbida e hiperinsulinismo, que ya se encuentra en tratamiento con metformina. Debido a que su padecimiento es pulmonar, el Paciente tiene control de líquidos, para que no tenga una recarga hídrica que afecte su condición. Para que no tenga que ir al sanitario, L. orina en el orinal y utiliza el cómodo. Requiere ayuda para movilizarse debido a que tiene la sonda, para subirse y bajarse de la cama utiliza un banco de pie. Antes de la intervención quirúrgica L. presenta hipotermias, después de la intervención se mantiene eutérmico. L. refiere no tener problemas en general para dormir y para descansar, salvo en algunas ocasiones que tiene que bajar a algún estudio él, o que le realizan algún procedimiento a él u otro paciente por lo que hay algo de ruido y prenden las luces. Para evitar el dolor se mantiene con infusión continua de morfina. Se observa que L. suda mucho por lo que su ropa de cama se encuentra húmeda en las mañanas, además después de orinar o evacuar no se lava sus manos; ni antes de ingerir sus alimentos. L. puede estar solo o acompañado, no muestra ansiedad cuando no está ninguno de sus padres con él. La mamá de L. cuando se encuentra con él le da besos, abrazos, toma sus manos, le dice que lo ama, y cuando regresó de viaje le entregó a L. dos cartas, una de su hermana menor y otra de su tía, en las que le recuerdan que lo quieren y que esperan que regrese pronto. Así mismo le refiere que varios de sus amigos y profesores le mandaron saludos y su apoyo, que lo quieren mucho y que le desean que se recupere pronto. Al preguntar el grado escolar en que se encuentra L. su papá responde por él, que estaba en 1ro de secundaria pero que seguramente ha perdido el año, refirió que L. no es un alumno con buenas calificaciones, que es "mejor decir la verdad" que es un alumno regular pero a pesar de eso agradece tenerlo con vida.</p>	<p>La necesidad prioritaria en el sentido fisiológico es la necesidad de respirar, a pesar de que la de alimentación es importante debido a la condición del Paciente. La distermia observada es secundaria al proceso infeccioso que atraviesa el paciente. Las demás necesidades fluctúan de acuerdo a la situación en que se encuentre. La mayor parte del tiempo la necesidad de protección de L. se observa en el fondo ya que se encuentra tranquilo a pesar de que no estén sus padres. Gracias a los comentarios de su mamá, y a conversaciones que se sostienen con L. es posible percatarse de que L. tiene amigos en su localidad, además en el Hospital tiene una buena relación con los demás Pacientes y con sus familiares. Únicamente llama la atención su relación con su papá, ya que suele ser algo rígida, pero esto se relaciona con su dinámica familiar. En la necesidad de estima baja L. se da su lugar por ejemplo al momento de jugar con los demás, si los juegos de mesa son suyos es él quien pone las reglas o quien dirige. Mientras en la necesidad de estima alta, L. se acepta a sí mismo como es, refiere estar contento con cómo es él tanto físicamente como en su personalidad. En su necesidad de autorrealización se observa que el paciente recibe motivación por parte de su familia, y que él mismo se anima a echarle ganas a su tratamiento porque quiere regresar pronto a su casa.</p>	<p>Antes de la Intervención Quirúrgica las Necesidades prioritarias eran las fisiológicas, que tenían que ver con respirar y con evitar el dolor. Después de la intervención se fluctúa entre todas las necesidades dependiendo de la situación, pero principalmente en las necesidades fisiológicas de respiración e higiene.</p>	<p>Satisfacer las Necesidades del Paciente, De acuerdo al momento en que éstas se vuelvan prioritarias para él.</p>	<p>De acuerdo al momento, se ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades, se está al pendiente de los datos de dificultad respiratoria que pueda presentar, se vigila que el aporte de oxígeno sea adecuado, a pesar de que los últimos días de trabajo de campo, el Paciente estuvo algunos ratos durante el turno sin oxígeno, tolerando bien. Únicamente lo necesitaba para realizar actividades como la fisioterapia, o después de haber hecho esfuerzo. Se mantiene el control y balance hídrico del Paciente. Y en las ocasiones que no le gustaba la comida se pidió a la dietista que le cambiara a otro platillo disponible que pudiera ser de su agrado (en la medida de lo posible de acuerdo a la disponibilidad de los recursos del Hospital). Incluso se le recomienda que antes de irse del hospital cuando lo den de alta, pase con la dietista para que pueda sugerirle una dieta acorde a sus requerimientos, que le ayude a tener el peso que necesita. Se mantuvo vigilada la temperatura del Paciente debido a su tendencia a la hipotermia anterior a su intervención quirúrgica, al no poder cambiar la temperatura del ambiente, se procuraba que su vestimenta fuera fresca. Cuando el Paciente requiere satisfacer sus necesidades de eliminación se le acerca lo que necesite para este fin. Debido a que el paciente adquirió una infección en vías urinarias secundaria a la instalación de una sonda vesical el día de su intervención quirúrgica, estuvo tomando tratamiento con fenazopiridina la cual teñía su orina de color anaranjado, lo que contribuyó para explicarle al paciente la importancia de que se lavara sus manos, ya que se le mostró que tenía manchas anaranjadas en su cara, en sus manos y en muchas partes de su ropa, con lo que él se da cuenta de que su higiene no siempre es adecuada. Anteriormente se le había mencionado que era importante que realizara su lavado de manos y que cuidara de no rascarse la zona donde tenía eritema porque era posible que al rascarse contrajera una infección. A partir de ese momento se le acercaba un lebrillo al paciente para que pudiera lavarse sus manos después de orinar y antes de ingerir sus alimentos, y se le comentó a su mamá que era recomendable que hiciera lo mismo ella por las tardes, para que se le hiciera un hábito. También se tuvieron cuidados de la herida quirúrgica del paciente y del sitio donde está insertada la sonda pleural, lavando siempre con agua y con jabón y en el caso de la sonda cambiando los parches, de la misma forma se tuvo cuidado con el catéter central. Y se vigiló que después de cada baño de esponja se le aplicaran la espuma y el ungüento en la zona de los muslos y los glúteos. Además se observó que de rascarse el pliegue del brazo izquierdo, el paciente comenzaba a presentar eritema similar al de la zona de sus glúteos, con lo que se le ejemplificó lo que pasaba si seguía rascándose así y sin lavarse las manos. También se ministraron los medicamentos que el paciente tenía indicados y se realizó la preparación y el cambio diario de sus soluciones parenterales. A lo largo de los días de trabajo con el Paciente, la dosis de morfina se va disminuyendo hasta que se le retira por completo, dejando en su lugar buprenorfina, a la cual también se le va disminuyendo la dosis progresivamente. Al regresar al servicio de hospitalización, saliendo de la unidad de terapia intensiva, se le pregunta a L. cómo se sintió durante su estancia en la terapia, ya que había referido con anterioridad que la última vez que estuvo ahí se había sentido mal ya que nadie le hacía caso y él se ponía muy ansioso; a lo que él contestó que había sido diferente y no había tenido miedo ya que Yo había estado con él. Se platicó con el Paciente para conocer lo que lo motivaba a querer recuperar pronto su salud, actividades que a él le gustan como coleccionar fósiles y su deseo de ser biólogo cuando crezca.</p>	<p>A pesar de sólo tener el 50% de su capacidad pulmonar siguiendo la alimentación y las terapias recomendadas el paciente puede tener una buena calidad de vida. Al término del periodo del trabajo de campo, el drenaje por la sonda pleural era mínimo, y todo el que hubo en días anteriores fue serohemático, el último fue de contenido hemático no coagulado, por lo que el médico refirió que pronto se le retiraría la sonda pleural y que la fístula bronquial mostraba aparentemente un buen proceso de cicatrización, al igual que la herida quirúrgica. Posteriormente a la intervención quirúrgica el paciente se mantuvo eutérmico. Al decirle que no debía rascarse, no hizo mucho caso al principio, hasta que él observó que el eritema estaba saliendo también en su brazo dejó de hacerlo. De la misma forma con su lavado de manos, necesitó comprobar cómo cuando tocaba el orinal y después se tocaba cualquier parte del cuerpo el tinte del antiséptico urinario quedaba sobre la piel, lo que le permitió darse cuenta de que necesitaba lavarse las manos y que no tenía una buena higiene y así cambiar sus hábitos. Apoyar en toda la satisfacción de no sólo las necesidades fisiológicas, sino también en todas las demás, ayuda al paciente a que él mismo tenga conciencia para satisfacer él mismo sus necesidades.</p>

10. Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas y espirituales					
Observación	Análisis de los Datos	Significado	Objetivos y Planeación	Implementación	Interpretación
<p>A lo largo del Periodo de Trabajo de Campo, L. no hace alusión a la muerte, no emplea este término. Sus padres utilizan constantemente la frase “agradecemos que está con bien” o “aunque ya no tenga un pulmón al menos sigue con nosotros”, que en ocasiones L. también repite, llega a referir “a pesar de lo que pasó estoy bien”.</p> <p>En determinadas ocasiones, sobre todo al principio de la Relación de cuidado, cuando su papá hizo alusión al padecimiento de L. menciona que si L. hubiera dicho la verdad habría sido mejor, pero que al menos seguía vivo, a lo que L. refiere que no les dijo la verdad a sus papás porque antes no tenían una buena comunicación, pero “ahora ya la tienen”.</p> <p>Se observa que L. conoce el curso de su enfermedad y su tratamiento, en ocasiones también conoce los procedimientos y los estudios que les realizan a otros pacientes, o alcanza a escuchar de lo que en el pase de visita los médicos refieren respecto a sus estados de salud, está pendiente a este respecto. También conoce los estudios de gabinete, refiere saber lo que es una resonancia, un ultrasonido, tomografía y radiografía, incluso sabe los estudios que les realizan a cada uno de los demás pacientes que se encuentran con él.</p>	<p>Por algunos comentarios hechos especialmente por el padre de L. se infiere que de alguna forma le han dicho que fue su culpa por haber estado haciendo algo que no debía (jugar con el remache en la boca) y por no haber dicho la verdad. La mamá de L. en alguna ocasión comenta que también por lo que le pasó tuvieron que dejar a su hermana sola y ella no lo ha tomado muy bien.</p> <p>Se trata de abordar el tema de la vida y de la muerte con L. pero no accede a conversar al respecto. Por la edad cronológica de L., debe considerar la muerte como algo real, que incluye insensibilidad y es irreversible y universal; comprender la diferencia entre vivir y no vivir y estar interesado en los aspectos biológicos de la enfermedad; a su vez el comprender su propia mortalidad puede producirles mucha angustia, aunque aparentemente ahora se encuentre fuera de peligro, es probable que en determinado momento L. haya tenido miedo de morir.</p> <p>La pérdida de la salud implica un duelo, la intervención quirúrgica que le realizaron para extirparle el pulmón afectado es una pérdida también, por lo que es posible que el paciente se encuentre en alguna de las fases del duelo.</p>	<p>La actitud de querer conocer todo el proceso de la enfermedad, así como del tratamiento y de los estudios que se tienen que hacer, concuerda con la evolución en la comprensión de la muerte por los niños de su edad.</p> <p>Los comentarios hechos por el padre del niño lo llenan de culpa, y él se siente culpable de lo que le pasó, así como de estar lejos de su casa y de que sus padres hayan tenido que dejar a su hermana.</p> <p>Ya que el proceso de duelo es dinámico, se observa que L. en ocasiones actúa como minimizando el hecho de haber perdido un órgano, o no le da la misma importancia que le dan sus padres, lo que podría ser por encontrarse en la etapa de negación, sin embargo también se observa mucho la etapa 2 de enojo introyectado como culpa.</p>	<p>Ayudar al Paciente a resolver su duelo de la mejor manera, a través del estar auténticamente presente y expresar abiertamente sus sentimientos, emociones y dudas.</p>	<p>Se resuelven las dudas que el Paciente llega a tener respecto al proceso de su enfermedad, de los estudios que se llegan a realizar y de su tratamiento. Así mismo se busca asesoría del personal de fisioterapia para encontrar la mejor forma en que él pueda realizar sus ejercicios y expectorar las secreciones que llega a producir ya que no puede toser debido a la fístula que tiene.</p> <p>Se conversa con el paciente para tratar las medidas que puede tomar para mejorar su salud o mantenerse saludable, como mantener una alimentación adecuada, continuar con su fisioterapia respiratoria (los ejercicios que le han enseñado) y la actividad física.</p> <p>También se platica estando su mamá presente, por lo que ella también participa en la conversación, de los hechos positivos que pueden obtenerse de algún suceso que se considera negativo en un principio, su mamá pone el ejemplo de que debido a lo que pasó con L. algunos de sus tíos de él, que se habían apartado de la familia se han vuelto a unir con ellos, visitan más seguido a su abuela y se han mostrado solidarios con ellos.</p> <p>En otra ocasión que sus padres no están presentes se hace mención de que no debe sentirse culpable sobre lo que pasó, que es algo que ya pasó y que lo importante es aprender de lo que sucede para tener experiencias y ser mejores en el futuro.</p>	<p>El aquí y ahora del niño tiene relación con la causa de su hospitalización y el tratamiento que estaba recibiendo, y los efectos que esto tuvo en sus esferas biológica, psicológica, social y espiritual; como la culpa y el duelo. Ya que el proceso de duelo se da cada vez que ocurre una pérdida y el niño tuvo múltiples pérdidas, se infiere que él se encuentra en un proceso de duelo que sin embargo está empantanado porque no se habla sobre las pérdidas con las personas que son afectivamente significativas para él; y que este proceso se ve afectado a su vez por el proceso de duelo que también viven estas personas. Aprender a identificar las etapas del duelo en un niño no siempre es fácil sin embargo se le puede ayudar a identificar y expresar los sentimientos que éste provoca.</p>

4.5 Análisis proximal y distal en la prospectiva de Frederick Erickson (en Lessard - Hébert, Goyette, & Boutin, 2010)

Factor I. Formación de un sistema humanístico – altruista de valores.

Interpretación Proximal: El participante sí tiene un sistema humanístico y de valores, el cual debido a su edad aún se encuentra en desarrollo, por lo que muchos valores están en un proceso de descubrimiento y/o de maduración. Sin embargo en la relación de cuidado y con la observación se aprecian los valores más sobresalientes de acuerdo a la situación, como el Amor, la Familia y la Amistad, así como la solidaridad con los pacientes que se encuentran dentro de su mismo ambiente. A su vez en este mismo factor se observa que el participante tiene un buen concepto de sí mismo, a pesar de que no se encuentra sano físicamente y de que él lo sabe; sin embargo se le hicieron algunas sugerencias sobre consultar a la dietista del servicio antes de retirarse para que le orientara sobre la dieta más adecuada para él, haciendo hincapié de que es por su salud y no por su apariencia.

Interpretación Distal: Se considera que para brindar cuidado en relación a un sistema humanístico la enfermera debe tener un desarrollo humano suficiente, que le permita actuar en el nivel Yo – Tú que Buber describe, un desarrollo moral y un sistema de valores propio y bien definido; para ser capaz de modelar nuevos valores y fortalece los ya existentes al paciente y promover su desarrollo humano. Respetando en todo momento su libre albedrío, ya que no es posible forzar a nadie a aprender o a cambiar.

Factor II. Inculcación de Fe – Esperanza.

Interpretación Proximal: El participante además de tener una Fe en el sentido religioso, es capaz de tener fe en otras personas, en este caso sus padres. Así mismo él tiene esperanza en la recuperación de su salud, la cual se reforzó y se fomentó para que continuara con ella y de ser posible la amplíe a otros aspectos de su vida como su propio desarrollo. Se tuvo una conexión intersubjetiva con el participante al compartir sentimientos, pensamientos, ideales, etc., durante la relación de cuidado.

Interpretación Distal: En este factor se considera que es necesario que la enfermera sea capaz de tener Fe y Esperanza, para poder transmitirla a los demás. Ya que la enfermera que cree en sí misma y confía en sus capacidades y conocimientos es capaz de brindar un cuidado de calidad. También es importante, fomentar la fe y la esperanza en los pacientes para su bienestar.

Factor III. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás.

Interpretación Proximal: De acuerdo a Ken Wilber, las 5 primeras etapas del Desarrollo de la conciencia son innatas y no requieren esfuerzo de la persona para llegar a ellas, las siguientes etapas requieren una búsqueda voluntaria e intencionada para alcanzarlas. Debido a su madurez el desarrollo de la conciencia del niño va de acuerdo a su edad. Al finalizar el trabajo de campo se observa que el participante se expresa más libremente respecto a lo que quiere y lo que no, lo que le agrada y desagrada, y lo que le duele, utiliza las técnicas para el manejo del dolor ocasionalmente, sobre todo si se encuentra su mamá o la persona que se las enseñó (la investigadora).

Interpretación Distal: Para que una persona fomente la sensibilidad en otras, es pertinente que cultive la sensibilidad hacia sí misma y hacia los demás; para posteriormente poderlas fomentar o enseñar. Al ser considerada una profesión humana, podría esperarse que la enfermera sea sensible a las carencias y necesidades de los pacientes que se encuentran a su cuidado, para de este modo identificar las acciones más adecuadas para ayudarlo, cubriendo no sólo el aspecto físico, ya que por ejemplo en el caso de los niños que decían que tenían dolor, lo que realmente querían era no estar solos; situación identificada claramente por las enfermeras, sin embargo no se satisfacía esa necesidad, centrándose sólo en el sentido técnico. Al ser sensible la enfermera sería capaz de entablar una verdadera relación de cuidado. Para desarrollar este factor encontré algunas dificultades ya que en la formación que recibí y en nuestra cultura no es común preocuparse u ocuparse de la sensibilidad propia y menos de los otros; aún en la formación académica de los profesionales de enfermería, a pesar de ser una profesión humanística, muchas veces en la relación académica los profesores se limitan a la transmisión de conocimientos, sin dar un modelaje de lo que sería la sensibilidad y el cuidado a los demás.

Factor IV. Desarrollo de una relación de ayuda – confianza.

Interpretación Proximal: El participante tiene una buena capacidad de socialización, aunque ésta se ve influida en parte por su mamá, quien decide si una relación es conveniente o no para él; corresponderá al desarrollo personal del participante si esto cambia en el futuro. Sin embargo, se observa que es capaz de establecer sus propias relaciones sin problemas, y de distinguir cuándo confiar en una persona o en otra de acuerdo al trato que tenga con ellas. Además, así como su sistema de valores se encuentra aún en construcción, y requiere aún del modelaje de otros para hacerlos suyos, como es el caso de la tolerancia.

Interpretación Distal: Ya que Rogers define la relación de ayuda como “aquella en la que al menos una de las partes intenta promover en el otro el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de una manera más adecuada”, en esta relación la intención de la enfermera hacia el paciente sí tiene un efecto sobre ésta, ya que es uno de los cimientos que permite establecer una diferencia cualitativa en el cuidado. Ya que como se ha mencionado anteriormente, para establecer una relación de ayuda es necesario ser auténtico y estar presente, lo que implica involucrarse con el cuidado de la persona (y que ella lo perciba de esta manera) ya que se observa una gran despersonalización por parte del personal de salud que tiene una tendencia a ordenar a los pacientes lo que deben hacer o no, sin tomar en cuenta sus opiniones o sus dudas. El percibir que la enfermera es sincera y auténtica contribuye a que el paciente también lo sea y por lo tanto confíe en la enfermera para expresar lo que piensa, lo que siente y opina, e incluso coopere de una manera más activa en su tratamiento y los procedimientos que se tengan que realizar. Al realizar este trabajo se pudo observar de una manera cercana la diferencia entre las relaciones que establecen los pacientes con el personal de salud, de acuerdo al grado de confianza que les tienen; apreciando así que hay personas (por ejemplo los médicos tratantes) a las que el paciente no les proporcionan datos que son relevantes para su tratamiento, por ejemplo si tiene dificultad respiratoria o dificultad para eliminar las secreciones, por miedo a que lo regañen o que le indiquen algo doloroso. Cabe añadir que la forma de comunicación con el paciente es importante para establecer esta relación, deben buscarse no sólo palabras y frases que él pueda entender (que no sea técnico) sino también ejemplos que de acuerdo a su edad, ambiente y contexto él pueda comprender y relacionar.

Factor V. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.

Interpretación Proximal: Los primeros días de convivencia con el participante, se observó que tenía dificultades para identificar y comunicar sus sentimientos, a diferencia de los últimos días de convivencia con él, en los que se observa que tiene una mayor apertura para expresar lo que siente. Dejó de rascarse cuando se sentía ansioso con lo que la dermatitis de su brazo y sus piernas remitieron. Corresponderá a él tomar para su vida lo aprendido durante esta relación, por ejemplo en el caso de aprender que no todos expresamos lo que sentimos de la misma manera.

Interpretación Distal: Durante el trabajo de campo al analizar este factor, me doy cuenta que es necesario asociar palabras y sentimientos de manera adecuada, por un lado para identificarlos para mí y además para enseñarle al otro palabras para nombrar adecuadamente lo que siente. Además de ser necesario

desaprender algunos estereotipos y tabúes que impidan la expresión de los sentimientos ya sean positivos o negativos, por ejemplo en el caso de los hombres, que aún es dicho que no deben llorar; es necesario promover que todas las personas por igual acepten y expresen sus sentimientos.

Factor VI. Solución creativa de problemas en el proceso de cuidado.

Interpretación Proximal: Durante el momento de cuidado se logra tener una participación activa del participante para la mayoría de los procedimientos o actividades, salvo algunas ocasiones que se mostraba reticente por el dolor que suponía realizarlas, por ejemplo durante la fisioterapia. A pesar de lo cual se logró dar un cuidado individualizado de acuerdo a la situación de ese momento, lo que requirió un proceso creativo de parte mía incluso para lograr el acercamiento al participante.

Interpretación Distal: Ya que cada persona es diferente, a pesar de encontrarse en circunstancias parecidas o haber tenido experiencias similares; su personalidad, su formación, su ambiente, etc., hacen que la enfermera y el paciente respondan de una manera distinta en cada situación de cuidado; por lo que no es posible brindar el cuidado de la misma manera a todos los pacientes, es necesario buscar las alternativas adecuadas para cada uno, lo que permita brindarle un mejor cuidado. Ya que los pacientes (salvo que su edad o su estado neurológico se los impida) están al pendiente de los procedimientos que se les realiza, del curso de su padecimiento y de su tratamiento, son capaces de dar opiniones y sugerencias respecto a la forma de llevar su tratamiento o de realizar algunos de los procedimientos para que les provoque menos dolor o menos molestias. Así mismo se favorece el que los pacientes se muestren más participativos y colaboradores para su cuidado, así como interesados en conocer otros aspectos que los ayuden en su autocuidado. En este factor es donde se aplica con mayor claridad una metodología lógica y sistemática para el abordaje de los problemas de cuidado del paciente. En esta investigación el formato de registro es semejante al proceso enfermero, en el sentido de que los datos recabados se analizaban como en una valoración, el establecer un significado es equiparable a un diagnóstico, la planeación e implementación se realizaron en el aquí y ahora de acuerdo a la situación de ese momento, y por último la interpretación que se podría equipararse a la evaluación.

Factor VII. Promoción de la enseñanza – aprendizaje transpersonal.

Interpretación Proximal: Con base en la teoría de Watson que refiere que una relación de cuidado transpersonal connota una “conexión” especial con la otra persona y con su existencia, como un ideal moral donde la mayor preocupación de

la enfermera es la preservación de la humanidad y la dignidad del otro. Y que en esta relación ocurre una unión espiritual entre dos personas, donde ambas son capaces de trascender su ser, el tiempo, el espacio y la historia de vida de cada uno; se logró cumplir el objetivo de vivir una relación de cuidado transpersonal con el participante. Se observó el cambio en la relación con el aumento de la confianza y cómo puede esto ayudar a conocer las verdaderas necesidades del paciente. Además se notó la diferencia de la relación entre el participante y yo, y entre el participante y los otros integrantes del equipo de salud.

Interpretación Distal: Una relación de enseñanza y aprendizaje no se refiere únicamente a que la enfermera actúe como maestra, ya que ella misma podría aprender del paciente. Siendo esta relación dada entre iguales en el sentido de que tanto la enfermera como el paciente son personas y ninguno tiene mayor valor que el otro. Además en una relación de cuidado se toma en cuenta la subjetividad y la intersubjetividad lo que contribuye a la sanación tanto propia como del paciente. Me resultó gratificante observar cómo el paciente me demostraba su confianza al poder hablar abiertamente conmigo sobre sus pensamientos, emociones, sentimientos, ideales, metas, necesidades, etc. Además de sentir su agradecimiento por mi compañía, cuidado y apoyo. Ya que yo también me sentí agradecida por su colaboración para la realización de mi trabajo y considero haber aprendido con él algunas cosas como identificar un sentimiento y diferenciarlo de otro, etc., el conocer una perspectiva diferente para ver la vida que es diferente a la propia puede aportar elementos que enriquecen la visión de una persona y ayuda a su desarrollo personal.

Factor VIII. Provisión del entorno correctivo, de apoyo y protección, mental, físico, sociocultural y espiritual.

Interpretación Proximal: El ambiente terapéutico en el que el niño se encontraba era de apoyo y protección sobre todo en el área física. Y me di cuenta que cualquier cambio en el ambiente por ejemplo la variación en el estado anímico de alguno de los pacientes modifica todo el entorno terapéutico y también pude percatarme que gracias a la solidaridad que tienen entre todos se dan apoyo y son solidarios entre sí, con ello se rompen las tensiones con actividades que dan un giro positivo al ambiente. Así mismo es difícil permanecer con un solo paciente sin interactuar con los que se encuentran en el mismo ambiente, se intenta integrarlos cuando es posible a las actividades, recordando que para lograr una armonía es necesario armonizar el ambiente externo ya que influye directamente en el interno. En lo que no es posible influir es en la temperatura del ambiente, ya que no tiene aire acondicionado y no es posible disminuir esta temperatura, por lo que las intervenciones se realizan buscando que con sus vestimentas los pacientes se mantengan frescos y también se trata de que mantengan un adecuado estado de

hidratación. Al encontrarse en un ambiente hospitalario, el paciente tiene riesgo de adquirir una infección cruzada, a pesar de las medidas de seguridad, es un riesgo del que se informa a los padres y al paciente, para que ellos también cumplan con las medidas de higiene y seguridad implantadas para disminuirlo.

Interpretación Distal: Mantener un ambiente adecuado no se refiere únicamente a la limpieza y el orden que éste pueda tener, sin que ello signifique que esto no es importante. La enfermera puede influenciar el ambiente psicológico de manera positiva con su actitud.

Factor IX. Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas.

Interpretación Proximal: A pesar de sólo tener el 50% de su capacidad pulmonar siguiendo la alimentación y las terapias recomendadas el participante puede tener una buena calidad de vida. Al término del periodo del trabajo de campo, el drenaje por la sonda pleural era mínimo, y todo el que hubo en días anteriores fue serohemático, lo último fue de contenido hemático no coagulado, por lo que el médico refirió que pronto se le retiraría la sonda pleural y que la fístula bronquial mostraba aparentemente un buen proceso de cicatrización, al igual que la herida quirúrgica. Posteriormente a la intervención quirúrgica el paciente se mantuvo eutérmico. Al decirle que no debía rascarse, no hizo mucho caso al principio, hasta que él observó que el eritema estaba saliendo también en su brazo dejó de hacerlo. De la misma forma con su lavado de manos, necesitó comprobar cómo cuando tocaba el orinal y después se tocaba cualquier parte del cuerpo el tinte del antiséptico urinario quedaba sobre la piel, lo que le permitió darse cuenta de que necesitaba lavarse las manos y que no tenía una buena higiene y así cambiar sus hábitos. Apoyar en toda la satisfacción de no sólo las necesidades fisiológicas, sino también en todas las demás, ayuda al paciente a que él mismo tenga conciencia para satisfacer él mismo sus necesidades.

Interpretación Distal: Debido a que la formación y la práctica obtenidas durante 4 años del estudio de la Licenciatura fueron principalmente basadas en el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, éste Factor fue el que se encontró más fácil de desarrollar, sin embargo, se observa una tendencia a considerar únicamente las necesidades fisiológicas, aunque es bien sabido que son primordiales y únicamente cuando éstas se encuentran satisfechas se puede dar prioridad a los siguientes niveles de necesidad (de acuerdo a Maslow) es importante recordar que al ver a la persona como un ser holístico el quehacer enfermero no debe limitarse únicamente a la satisfacción del primer nivel de necesidades, sino que debe procurar la satisfacción de los niveles superiores y ayudar al paciente a ser consciente de que la seguridad, protección, afiliación, afecto, estima y autorrealización, son necesidades también que debe de buscar

satisfacer. Cabe mencionar que es imperativo que la enfermera tenga la intención de ayudar a la persona, ya que esto marca en gran medida que se limite a la satisfacción de las necesidades fisiológicas o se ocupe por que el paciente recupere su armonía en todos los niveles, sin mencionar que el mismo paciente es capaz de percibir cuál es la intención de la enfermera, si es brindar cuidado o cumplir con una “rutina” y su horario de trabajo.

Factor X. Permisión de las fuerzas existenciales – fenomenológicas y espirituales.

Interpretación Proximal: El aquí y ahora del niño tiene relación con la causa de su hospitalización y el tratamiento que estaba recibiendo, y los efectos que esto tuvo en sus esferas biológica, psicológica, social y espiritual; como la culpa y el duelo. Ya que el proceso de duelo se da cada vez que ocurre una pérdida y el niño tuvo múltiples pérdidas, se infiere que él se encuentra en un proceso de duelo que sin embargo está empantanado porque no se habla sobre las pérdidas con las personas que son afectivamente significativas para él; y que este proceso se ve afectado a su vez por el proceso de duelo que también viven estas personas. Aprender a identificar las etapas del duelo en un niño no siempre es fácil sin embargo se le puede ayudar a identificar y expresar los sentimientos que éste provoca.

Interpretación Distal: La forma de ver el mundo entre el niño y el adulto es diferente, por lo que el adulto que quiere ayudar al niño debe ponerse a su nivel para explicar con claridad los eventos y los cambios que éstos acarrearán para que el niño pueda entenderlos y superarlos en consecuencia; como sería el caso de la pérdida de un órgano y la posibilidad de muerte. Para lo cual la misma enfermera debe ser capaz de explicar al niño lo que es la resiliencia y ayudarlo a darse cuenta o encontrar la manera de superar sus situaciones de adversidad; también puede utilizar la asertividad para que el niño aprenda de ella.

V. Conclusiones

Concluyo que se cumplieron los objetivos de la investigación, ya que tomando como base la Teoría de Jean Watson y los 10 factores de Cuidado que propone, es posible brindar Cuidado Transpersonal; al reconocer al participante como una persona, sin reducirlo al estado moral de un objeto, tomando en cuenta su estado biológico, su estado psicológico, social y espiritual, con la intención de mejorar y preservar su dignidad.

Utilizando el conocimiento que adquirí durante mi formación profesional y mis experiencias personales para actuar en el aquí y ahora, con interés en el significado subjetivo de la situación de salud del participante y buscando formas de acercarme a él, logré una conexión que me permitió conocer y comprender sus pensamientos y sentimientos; y en respuesta a esto, el participante refirió sentirse más seguro cuando yo me encontraba con él (por ejemplo en el servicio de terapia intensiva), sentirse apoyado, atendido y cuidado, con lo que “se dio cuenta” de que hay una diferencia entre los cuidados que recibe de otras enfermeras y el cuidado que yo le di.

Sin embargo, considero que depende de la formación personal y profesional, de la voluntad, la intención y el propósito de la persona que brinda el cuidado; que sea posible brindar un cuidado transpersonal de calidad.

Dado que, como se ha mencionado antes, cada persona es única, no es posible generalizar los resultados que se obtendrán al brindar cuidado transpersonal, pero considero importante resaltar que cada momento de cuidado es un momento significativo no sólo para la persona que lo recibe; sino también es una oportunidad para la persona que lo brinda de aprender, crecer y sanar.

Así mismo es importante mencionar que para brindar un cuidado transpersonal y fomentar el autoconocimiento, autoaceptación, autocontrol, autocuidado y capacidad de autosanación en el otro; es necesario desarrollar estas características en uno mismo. Ya que pude darme cuenta de que cuando no se permite sentir los propios sentimientos, no es posible percibir y aceptar los sentimientos ajenos, y por tanto, ayudar a que estos sean procesados y superados.

Considero que el cuidado transpersonal es una buena alternativa para brindar cuidados holísticos a la persona, y no perder la “humanidad” característica de la Profesión Enfermera, no sólo hacia las personas que reciben el cuidado, sino también para el profesional que los brinda.

VI. Propuestas

- Se considera que tener un conocimiento más amplio en áreas como filosofía, antropología y psicología podría ayudar al profesional de enfermería a brindar un cuidado más humano y de mayor calidad. Iniciando desde la formación profesional, que entre profesores y alumnos se promueva la expresión y aceptación de pensamientos y sentimientos.
- Fomentar la relación entre iguales de la enfermera – paciente, tomando en cuenta que todos somos maestros de algo, y todos aprendemos de los demás. Por lo que en la relación enfermera – paciente ambos aprenden. Reconocer al otro como igual, tan importante uno como otro, como persona. Quitar conocimiento superficial de las implicaciones del reconocimiento del otro o de la igualdad en el Yo – Tú.
- Sería recomendable que se elabore un instrumento para llevar a cabo el cuidado transpersonal utilizando esta Teoría, ya que no lo hay.
- Enfatizar que la intencionalidad Sí cuenta en el proceso de cuidar y de sanar.

VII. Bibliografía

- Abbagnano, N. (1980). *Diccionario de filosofía*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Alberoni, F. (1998). *Valores*. Barcelona: Gedisa.
- Alfaro, R. (1988). *Aplicación del Proceso de Enfermería*. España: Ediciones Doyma.
- Atkinson, L. D., & Murray, M. E. (1996). *Proceso de Atención de Enfermería*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Buber, M. (2002). *Yo y Tú*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Calle Márquez, M. G. (2007). Formación en valores: una alternativa para construir ciudadanía. *Tabula Rasa*, 339 - 356.
- Canto-Sperber, M. (2001). *Diccionario de Ética y Filosofía Moral* (Vol. 1). México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Collière, M. F. (2009). *Promover la Vida* (Segunda edición ed.). México D.F., México: McGraw-Hill.
- Cook, T. D., & Reichardt, C. S. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata S.A.
- Coon, D. (2005). *Fundamentos de Psicología*. México: Thomson.
- Cortés, M. J., & Martínez, R. A. (1996). *Diccionario de filosofía en CD-ROM*. Barcelona, España: Empresa Editorial Herder S.A.
- Cortina, A. (2002). *10 palabras clave en Ética*. España: Verbo Divino.
- De la Madrid, M. (1983). *REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Recuperado el 2 de Agosto de 2011, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Domínguez Hernández, G. (s.f.). *Energía Universal*. s.e.
- Escobar, V. G. (2004). *Ética. Introducción a su problemática y su historia*. (5ta ed.). México: McGrawHill.

- Española, R. A. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado el Agosto de 2011, de <http://buscon.rae.es/drael/>
- Favero, L., Meier, M. J., Ribeiro, L. M., Azevedo, M. V., & Canestraro, K. L. (2009). Jean Watson's Theory of Human caring: a decade of Brazilian publications. *Acta Paulista de Enfermagem*.
- Fernández Ferrín, C., & Novel Martín, G. (1999). *El Proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Casos*. Barcelona, España: Masson.
- Fernández, F. C., Garrido, A. M., Santo Tomás, P. M., & Serrano, P. M. (2000). *Enfermería. Enfermería Fundamental*. Barcelona, España: Masson.
- Ferrater Mora, J. (s.f.). *Diccionario de Filosofía*. Buenos Aires: Montecasino.
- Fitzpatrick, J. J., & Whall, A. L. (1996). *Conceptual Models of Nursing. Analysis and Application*. (Third edition ed.). Stamford, Connecticut, United States of America: Appleton & Lange.
- Flick, O. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Fromm, E. (1985). *La revolución de la Esperanza*. Estado de México: Fondo de Cultura Económica.
- Fromm, E. (2000). *El Arte de Amar*. México: Paidós.
- García, M.-C. C., & Martínez, M. M. (2001). *Historia de la Enfermería. Evolución histórica. Cuidado Enfermero*. Madrid, España: Harcourt.
- Gaviria, N. D. (Marzo de 2009). La Evaluación del Cuidado de Enfermería: un Compromiso Disciplinar. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*., XXVII(1), 24-33.
- Gesell, A. (1984). *El niño de 9 y 10 años*. México: Paidós.
- Gesell, A. (1990). *El niño de 11 y 12 años*. México: Paidós.
- Gesell, A. (1995). *El niño de 7 y 8 años*. México: Paidós.
- González, R. F. (2000). *Investigación Cualitativa en Psicología. Rumbos y Desafíos*. México: Thompson Internacional.
- Hernández, G. M. (2002). *Motivación animal y humana*. México D.F.: El Manual Moderno.

- Hernández, R. Y., & Galindo, S. R. (2007). El Concepto de Intersubjetividad en Alfred Schutz. *Espacios Públicos*, 228 - 240.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., & Baptista, L. P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Horta, V. E., & Rodríguez, G. V. (2003). *Ética General*. Bogotá: Kimpress Ltda.
- Huguet, G. S. (2005). Apuntes de Metodología Gestalt. *Hojas Informativas de las Psicólogas de Las Palmas*, 26.31.
- Instituto Mexicano de Tanatología. (2008). *¿Cómo enfrentar la muerte?: Tanatología*. México: Trillas.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (2001). *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona, España: Masson.
- King, I. M. (1984). *Enfermería como profesión. Filosofía, principios y objetivos*. México D.F.: Limusa S.A.
- Kübler Ross, E. (1978). *Carta para un niño con Cáncer*. Luciérnaga.
- Kübler Ross, E. (1985). *Una luz que se apaga*. México, D.F.: Pax México.
- Las Siervas de los Corazones Traspasados de Jesús y María. (2009). *Corazones*. Recuperado el Agosto de 2011, de http://www.corazones.org/diccionario/a_diccionario.htm
- Lessard - Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2010). *Investigación Cualitativa. Fundamentos e Prácticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Marriner, T. A., & Raile, A. M. (2007). *Modelos y Teorías en Enfermería*. España: Elsevier.
- Martínez, M. M. (2007). *La Psicología Humanista. Un nuevo paradigma Psicológico*. México: Trillas.
- Maslow, A. H. (1943). *A Theory of Human Motivation*. United States of America: s.e.
- Mason, J. (2003). *Qualitative Researching*. s.l.: s.e.
- Moraga, R. A. (s.f.). *Manual de Maestría de reiki <<Gokuikaiden>> Sistema Usui - Japonés de la "Alianza Española de Reiki"*. s.e.
- Morris, C. G., & Maisto, A. A. (2005). *Introducción a la Psicología*. México: Pearson Educación.

- Navora, C. M. (2000). El Cuidado Enfermero. Un Arte. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 8(1).
- Nightingale, F. (1991). *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no*. México: Salvat.
- O'Connor, N. (1999). *Déjalos ir con amor: la aceptación del duelo*. México D.F.: Trillas.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (2003). *Terapia Gestalt: Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. (2da edición ed.). (C. Vázquez Bandín, Trad.) Centro de Terapia y Psicología.
- Petrillo, M., & Sanger, S. (1975). *Cuidado Emocional del Niño Hospitalizado*. México, D.F.: Fournier.
- Polster, E., & Polster, M. (1997). *Terapia Guestaltica. Perfiles de teoría y práctica*. Argentina: Amorrortu editores.
- Quintero, B. (2001). Ética del Cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson. *Ciencia y Sociedad*, 16-22.
- Ramón Pinto, A. (s.f.). *Manual Maestría Karuna Ki*. s.e.
- Ramos, F., Sánchez-Caro, J. M., & Sánchez-Caro, J. (1982). *La muerte: realidad y misterio*. Madrid, España: Salvat Editores.
- Rodríguez González, J. (2004). La Tecnología de Evaluación Ipsativa y el Sistema APP-APT de Thomas Internacional. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 20(2), 169-197.
- Rodríguez, B. A. (2006). *Proceso Enfermero*. Guadalajara, México: Edicoines Cuéllar.
- Rodríguez, G. G., Gil, F. J., & García, J. E. (1999). *Metodología de la investigación Cualitativa*. Malaga, España: Ediciones Aljibe.
- Rogers, C. (1992). *El Proceso de Convertirse en Persona*. México: Paidós Mexicana S.A.
- Rosales, B. S., & Reyes, G. E. (2004). *Fundamentos de Enfermería*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Sánchez Torres, F. (2002). *Acerca de la Muerte. Curso de Tanatología*. Colombia: Giro Editores Ltda.

- Scheler, M. (1942). *ÉTICA, Nuevo Ensayo de Fundamentación de un Personalismo Ético*. Madrid: Revista de Occidente.
- Singh, K. (1995). *El Misterio de la Muerte*. Colombia: Asociación El Bosque de Kirpal.
- Tamayo, M. (2004). *El Proceso de la Investigación Científica*. México: Limusa.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Paidós.
- Tazón, A. M., García, C. J., & Aseguiñolaza, C. L. (2000). *Relación y Comunicación*. Madrid: ARS Médica.
- Tizón, J. L. (2004). *Temas de salud mental. Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona, España: Fundació Vidal i Barraquer y Ediciones Paidós Ibérica.
- Vicente, A. J., & Choza, J. (2002). *Filosofía del hombre. Una antropología de la Intimidad*. España: Instituto de Ciencias para la Familia.
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science. A theory of Nursing*. United States of America: Jones & Bartlett Learnin.
- Wilber, K. (1993). *Psicología Integral*. Barcelona España: Kairós.
- Wilber, K. (2006). *La Conciencia sin Fronteras. Aproximaciones de Oriente y Occidente al crecimiento personal*. Barcelona: Kairós.
- Woldt, A. L., & Toman, S. M. (2007). *Terapia Gestalt. Historia, teoría y práctica*. (E. Márquez Orta, K. Rendón López, Edits., & A. T. Acuña Fernández, Trad.) México D.F.: Manual Moderno.
- Yepes, S. R., & Aranguren, E. J. (2003). *Fundamentos de Antropología. Un ideal de la Excelencia Humana*. Navarra, España: EUNSA.
- Young, P. T. (1979). *Cómo comprender mejor nuestros sentimientos y emociones*. México D.f.: El Manual Moderno.
- Zinker, J. (2000). *El Proceso Creativo en la Terapia Guestáltica*. México: Paidós.

Anexos

Guía de Observación

Ficha de Identificación

- Edad Cronológica
- Nacionalidad
- Sexo
- Diagnóstico Médico
- Nivel Escolar

1. Formación de un sistema Humanístico – Altruista de Valores

- Etapa de Desarrollo cognitivo en que se encuentra
 - Características del comportamiento: organizado___ controlado___
 - Características de los movimientos corporales: lateralidad___ direccionalidad___ equilibrio___ simetría___
 - Movimientos anormales: Si___ No___ Describir:___
 - Sistema de símbolos: lenguaje___ Expresión del conocimiento___
 - Capacidad para solucionar problemas: relación causa – efecto, capacidad de comprender causas y adivinar resultados: Si___ No___
- Etapa de Desarrollo Moral en que se encuentra
 - Identificación y acatamiento de reglas: Si___ No___
 - Reconocer intereses propios y ajenos: Si___ No___
 - Dar a cada quien lo justo: Si___ No___
 - Seguimiento de roles: Si___ No___ Cuáles___
 - Cumplir deberes y obligaciones: Si___ No___
 - Principios éticos propios: Si___ No___
- Concepto de Sí mismo
 - Identidad personal: ¿Cómo se percibe a sí mismo?
 - ¿Cómo se percibe él dentro de su Familia?
 - ¿Cómo se percibe él dentro de su Sociedad?
 - ¿Cómo se percibe él dentro del Mundo?
- Escala de Valores
 - ¿Cuáles son sus valores prioritarios?
- Amor (Cuidado, Conocimiento, Preocupación, Responsabilidad)
 - Hacia sí mismo: autoconocimiento, autocuidado, interés por el tratamiento, apego al tratamiento
 - Hacia los demás: cuidado al otro, preocupación por los otros, ¿Hacia quiénes?
 - Expresiones: ¿Cómo son? ¿Hacia quién?

2. Inculcación de Fe – Esperanza

- Expresiones de Fe
 - ¿Qué cree?
 - ¿En quién cree?
- Expresiones de Esperanza
 - ¿Qué espera?
 - ¿De qué tiene esperanza?
- Descripción de Situación Actual
 - Estado Biológico
 - Psicológico
 - Familiar
 - Social

3. Cultivo de la Sensibilidad para uno mismo y para los demás

- Practicas Espirituales
 - Etapa del Desarrollo de la Conciencia/Espiritualidad (Wilber, 2006) (Características de la etapa del desarrollo, ver cuadro anexo)
 - Significado o propósito de la vida (no necesariamente un ser superior)
 - Búsqueda de sentido o desarrollo personal: Si___ No___ ¿Por qué?
- Costumbres
- Creencias

4. Desarrollo de una relación de Ayuda – confianza

- Aceptación de Sí mismo y de otros
 - Se observa: Inseguro: Si___ No___ Ansioso: Si___ No___
 - Se avergüenza con facilidad: Si___ No___
 - Reconoce los pensamientos o deseos reales: Si___ No___
 - Es considerado y acepta a otros como a sí mismo: Si___ No___
- Confía en sí mismo y en otros
 - Se reconoce a sí mismo (y reconoce sus fronteras): Si___ No___
 - ¿Cómo es su interacción con otras personas? Madre, Padre, Hermanos, Médicos, Enfermeras, Pacientes, Otros.
- Puede estar solo o acompañado: Si___ No___ Observaciones:___
- Es Responsable: Si___ No___ Independiente: Si___ No___
Codependiente: Si___ No___ Dependiente: Si___ No___
- Es Autónomo: Si___ No___ Inclusivo: Si___ No___
- Vías y formas de comunicación

5. Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y Negativos
 - Habilidad de experimentar sentimientos de acuerdo a la situación
 - Comprende los comportamientos que reciben aprobación/desaprobación: Si___ No___
 - Es sensible a los sentimientos de otros
 - Reconoce y responde a los sentimientos de otros: Si___ No___
 - ¿Qué sentimientos expresa?
 - ¿Qué sentimientos no expresa?
 - ¿Qué sentimientos expresa con Mamá, Papá, Hermano(a)/s, Médicos, Enfermeros, Pacientes, Otros?

6. Solución creativa de problemas en el proceso de cuidado
 - ¿Participa en su Cuidado?
 - ¿Da propuestas para su Cuidado?

7. Promoción de la Enseñanza – Aprendizaje Transpersonal
 - Conocimiento de su enfermedad
 - Comportamiento/actitud hacia su enfermedad
 - Relación con su enfermera (con la investigadora)
 - Actitud
 - Apertura
 - Confianza

8. Provisión de un entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual
 - Entorno adecuado para la satisfacción de las necesidades del niño: Si___ No___
 - Ambiente circundante limpio (cama, buró, baño)
 - Ambiente circundante seguro:
 - Barandales
 - Altura de las camas
 - Ruedas con freno
 - Ocupar un cuarto adecuado a su situación
 - Ambiente en orden
 - Ambiente confortable:
 - Temperatura apropiada a su condición y patología
 - Nivel de humedad adecuado
 - Cuarto bien ventilado

- Movimientos del paciente no obstaculizados por barreras ambientales
- No ruidos u olores irritantes
- Entorno agradable
- Horarios Satisfactorios
 - Rutina del paciente interrumpida ligeramente por el cuidado de su salud
 - Horario de visitas adecuado
- Entorno libre de:
 - Accidentes
 - Injurias físicas
 - Deformidades
 - Infecciones
 - Incidentes nocivos inesperados
 - Dolor o daño corporal
 - Distorsión o desfiguración corporal
 - Reacciones antígeno anticuerpo desfavorables
- Entorno libre de injurias emocionales: libertad de sentimiento de:
 - Desánimo
 - Miedo
 - Ansiedad
 - Pérdida de dignidad
 - Ridículo
 - Crítica
 - Frustración
 - Soledad
 - Inseguridad
 - Culpa
 - Pérdida de dominio
 - Pérdida de la individualidad
 - Fatiga emocional
 - Conflictos
 - Fracazos

9. Asistencia en la Gratificación de las Necesidades Humanas

- Fisiológicas:
 - Respirar: Frecuencia respiratoria:___ Frecuencia Cardiaca:___
 Datos de dificultad respiratoria:___ Llenado capilar:___
 - Beber agua
 - Alimentarse: Hábitos:___ Horarios:___ Gustos:___

- Temperatura: Temperatura corporal:____
- Dormir: Hábitos:____ Horarios:____ Problemas para dormir:____
- Descansar: Hábitos:____
- Eliminar Desechos: Hábitos:____ Problemas:____
- Evitar el dolor
- Sexualidad
- Seguridad y Protección.
- Afiliación y Afecto.
- Estima o Reconocimiento
 - Alta
 - Baja
- Autorrealización
 - Motivación

10. Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas y espirituales

- Concepto de Vida
- Concepto de Muerte
- Duelo
 - Etapa de Duelo en que se encuentra
 - Mecanismos de Defensa

Cuadro Comparativo Etapas de Desarrollo

Teoría Psicosexual Sigmund Freud	Teoría Psicosocial Erik Erikson	Teoría Psicogenética Jean Piaget	Desarrollo Neuropsicológico Arnold Gesell	Gran Cadena del Ser Ken Wilber	Desarrollo Moral Lawrence Kohlberg	Comprensión de la Muerte Jorge Tizón	Campos de la Conducta
<p><u>Etapa Oral:</u> Recién Nacido a 2 años. = Represión de la Madre. <u>Mecanismo de Defensa:</u> <u>Introyección y Fijación.</u> Zonas Libidinales: boca, lengua, carrillos y labios. → Pasiva: carácter dependiente: - La madre provee satisfactores de manera agradable, el niño se siente seguro de que la madre no se va a ir. → Agresiva: dentición: - El niño muere y exige a la madre.</p>	<p><u>Confianza Básica vs. Desconfianza:</u> Recién Nacido a 2 años. <u>Logro: Esperanza y Fe.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Recibe contacto amoroso que nutre: cimientos de seguridad (base para el crecimiento). Relación amorosa entre alimentación, cuidado, otros miembros de la familia. <p>Confianza ↔ Desconfianza</p>	<p><u>Etapa Sensorio-Motriz:</u> Recién Nacido a 2 años. <u>Esquemas Innatos tipo Reflejo.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Respuestas Reflejas (0 – 1 mes) Reacciones Circulares Primarias (1 – 4 meses) 	<p><u>1er Trimestre:</u> control de 12 músculos óculo – motores. <u>2do Trimestre:</u> 16 – 28 semanas: - Músculos sostienen la cabeza erecta - Movimiento de brazos y manos - Alcanza, toma, transfiere y manipula objetos <u>3er Trimestre:</u> 28 – 40 semanas: - Dominio del tronco y dedos - Hurga y ase con pulgar e índice - Se sienta y gatea <u>4to Trimestre:</u> 40 – 52 semanas: - Dominio de piernas y pies - Descarta apoyo para manos y dedos - Recoge una bolita con precisión adulta - Se para y camina con sostén</p>	<p><u>Primer Nivel:</u> Estructuras físico – Sensoriales: ▲ Componentes materiales del cuerpo + sensación + percepción</p>			<p><u>Conducta Adaptativa:</u> <u>Precursor de inteligencia.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Organización de Estímulos. Percepción de relaciones. Descomposición de la totalidad en partes que la componen. Reintegración en modo coherente. Coordinación ocular y manual para alcanzar objetos.
<p><u>Etapa Anal:</u> 1 ½ a 2 ½ años. = Control – maduración: Bipedestación, control de esfínteres, saltos, sube escaleras. <u>Mecanismo de Defensa:</u> <u>Proyección.</u> Objeto Libidinal: Las Heces. → Retentiva: - Lucha con la madre o la soledad = control. - Si no se respeta = no tendrá voluntad. - Si se excede = persona rígida de carácter. → Expulsión: - Negociación con el medio ambiente. - Aprende que puede controlarlo. - Su mamá representa la sociedad. - Regla: hacer donde mamá dice.</p>	<p><u>Autonomía vs. Vergüenza y Duda:</u> 1 ½ a 2 ½ años. <u>Logro: voluntad.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> El niño camina, habla, pide, pero no es independiente. Desconoce sus genitales y sus heces. Control de esfínteres, caminar y hablar son logros. Poco conocimiento de su propio cuerpo. En la adultez puede haber vergüenza tóxica = vergüenza de los logros. 	<ul style="list-style-type: none"> Reacciones Circulares Secundarias, Coordinación visión – prensión (4 – 9 meses) Acción sobre situaciones nuevas (9 – 12 meses) Reacciones terciarias mediante el uso de nuevos medios (12 – 18 meses) Pensamiento deductivo (18 – 24 meses) 	<p><u>2do Año:</u> - Camina y corre - Articula palabras y frases - Controla sus esfínteres - Sentido de la identidad rudimentaria</p>	<p><u>Segundo Nivel:</u> Emocional – Fantásmico: ▲ Emociones + Libido + Instintos + Impulso vital de la bioenergía + IMÁGENES. ▲ Emociones son toscas y poco desarrolladas. ▲ Carece de capacidad para manejar símbolos, conceptos y reglas. ▲ Ser fisiológico no diferenciado del cuidador y el mundo material que lo rodea. ▲ "Self" debe diferenciarse del mundo material, e identificarse con el mundo biológico de su cuerpo, separado y sensible, luego integrar el mundo físico. ▲ Separar cuerpo de mundo físico. ▲ En psicoterapia no es posible sacar algo de inconsciente ya que no hay una barrera reprimiendo al ego, una emoción o impulso. El problema es que no hay barrera o frontera egóica.</p>	<p><i>Moralidad basada en Placer y Dolor. Premio y Castigo corporal.</i></p>	<p><u>Lactantes y Preescolares:</u> 0 – 2 años. * No hay comprensión cognitiva de la muerte. * Sensibilidad a los cambios en la organización y los cuidados, a las emociones intensas negativas de los padres o cuidadores. * Ansiedades ante la separación, importantes y frecuentes.</p>	<p><u>Conducta Motora Gruesa:</u> <u>Sistema Músculo – Esquelético.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Reacciones posturales. Sentarse. Gatear. Equilibrio cabeza. Pararse, caminar. <p><u>Conducta Motora Fina:</u> <u>Dedo Pulgar e Índice.</u></p>

<p><u>Etapa Edípica o Fálica:</u> 2 ½ a 5 ½ años. = Identificación de Roles. <i>Mecanismo de Defensa: Identificación y Sublimación.</i> Zona Libidinal: Genitales. - Lucha vs. Madre = Niña - Lucha vs. Padre = Niño - Completa esquema corporal - Renuncia a los padres como objeto de Amor. → Represión: bloqueo de recuerdos impulsos e ideas desde la mente consciente. → Identificación: incorporación de características del padre del mismo sexo dentro del propio Yo del niño.</p>	<p><u>Iniciativa vs. Culpa:</u> 2 ½ a 5 ½ años. <i>Logro: Identificación de Roles.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> El niño trata de hacer cosas como los adultos. El adulto le dice que no porque es pequeño y se va a lastimar o lo regaña = destruye sus iniciativas. El niño siente culpa por ser pequeño y no poder hacer las cosas. Se deben poner límites pero se debe fomentar la creatividad. 	<p><u>Etapa Preoperacional:</u> 2 a 7 años. <i>Funciones simbólicas o del Pensamiento.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Es simbólico porque el niño toma lo que necesita de la realidad. El niño carece de sistema lógico. Preconceptual: 2 – 4 años: <ul style="list-style-type: none"> Le da sentido a las cosas por analogía directa (silla = sentarse) Usa símbolos para nombrar a personas, lugares y hechos. Pensamiento Intuitivo: 4 – 7 años: <ul style="list-style-type: none"> Evolución del pensamiento intuitivo (relaciones directas) Percepción de hechos y relaciones en características de generalidad y reversibilidad Creciente conceptualización 	<p><u>2do – 3er Año:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Hace oraciones instrumentando palabras pensadas. Tiende a comprender el ambiente y su cultura cumpliendo las reglas. <p><u>4to Año:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Hace preguntas Hace analogías Intenta conceptualizar y generalizar Es independiente en la rutina de su familia <p><u>5to Año:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Control motor maduro Brinca, salta Habla sin articulación infantil Puede narrar un cuento largo Juega con compañeros Manifiesta sus gustos en ropas Muestra satisfacción por lo que es capaz de hacer 	<p><u>Tercer Nivel: Mente Figurativa o Representativa:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Aparecen símbolos, conceptos y lenguaje Ya no es solo un cuerpo dominado por sentimientos = Ser Mental con un nombre, identidad, expectativas y deseos propios. Aparecen ansiedad y culpa. Lenguaje = aparición del Self Egóico – mental, que debe diferenciarse del cuerpo. El lenguaje es como el vehículo del tiempo: recordar el ayer, soñar con el mañana, lamentar el pasado y preocuparse por el futuro (ansiedad). Si la ansiedad es excesiva hay una represión de emociones ansiógenas: sexo, agresividad y poder (La Sombra) Y si hay una represión excesiva se llega a la Neurosis. Si hay una aferración del cuerpo excesiva se da una disociación: el Ego no trasciende del cuerpo, lo aliena y lo excluye. 	<p><u>Etapa Preconvencional (4 – 10 años)</u></p> <p>a) <i>Moral Heterónoma:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Evita violar las reglas – miedo castigo Evita castigos y poder, superior de las autoridades = Agentes externos determinan qué hacer y qué no Punto de vista egocéntrico No considera intereses de los demás ni se da cuenta de que son diferentes de los propios Incapaz de relacionar 2 puntos de vista diferentes Juzga las acciones más por sus consecuencias físicas que por los intereses psicológicos de los otros Confunde perspectiva de la autoridad con la propia <p>b) <i>Individualismo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Propósito instrumental e intercambio Seguir reglas cuando es de interés inmediato de uno Actuar para satisfacer propias necesidades e intereses y permitir que otros hagan lo mismo Correcto = Justo = Intercambio equitativo, un acuerdo Reconoce que otras personas tienen sus propios intereses Integra los intereses propios que estén en conflicto con los demás por medio del intercambio instrumental de servicios mutuos Lo justo es darle a cada cual la misma cantidad 	<p><u>Pánvulos:</u> 3 – 5 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> Creer que la muerte es temporal y reversible. No real. Egocentrismo: la muerte es un castigo, o el cumplimiento de un deseo. Pueden creer que causaron la enfermedad o muerte. Creer que la enfermedad terminal es contagiosa: ellos o sus padres pueden morir Noción de insensibilidad postmortem en construcción 	<ul style="list-style-type: none"> Toma objetos con el pulgar e índice como pinza. <p><u>Conducta del Lenguaje:</u> <i>Comprensión e Imitación = para transmitir mensajes.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Organización del Sistema Nervioso Central. Comunicación verbal y no verbal. Gestos, movimientos posturales, vocalización, palabras, frases "Significado del No".
<p><u>Etapa de Latencia:</u> 6 – 11/12 años. = Erotismo y Libido Inhibidos. - Equilibra otras áreas del desarrollo - Socialización - "Super Yo" = Reglas - Solidificación de hábitos adquiridos en etapas anteriores</p>	<p><u>Industriosidad vs. Inferioridad:</u> 5 ½ a 11/12 años. <i>Logro: Aprendizaje de reglas y la capacidad de Cuestionarlas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Proceso cognoscitivo permite identificar reglas Socialización Aprende a "resistirse ante la persuasión" Asertividad Desarrollo de capacidades de Seguridad con el ambiente "Laboriosidad: sentido de conocimiento y competencia (sabe y puede hacer) "Inferioridad: sentido de incompetencia (no sabe cómo ni cree que pueda hacerlo) 	<p><u>Etapa de Operaciones Concretas:</u> 7 a 11 años. <i>Operaciones de la lógica de clase y relación en las cosas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Lo que hace se relaciona con la realidad en sí Agrupaciones elementales Representaciones de la realidad concreta Constancia en el tiempo 	<p><u>7mo Año:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Es buen oyente, le agrada que le lean un cuento dos y tres veces No es buen perdedor Discrimina lo bueno y lo malo Es perseverante Amenaza con huir de casa <p><u>8vo Año:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Trata de hacer todo rápidamente Se comienzan a separar los 2 sexos Expansividad y valoratividad <p><u>9no Año:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Automotivación, capacidad de aplicar su mente a las cosas por propia iniciativa Afecto a hacer inventarios y listas de control <p><u>10mo Año:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Edad de transición, equilibrio evolutivo Placer en la actividad física Le gusta la escuela y aprender 	<p><u>Cuarto Nivel: Mente/Regla/Rol:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Mente opera concretamente sobre experiencia sensorial. Primera estructura para pensamiento reglado como multiplicación o división. Primera estructura de asumir el rol de los demás, perspectiva diferente a la suya. Cambios profundos en la consciencia. Niño aprende a vivir en un mundo de roles y reglas. Comportamiento gobernado por roles y normas lingüísticas. Estadio conformista: el niño carece de introspección, no juzga las reglas, las acata de manera irreflexiva, la mayor parte son necesarias y provechosas, pero algunas pueden ser falsas, contradictorias y engañosas. Lleva a cabo operaciones complejas pero de forma concreta y literal. Estructura que piensa que los mitos son concreta y literalmente ciertos. 	<p><u>Etapa Convencional (10 – 13 años)</u></p> <p>a) <i>Relaciones, expectativas interpersonales, mutuas y conformidad interpersonal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Estar a la altura de lo que espera la gente que está cerca de uno o lo que la gente espera en general de los otros, en el rol de hijo, hermano, amigo, etc. "Ser Bueno" es importante, significa tener buenos motivos, demostrar preocupación por los otros, mantener relaciones mutuas como confianza, lealtad, respeto y gratitud. Necesidad de ser buena persona a los propios ojos y a los de los demás. Preocuparse por los otros, desear mantener reglas y autoridad que apoyan la conducta "Buena". Tiene conciencia de sentimientos, acuerdos y expectativas compartidos, que toman primacía sobre intereses individuales. "Ponerse en el lugar del otro". <p>b) <i>Sistema Social y de Conducta:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Cumplir los deberes eficientemente que uno ha aceptado. Lo correcto también es contribuir a la sociedad, el grupo o la institución. Mantener la institución en funcionamiento en su conjunto, evitar el colapso del sistema "si todos lo hicieran". Cumplir las obligaciones definidas. Diferencia el punto de vista de la sociedad del acuerdo o motivos interpersonales. Considera las relaciones individuales en términos del lugar dentro del sistema. 	<p><u>Escolares:</u> 6 – 10 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> Conciben progresivamente la muerte como real, con insensibilidad e irreversibilidad. Comprensión progresiva de las diferencias entre vivir y no vivir. Noción de universalidad No adquirida: No son capaces de comprender su propia mortalidad. <p><u>Preadolescentes:</u> 11 – 13 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> Comprenden las consecuencias existenciales de la muerte, es real, con insensibilidad, irreversible y universal. Comprende diferencia entre vivir y no vivir. Interesados en aspectos biológicos de la Enfermedad. Comprenden mejor su propia mortalidad (les produce angustia). 	<p><u>Conducta Personal Social:</u> <i>Reacciones personales ante Cultura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Moldeadas por el ambiente. Determinadas por el Sistema Nervioso Central y la genética. Aprendizaje control mímico, defecación, caminar, jugar. Aprendizaje de actitudes. Relaciones interpersonales "mamá aunque me caiga me puedo levantar".

<p><u>Etapa Genital:</u> 12 años en adelante. → Individualidad = Desapego a los padres. → Intentos individuales de resolución de conflictos de la niñez. → Energía en Genitales, con sexualidad adulta. → Relaciones AMOROSAS. → Responsabilidades de la adultez.</p>	<p><u>Búsqueda de Identidad vs. Difusión de Identidad:</u> 13 – 21 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crisis de identidad que reaviva conflictos de etapas anteriores • Perspectiva temporal: orientación en tiempo y espacio • Seguridad en sí mismo. • Experimentación con el rol • Aprendizaje, interés por el contacto con el medio ambiente • Polarización sexual • Liderazgo y Adhesión "pares" • Compromiso ideológico • Orientación valorativa 	<p><u>Etapa Proposicional o de Operaciones formales:</u> 11/12 a 14/15 años. <i>Rompe el balance cognoscitivo previo.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Basa sus hipótesis en hechos no observados ni experimentados ▪ Maneja la información más allá de la barrera del tiempo y espacio como probabilidad ▪ Puede reconstruir la realidad <ul style="list-style-type: none"> ○ Lo posible contiene lo real ○ Razonamiento hipotético – deductivo ○ Aplica operaciones mentales a los objetos, que llegará a convertir en proposiciones ▪ Hace análisis combinatorios ▪ Crea sistemas y teorías ▪ Es Idealista 	<p><u>11vo Año:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comienzo de la adolescencia - Inquieto e investigador - Formula preguntas sobre los adultos - Prefiere contradecir a responder - Estados de ánimo variables <p><u>12vo Año:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Son más razonables - Conciencia de las situaciones totales - Menos voluble - Mayor sentido de la autocrítica - Sentido de la proporción - Capacidad para equilibrar actitudes personales y sociales - Integración de la personalidad - Definiciones abstractas - Iniciativa y entusiasmo 	<p><u>Quinto Nivel:</u> Reflexivo – formal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Primer estructura que no sólo piensa, sino que piensa sobre el pensamiento. ▲ Razonamiento hipotético. ▲ Cotejar propuestas con la evidencia empírica. ▲ Desarrollo de timidez y de desmedido idealismo propio. ▲ Reflexión sobre normas y reglas de la sociedad. ▲ Juzga validez o falsedad de reglas. ▲ Juzga acciones de acuerdo a lo que está bien y es adecuado, no sólo para mí grupo sino para la sociedad. ▲ Pasa de ser autocéntrico a ser sociocéntrico. ▲ Introspección intrínseca y sostenida: "¿Quién soy yo?" Para forjar identidad. ▲ Descubrimiento del Ser. ▲ "Self" apropiado. ▲ Sensación de identidad ajustada. 	<p><u>Postconvencional (13 años en adelante)</u></p> <p>a) <u>Contrato o utilidad social y derechos individuales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tener conciencia de que la gente posee una variedad de valores y opiniones. - Que la mayoría de los valores y reglas son relativas al propio grupo. - Estas reglas relativas deben ser sostenidas en el interés de la imparcialidad y porque son el contrato social. - Algunos valores y derechos no relativos como la vida y libertad deben ser sostenidos en toda sociedad y con independencia de la opinión de la mayoría. - Un sentido de obligación hacia la ley debido al contrato social de hacer y respetar las leyes para el bienestar de todos y para la protección del derecho de la gente. - Perspectiva de un individuo racional, consciente de los valores y los derechos anteriores a las ataduras sociales y a los contratos. - Integra perspectivas por medio del acuerdo, el contrato, la imparcialidad objetiva y el debido proceso. - Considera puntos de vista legales y morales, reconoce que a veces están en conflicto y encuentra difícil integrarlos. <p>b) <u>Principios éticos universales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguir principios éticos elegidos por uno mismo. Las leyes o los acuerdos sociales particulares suelen ser válidos porque se basan en tales principios. - Los principios son principios universales de justicia: la igualdad de los derechos humanos y el respeto por la dignidad de los seres humanos como personas individuales. - La creencia como persona racional en la validez de principios morales universales y en sentido de compromiso personal con ellos. - Perspectiva de un punto de vista moral del que se derivan los acuerdos sociales. 	<p><u>Adolescentes:</u> 14 – 18 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Comprenden las consecuencias existenciales de la muerte a medida que adquieren las capacidades para pensamiento formal abstracto. * Comprenden la propia muerte y pueden fantasear con ella (con más o menos angustia). * A medida que maduran emocionalmente, pueden negar su propia mortalidad a través de conductas de riesgo, actuaciones y provocaciones. 	
---	---	---	--	--	--	--	--

Formato de Registro

1. Formación de un sistema humanístico - altruista de valores.					
Observación	Valoración	Conclusión Valorativa	Objetivos y Planeación	Implementación	Evaluación
2. Inculcación de Fe y Esperanza					
Observación	Valoración	Conclusión Valorativa	Objetivos y Planeación	Implementación	Evaluación
3. Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás.					
Observación	Valoración	Conclusión Valorativa	Objetivos y Planeación	Implementación	Evaluación
4. Desarrollo de una relación de Ayuda y Confianza.					
Observación	Valoración	Conclusión Valorativa	Objetivos y Planeación	Implementación	Evaluación
5. Promoción y Aceptación de los Sentimientos Positivos y Negativos.					
Observación	Valoración	Conclusión Valorativa	Objetivos y Planeación	Implementación	Evaluación
6. Solución Creativa de Problemas en el Proceso de Cuidado.					
Observación	Valoración	Conclusión Valorativa	Objetivos y Planeación	Implementación	Evaluación
7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje Transpersonal.					
Observación	Valoración	Conclusión Valorativa	Objetivos y Planeación	Implementación	Evaluación
8. Provisión del entorno correctivo, de apoyo y protección, mental, físico, sociocultural y espiritual.					
Observación	Valoración	Conclusión Valorativa	Objetivos y Planeación	Implementación	Evaluación
9. Asistencia en la Gratificación de las Necesidades Humanas.					
Observación	Valoración	Conclusión Valorativa	Objetivos y Planeación	Implementación	Evaluación
10. Permisión de fuerzas existenciales - fenomenológicas y espirituales.					
Observación	Valoración	Conclusión Valorativa	Objetivos y Planeación	Implementación	Evaluación

Glosario

- Alienación: ese no soy yo, es cualquier otra cosa, algo ajeno, algo que no me pertenece. A menudo se encuentra una resistencia a representar la parte alienada. No quieres reapropiarte, reasumir las partes de ti mismo que has expulsado de tu personalidad.
- Analogía: relación de semejanza entre cosas distintas. Razonamiento basado en atributos semejantes en seres o cosas diferentes.
- Autonomía: condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie.
- Calidad de la atención: se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestado de los servicios con el usuario (oportunidad de atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados).
- Calidez en la atención: el trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio.
- Caritas: proviene de una palabra griega que significa <<cuidar, apreciar, prestar especial atención a, incluso una atención amorosa>>.
- Contención: función o capacidad para percibir y recibir las ansiedades (propias o ajenas), incorporarlas en nuestro interior y devolverlas (o no) a un nivel de “metabolización” o elaboración que favorezca más el desarrollo que las ansiedades iniciales modificadas.
- Dependencia: relación de origen o conexión. Situación de una persona que no puede valerse por sí misma.
- Enfermedad Terminal: aquélla que amenaza la vida y para la que no existen tratamientos etiológicos aplicables, aunque puedan y deban seguirse aplicando tratamientos paliativos.
- Epistemología: doctrina de los fundamentos y métodos del conocimiento científico.
- Ipsativa: se entiende así aquella prueba que recurre a puntuaciones forzadas, es decir, que todas las escalas de medida en esa prueba, son constantes para todas las personas. (La persona tiene una serie de elecciones o de puntos que repartir entre varias opciones, pero asignar una puntuación a una de las opciones implica no poder hacerlo en otras).
- Normativa: se caracterizan por emplear una tarea de evaluación, normalmente una cuestión o una frase descriptiva, ante la que la persona tiene

que elegir en qué grado es aplicable a sí mismo o en qué grado está de acuerdo; para lo cual dispone de distintas alternativas que se gradúan progresivamente entre estos dos extremos.

- Omnipotencia: es el poder sin límites e inagotable, en otras palabras poder infinito.
- Ontología: parte de la metafísica que trata del ser en general y de sus propiedades trascendentales.
- Pertenencia: hecho o circunstancia de formar parte de un conjunto, como una clase, un grupo, una comunidad, una institución, etc.
- Resiliencia: capacidad marcada o inusual para recobrase o afrontar con éxito estrés significativos, tanto de origen interno como externo; y la capacidad de los individuos y sistemas para afrontar con éxito adversidades o riesgos significativos. Esa capacidad se desarrolla y cambia con el tiempo, aumenta con los factores protectores del individuo, sistema o medio y contribuye al mantenimiento o mejoría de la salud.
- Responsabilidad: capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente.
- Salud mental: estado de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía. Determinada por cómo nos sentimos respecto de nosotros mismos, con los demás y por cómo respondemos ante las exigencias de la vida diaria.
- Teleología: doctrina de las causas finales.
- Transpersonal: significa “más allá” o “a través” de lo personal, se refiere a las experiencias, procesos y eventos que trascienden nuestra limitada sensación habitual de identidad y nos permiten experimentar una realidad mayor y más significativa. Quiere decir más allá del propio ego y del aquí y ahora.